BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX

Année 2015

COMPRENDRE LES FACTEURS INFLUENCANT UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET LA PARTICIPATION A UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DE L'ADOLESCENT EN SURPOIDS OU OBESE

THESE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 09/10/2015
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

AYOUB EL IDRISSI Sabrina
Née le 9 septembre 1986 à Argenteuil (95)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard – Lyon 1

2014-2015

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Bruno GUIDERDONI

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépato gastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FRANCO Patricia	Physiologie
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio.

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène	Thérapeutique
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOUD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
KOCHER Laurence	Physiologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURAUD Sébastien	Pneumologie
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Bactériologie – Virologie : Hygiène hospitalière
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
GRANGE Jean-Daniel	Ophtalmologie
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PERRIN Paul	Urologie
PLAUCHU Henry	Génétique
TRAN-MINH Van-André	Radiologie et Imagerie médicale

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Composition du Jury

Président du jury : Madame le Professeur Martine LAVILLE

Membres : Madame le Professeur Sybil CHARRIERE

Monsieur le Professeur Olivier BONIN

Monsieur le Docteur Sébastien ADNOT

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Remerciements

Merci à Madame le Professeur Martine LAVILLE de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

Merci à Madame le Professeur Sybil CHARRIERE d'avoir accepté de participer à mon jury. Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

Merci au Professeur Olivier BONIN d'avoir accepté avec enthousiasme d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

Un grand merci au Docteur Sébastien ADNOT pour avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour m'avoir guidée durant tout mon travail de recherche. Vos conseils précieux tout au long de ma thèse ont permis à ce travail d'apporter une large vision des difficultés rencontrées dans l'adhésion des adolescents en surpoids à une prise en charge : du point de vue des jeunes, mais aussi du point de vue des professionnels de santé représentés par les infirmiers scolaires. J'espère que vous trouverez ici le témoignage de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Merci à Julie NEVEU, coordinatrice du programme d'ETP de Carpentras, pour m'avoir soutenue tout au long de la thèse. Merci de m'avoir accompagnée sur le terrain pour les réunions avec les infirmiers scolaires et les référentes de parcours du CCAS de Carpentras. Débordante d'idées, tu es toujours de bon conseil. Merci pour tes encouragements réguliers. Bonne chance et bon courage pour la suite.

Je tiens à remercier particulièrement :

Les adolescents qui ont accepté de participer à l'étude. Merci de vous être livrés avec autant de sincérité.

Les infirmiers scolaires qui ont bien voulu nous faire part de leurs difficultés. Merci pour vos témoignages.

Merci à mes amis, de médecine, du lycée et d'ailleurs. Merci à tous.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Merci à ma famille, à mes parents, à mes trois petites sœurs. Merci pour vos encouragements (internationaux), vos conseils, vos relectures et rappels de grammaire. Merci à mes grands-parents, j'aurais aimé que vous soyez tous là. A Mutti qui me soutient et a toujours cru en moi.

Merci à ma belle-famille, qui m'a si bien accueillie.

Et merci à Yoann, mon mari, pour son aide précieuse, son soutien quotidien, ses conseils avisés et ses nombreuses relectures. Merci ! Et oui, je vais être bientôt un vrai docteur…

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Je ne soigne pas l'homme en général, je soigne l'individu en particulier.

Claude Bernard

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Liste des abréviations

Abréviation	Définition
ANAES	**Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**
ARS	**Autorité Régionale de Santé**
CCAS	**Centre Communal d'Action Sociale**
CoDES	**Comité Départemental D'Education pour la Santé**
DrAS	**Docteur ADNOT Sébastien**
EPGV	**Education Physique et de Gymnastique Volontaire**
ETP	**Education Thérapeutique du Patient**
GE	**Guide d'Entretien**
HBM	**Health Belief Model**
HPST	**réformes de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires**
ICAPS	**Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et le comportement Sédentaire**
IDE	**Infirmier(e) Diplomé(e) d'Etat**
IMC	**Indice de Masse Corporelle**
INPES	**Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé**
IOTF	**International Obesity Task Force**
OMS	**Organisation Mondiale pour la Santé**
PNNS	**Programme National Nutrition Santé**
RéPPOP	**Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique**
SIGN	**Scottish Intercollegiate Guidelines Network**
SNIES	**Syndicat National des Infirmiers Educateurs de Santé**

Tableau 1 - Liste des abréviations

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sommaire

Université Claude Bernard – Lyon 1 3
Composition du Jury 10
Remerciements 11
Le Serment d'Hippocrate 13
Liste des abréviations 15
Sommaire 16
Liste des tableaux 20
Introduction 21
Première partie : Rappel des connaissances 23
I. Définition du surpoids et de l'obésite chez l'adolescent 23
II. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) 23
A. Les courbes de corpulence 23
1. Courbes de corpulence françaises 23
2. Courbes de corpulence internationales 24
3. Courbes de corpulence du PNNS 2010 [10] 24
B. Le rebond d'adiposité [5] 25
III. Conséquences du surpoids et de l'obésité chez les adolescents 25
A. Complications à court terme 25
B. Persistance à l'âge adulte 26
C. Morbidité à long terme 26
IV. La prise en charge du surpoids et de l'obesité 26
A. Généralités [5] 26
B. Objectif de la prise en charge [5] 27
C. Modification des habitudes de vie 27
1. L'alimentation 27
2. L'activité physique 30
3. La sédentarité 34

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

D. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) [8][29] 35
1. Définition 35
2. Recommandations 36
V. Spécificités de l'adolescence 38
A. Définition de l'adolescence 38
B. Un corps qui change [36] 38
C. L'adolescent et la santé 38
D. Une période à risque de surpoids 39
E. Recherche de nouveaux modèles identificatoires 39
F. Des conduites à risque 40
G. Mais une période propice à une prise en charge de l'obésité 40
VI. Le changement de comportement : les stades de modification de comportement de Prochaska et Diclemente 40
A. Définition [40] 40
B. Description des stades et de la conduite à tenir [40][41] 41
1. Précontemplation-absence d'intention 41
2. Contemplation-formation de l'intention 41
3. Préparation à l'action 41
4. Action 41
5. Maintien-consolidation 42
6. Rechute 42
C. Exemple d'adaptation du modèle à l'activité physique [42] 42
1. Précontemplation 42
2. Contemplation 42
3. Préparation à l'action 42
4. Action 43
5. Maintien 43
6. Rechute 43
Deuxième partie : L'étude 44
I. Matériel et méthode 44
A. Contexte 44
B. Hypothèse et objectifs 44

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Hypothèse 44
2. Objectifs 45
C. Type d'étude 45
D. Guide d'entretien 46
E. Population étudiée 46
1. Les adolescents 46
2. Les infirmiers scolaires 47
F. Réalisation des entretiens et recueil des données 48
1. Avec les adolescents 48
2. Avec les infirmiers 48
G. Méthode d'analyse des données 48
1. Retranscription des données 48
2. Analyse qualitative des entretiens 49
H. Méthode de recherche bibliographique 49
1. Les sources d'information 49
2. Les mots clés de la recherche 49
II. Résultats 51
A. Données générales des adolescents 51
1. Les participants 51
2. Durée des entretiens 52
3. Vignette de présentation des adolescents 52
B. Analyse des entretiens des adolescents 55
1. Analyse des stades de Prochaska des adolescents 55
2. Vécu du problème de poids 65
3. Information sur le programme 68
4. Adhésion au programme 70
5. Participation effective au programme 72
6. Le programme : avantages et inconvénients perçus par les adolescents 73
7. Alimentation 75
8. Activité physique 79
9. Sédentarité 83
10. La famille : son influence dans la modification de comportement de l'adolescent 86
11. Les pairs 92
12. Sport scolaire 94

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

C. Présentation des infirmiers scolaires 99
D. Analyse des entretiens des infirmiers scolaires 99
1. Vécu de l'adolescent en surpoids selon les infirmiers 99
2. Aborder le surpoids avec l'adolescent et proposer une prise en charge 100
3. Aborder le surpoids avec les parents 107
4. Une maladie complexe 111
5. Rôles des infirmiers scolaires dans la problématique du surpoids et de l'obésité des adolescents 112
6. Le programme d'éducation thérapeutique de Carpentras 118
III. Discussion 123
A. Biais et limites de l'étude 123
1. Biais de mémoire 123
2. Biais de sélection 123
3. Biais d'analyse 123
B. Discussion des résultats par rapport aux données de la littérature 123
1. Les adolescents 123
2. Les infirmiers scolaires 136
C. Propositions d'améliorations 143
1. Le programme d'ETP des adolescents 143
2. Guide pratique pour les infirmiers scolaires 145
Conclusions 154
Bibliographie 158
Annexes 165
Annexe 1 : Courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique 165
Annexe 2 : Guide d'entretien des adolescents 167
Annexe 3 : Autorisation parentale 174
Annexe 4 : Guide d'entretien des infirmiers scolaires 175
Annexe 5 : Plaquette d'adhésion et d'information des adolescents au programme d'ETP de Carpentras .. 179

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Liste des tableaux

Tableau 1 - Liste des abréviations.....15
Tableau 2 - Termes et seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité selon les références des courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique..... 24

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Introduction

L'obésité est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une maladie depuis 1997 [1]. On parle même de véritable épidémie devant l'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité et du surpoids.

La prévalence mondiale du surpoids, obésité incluse, de l'enfant a été estimée par l'OMS en 2010 à 6,7 % soit 43 millions d'enfants [2].

La prévalence de l'obésité est importante en France : en 2007, 18,4 % des enfants étaient en surpoids dont 3,8% d'obèses [3].

Conscient du développement de l'épidémie en France, le gouvernement a lancé dès janvier 2001, à l'échelle nationale, le Plan National Nutrition et Santé (PNNS) dont l'un des objectifs était d'interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants [4]. Au niveau régional apparaissent, en 2004 des réseaux Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP).

Une stabilisation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et adolescents a été obtenue ces dernières années [3].

Cependant, la prise en charge de l'obésité reste compliquée, elle repose sur un changement des habitudes de vie, souvent difficile à mettre en place. Mais pas seulement, il s'agit aussi d'appréhender l'adolescent dans sa globalité en tenant compte du contexte familial, social, environnemental et culturel afin d'adapter la prise en charge [5].

L'OMS estime que les facteurs diététiques et l'activité physique sont les principaux facteurs modifiables sous-jacents à une prise de poids excessive qui, si on les corrige, peuvent permettre de prévenir l'obésité [1].

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une méthode de prise en charge des maladies chroniques et « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (…) » selon l'OMS [6]. C'est une méthode adaptée au traitement de l'obésité. En effet, l'obésité est une maladie chronique évolutive dont le développement est fortement associé au mode de vie et donc au comportement de la personne dans son environnement. Or l'ETP essaie précisément d'agir sur les comportements des patients afin qu'ils soient adaptés à leur santé. L'objectif principal de l'ETP dans l'obésité est d'aider la personne obèse à vivre le mieux possible avec cette maladie chronique qui altère la qualité de vie dans toutes ses dimensions en modifiant ses comportements. Il s'agit de renforcer l'autonomie des personnes obèses et leur capacité à se prendre en charge en prenant en compte l'activité physique, l'alimentation et la dimension psychologique [7][8].

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Par ailleurs, l'adolescence est une période critique pour le développement de l'obésité En effet, il s'agit d'une période d'autonomie accrue souvent associée à des repas irréguliers, à des modifications des habitudes alimentaires et à des périodes d'inactivité pendant les loisirs auxquelles s'ajoutent des changements physiologiques qui favorisent les dépôts de graisse, en particulier chez la femme [1].

Dans cette thèse, nous allons essayer de comprendre les freins et les facteurs favorisant d'une part à changer de comportement en matière d'habitudes alimentaires, sportives et sédentaires et d'autre part à adhérer à un programme d'éducation thérapeutique chez les adolescents en surpoids et obèses.

Pour cela, nous nous sommes intéressés à deux programmes d'éducation thérapeutique de prise en charge du surpoids et de l'obésité mis en place par la maison régionale de santé de Carpentras : un destiné aux adultes et un autre aux adolescents. Le programme pour adultes connait une forte affluence alors que le programme adolescents peine à recruter. Le but de notre travail va consister à en comprendre les raisons.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Première partie : Rappel des connaissances

I. DEFINITION DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE CHEZ L'ADOLESCENT

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé » [1].

En 1997, l'OMS, tenant compte du développement épidémique mondial de l'obésité et de ses conséquences, a décidé de classer l'obésité parmi les maladies car elle met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu.

II. L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'IMC, reflet de la corpulence, est couramment utilisé pour estimer l'adiposité.

Il est égal au poids (kg) divisé par la taille (m) au carré.

IMC = poids (kg) / taille^2 (m2)

A. LES COURBES DE CORPULENCE

Chez l'enfant jusqu'à 18 ans, il n'est pas possible de se référer à une valeur unique d'IMC. En effet, il existe des variations physiologiques de l'adiposité au cours de la croissance : la taille augmente et la masse grasse varie physiologiquement au cours du développement, ne permettant pas de situer une valeur de référence unique pour l'IMC. A cela s'ajoutent les variations interindividuelles d'âge de survenue de la puberté.

La corpulence variant naturellement au cours de la croissance, l'interprétation du caractère normal ou non de la corpulence se fait en tenant compte de l'âge et du sexe de l'enfant. Les courbes de corpulence sont indispensables à cette évaluation. Elles reflètent l'évolution de l'adiposité au cours de la croissance. Le statut des enfants vis-à-vis des seuils de surpoids et d'obésité se détermine en reportant la valeur de l'IMC sur la courbe de corpulence de référence selon le sexe.

Il existe plusieurs références pour définir les seuils de surpoids et d'obésité : des références françaises et des références internationales.

1. COURBES DE CORPULENCE FRANÇAISES

Les courbes de corpulence de référence françaises sont établies en centiles, qui permettent de définir les zones d'insuffisance pondérale (< 3^e percentile), de normalité (3e-97^e percentile) et de surpoids (> 97^e percentile) depuis la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. *COURBES DE CORPULENCE INTERNATIONALES*

L'International Obesity Task Force (IOTF) a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, en utilisant des courbes d'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs [9]. Le concept de ces courbes est différent de celui utilisé dans les références françaises qui définissent le surpoids et l'insuffisance pondérale en fixant des seuils basés sur des distributions statistiques. L'IOTF a considéré qu'en termes de morbi-mortalité, le risque principal pour un enfant en surpoids ou obèse était de présenter un surpoids ou une obésité à l'âge adulte.

Disponibles de l'âge de 2 ans à 18 ans, les seuils du surpoids et de l'obésité sont constitués par les courbes de centiles atteignant respectivement les valeurs 25 et 30 kg/m2 à 18 ans (ces valeurs 25 et 30 étant les seuils définissant respectivement le surpoids et l'obésité chez l'adulte, établis sur la base des relations entre valeurs d'IMC et taux de mortalité). Selon la définition de l'IOTF, le surpoids inclut toutes les valeurs au-dessus du seuil 25 kg/m2. Le surpoids inclut donc l'obésité. L'obésité se définit par les valeurs d'IMC supérieures au seuil 30 kg/m2. La zone située entre les seuils IOTF-25 et IOTF-30 correspond à la zone de surpoids (obésité exclue). Il est à noter que la courbe IOTF-25 (seuil du surpoids) est proche de la courbe du 97^{e} percentile des références françaises.

3. *COURBES DE CORPULENCE DU PNNS 2010 [10]*

Les seuils recommandés en France en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux définis dans les courbes de corpulence du PNNS 2010. Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF.

Les courbes de référence françaises en percentiles sont complétées par les courbes de centiles IOTF-25 et IOTF-30. Le surpoids, incluant l'obésité est défini par un IMC supérieur au 97ème percentile et l'obésité par un IMC supérieur au seuil IOTF-30 (annexe 1).

Intervalle	**Définition**
IMC < 3e percentile	**Insuffisance pondérale**
3 e ≤ IMC < 97e percentile	**Corpulence normale**
IMC ≥ 97e percentile	**Surpoids (incluant l'obésité)**
IMC ≥ seuil IOTF-30	**Obésité**

Tableau 2 - Termes et seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité selon les références des courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique

Ces courbes de corpulence de référence du PNNS 2010 ne sont pas encore présentes sur les carnets de santé qui ont été mis à jour en 2006.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

B. LE REBOND D'ADIPOSITE [5]

Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, elle augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, et augmente à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans est appelée rebond d'adiposité. Un rebond d'adiposité précoce est associé à un IMC plus élevé dans l'adolescence et chez le jeune adulte, et à un risque supérieur de devenir obèse à l'âge adulte.

III. CONSEQUENCES DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE CHEZ LES ADOLESCENTS

A. COMPLICATIONS A COURT TERME

La Haute Autorité de Santé (HAS) référence les complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent [5]. Le surpoids et l'obésité sont associés de manière générale à une altération de la qualité de vie dans tous ses domaines : physique, psychologique, social.

Les conséquences d'ordre psychologique sont multiples avec entre autres une mauvaise estime de soi, un syndrome anxio-dépressif.

Les complications d'ordre physique sont cutanées à type de vergetures, hypertrichose, mycoses; les complications orthopédiques avec notamment l'épiphysiolyse de la tête fémorale, les déformations des extrémités des membres inférieurs. Il y a aussi les conséquences cardio-respiratoires avec l'hypertension artérielle, l'asthme ; les conséquences endocriniennes dont les avances ou retards pubertaires ; les conséquences métaboliques avec les risques de dyslipidémie, d'insulinorésistance voire d'apparition de diabète de type 2.

Des conséquences sociales ont également été mises en évidence avec l'observation d'attitudes négatives et de stigmatisation, voire de discrimination dont sont victimes de nombreux adolescents obèses que ce soit en collectivité ou au sein même de leur fratrie. Une prise de conscience très nette de l'image du corps et de l'aspect physique se développe au cours de l'adolescence, de sorte qu'il n'est peut-être pas surprenant que les messages sociaux négatifs et omniprésents associés à l'obésité dans de nombreuses communautés, aient un impact majeur à cet âge.

Certains adolescents se voient freinés dans les premiers rapprochements amoureux du fait d'une mauvaise image de leur corps. Les symptômes tels que les verges enfouies et la gynécomastie chez le garçon, ou l'hirsutisme et la spanioménorrhée chez la fille, peuvent être douloureusement vécus.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

B. PERSISTANCE A L'AGE ADULTE

L'obésité chez les enfants présente un risque important de persistance à l'âge adulte [11] avec tous les risques qui lui sont associés. Le poids pendant l'enfance est un élément prédictif du poids à l'âge adulte ; l'IMC à l'âge de 6 ans apparaît notamment prédictif de l'IMC à 20 ans. Selon une étude de cohorte américaine comprenant 854 sujets, en comparaison avec les enfants de poids normal, le risque d'obésité à l'âge adulte augmente avec l'âge auquel elle est présente chez l'enfant [12].

C. MORBIDITE A LONG TERME

Selon les recommandations du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [13], l'obésité dans l'enfance prédispose à des problèmes médicaux à l'âge adulte. Les facteurs de risque cardio-vasculaires (en particulier, l'hypertension artérielle, le mauvais profil lipidique, l'insulinorésistance et le diabète) présents chez l'enfant obèse persistent chez l'adulte et augmentent le risque de morbi-mortalité cardio-vasculaire.

IV. LA PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

A. GENERALITES [5]

La prise en charge doit intéresser toute la famille de l'adolescent en surpoids afin de favoriser le soutien de l'adolescent et de limiter le sentiment d'isolement qui peut se développer lorsqu'un enfant est traité séparément du reste de sa famille. Le but est de changer le mode de vie de toute la famille. Il est indispensable que les parents de l'adolescent soient impliqués dans les interventions et il est important d'obtenir leur adhésion ainsi que celle de l'adolescent. Il faut veiller à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.

Il est recommandé de prendre en considération les spécificités de certaines familles, notamment celles de milieux modestes et d'adapter la prise en charge. Si elles sont en effet plus touchées par l'obésité, les familles en situation de précarité se montrent parfois moins réceptives aux recommandations. En outre, même quand les recommandations sont bien perçues, les familles des milieux modestes peuvent moins facilement les mettre en application que les familles des milieux favorisés. Il faudra s'attacher à rechercher les freins de ces familles à changer de comportement : problème du coût de certains aliments, représentation du corps en surpoids comme étant en bonne santé, notion de santé parfois abstraite.

La prise en charge n'est plus basée sur les régimes alimentaires restrictifs mais sur la modification du mode de vie. La finalité est de changer durablement le mode de vie à différents niveaux (alimentation, activité physique, sédentarité principalement), en tenant compte des situations individuelles.

La dimension d'éducation thérapeutique apparaît incontournable dans la prise en charge de l'obésité. Elle vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les connaissances et les compétences dont il a besoin pour gérer au

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

mieux sa vie avec une maladie chronique. Elle vise également à l'accompagner dans la mise en place des changements. Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient.

L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie physique, mentale et sociale et la prévention des complications. La prise en charge doit s'inscrire dans la durée et ne doit pas se focaliser sur le poids mais sur les causes ayant amené à cette prise de poids. Chez l'adolescent en fin de croissance, il s'agit de stabiliser le poids ou d'en perdre très progressivement. Il est aussi recommandé de connaître le propre objectif pondéral que tout adolescent peut avoir et de le prendre en compte.

B. OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE [5]

La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse. La priorité est de ne pas favoriser le développement précoce de la restriction alimentaire cognitive, source de yo-yo pondéral. Il faut donc tenter de ralentir la progression de la courbe de corpulence (réduire la pente). Pour ce faire, l'objectif est de stabiliser le poids ou de ralentir la prise de poids pendant que la croissance se poursuit. Chez l'adolescent en fin de croissance, le but de la prise en charge est de stabiliser le poids ou d'en perdre très progressivement. Toutefois, une réduction de l'IMC peut être envisagée en présence de comorbidités sévères : prédiabète ou diabète de type 2, troubles respiratoires et apnées du sommeil, complications orthopédiques, pathologie hépatique avérée.

C. MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

L'obésité résultant, à l'échelle individuelle, d'un déséquilibre de la balance énergétique chez un adolescent présentant un ou des facteurs de risque, l'approche thérapeutique doit tendre à aider l'adolescent et sa famille à lutter progressivement contre ce déséquilibre entre apports (alimentation) et dépenses énergétiques (activité physique), en prenant en compte les aspects psychologiques et sociaux. L'objectif final est la modification des comportements [5].

1. L'ALIMENTATION

L'approche diététique est nécessaire mais elle n'est pas suffisante à elle seule et doit s'intégrer à la prise en charge globale [5].

a. Les recommandations diététiques

L'objectif général du PNNS est d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un des déterminants majeurs qu'est la nutrition. Des guides alimentaires destinés à la population générale, mais également à des groupes spécifiques tels que les adolescents [14], ont été publiés pour expliquer les recommandations en matière d'alimentation et donner des conseils pratiques pour atteindre les repères de consommation du PNNS.

Les repères de consommation du PNNS sont les suivants :

- Manger au moins cinq fruits et légumes par jour ;

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Manger des féculents à chaque repas et selon son appétit ;
- Manger des protéines une à deux fois par jour ;
- Limiter la consommation des matières grasses ajoutées ;
- Limiter la consommation des produits sucrés ;
- Boire de l'eau à volonté ;
- Limiter la consommation de sel.

Les modifications préconisées par l'ANAES [15] sont les suivantes :

- Prendre trois repas réguliers et un goûter (suppression de la collation du matin) ;
- Suppression au domicile des produits de grignotage et des boissons sucrées ;
- Diminution de la teneur en graisses de l'alimentation ;
- Diversification de l'alimentation et incitation à la consommation pluriquotidienne de différents légumes et fruits.

b. Modifications comportementales en matière d'alimentation à promouvoir

Le but de l'accompagnement diététique est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'adolescent et de son entourage [5].

Pour l'ANAES [15], les conseils diététiques ne doivent pas être présentés comme un régime restrictif mais comme une modification des habitudes ou du comportement alimentaire.

Un site internet créé à l'initiative du réseau RéPPOP Franche-Comté permet de visionner des témoignages vidéo d'adolescents en surpoids et de leur famille ainsi que des conseils de professionnels de santé pour aider à la prise en charge [16].

Les conseils en matière de comportement alimentaire formulés par les professionnels sont les suivants :

- Faire attention à la façon de manger : prendre le temps d'apprécier les aliments, être attentif aux sensations gustatives afin de prendre plaisir en mangeant et de réduire les quantités ingérées.
- Arriver à trouver un équilibre en famille entre une suralimentation et une alimentation restrictive. Un cadre est nécessaire : manger en famille, à table, le plat cuisiné par les parents. Mais il s'agit aussi de laisser le choix à l'enfant de dire s'il aime, s'il a faim.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

c. L’écueil et les risques des régimes alimentaires restrictifs

i. Inefficacité à long terme

L’inefficacité à long terme des régimes amaigrissants est aujourd’hui argumentée et leurs effets potentiellement aggravants du poids sont admis par les cliniciens et sont démontrés par la recherche.

Au final, la « solution » diététique aggrave souvent le « problème » pondéral. Le désir de perdre du poids est justifié par des arguments esthétiques et sanitaires apparemment raisonnables. Pour autant, les corpulences valorisées par la mode ou recommandées par les institutions de santé ne sont pas à la portée de tous. La relation entre la corpulence et les ingérés caloriques n’est ni simple ni directe. A court terme, manger moins fait perdre du poids mais permet rarement de maigrir à long terme.

La restriction alimentaire constitue le «traitement» le plus conventionnel du surpoids et de l’obésité. Elle se solde en général par une perte de poids à court terme, mais son peu d’efficacité à long terme, en particulier lorsqu’on y a recours isolément, est largement attesté. Après une perte de poids importante, on a montré qu’il valait mieux manger à volonté des aliments pauvres en graisses et riches en glucides que de suivre un régime où l’on compte les calories, pour maintenir la perte de poids sur le long terme [17].

ii. Nocivité

À court terme, tous les régimes font maigrir. Plus ou moins vite, plus ou moins « bien », plus ou moins facilement, mais tous font perdre du poids sans pour autant se valoir. Les résultats pondéraux les plus spectaculaires à court terme sont quelquefois les plus catastrophiques à long terme. Certaines pertes de poids à court terme sont obtenues au prix de déséquilibres nutritionnels dont les effets délétères à long terme risquent d’être moins éphémères que la perte de poids elle-même. Il y aurait donc de « bons » et de « mauvais » régimes. Les « bons » feraient maigrir en préservant l’équilibre nutritionnel.

Le rapport récent de l’Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [18] a permis de mettre en évidence, sur la base de la littérature scientifique, des risques cliniques, biologiques, comportementaux ou psychologiques liés à la pratique de régimes amaigrissants. Ainsi ce rapport souligne que la pratique de ces régimes peut avoir pour conséquences des perturbations somatiques, d’ordre osseux et musculaire notamment, ainsi que des perturbations psychologiques (notamment troubles du comportement alimentaire), ou encore des modifications profondes du métabolisme énergétique et de la régulation physiologique du comportement alimentaire. En outre, chez les adolescents peuvent s’ajouter des perturbations de la croissance.

iii. Le phénomène de restriction cognitive [19]

La pratique des régimes amaigrissants affecte surtout le comportement alimentaire. Sa complication la plus courante et la plus connue est le syndrome de restriction cognitive, découvert en 1975 puis décrit en 1980 par Herman et Polivy et défini comme une tentative réussie ou non de réduire sa ration alimentaire pour atteindre un poids inférieur à son poids spontané et s’y maintenir. Ce phénomène foncièrement psychologique entraîne un comportement alimentaire caractéristique qui se manifeste chez les individus au régime, quel que soit leur

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

poids. Lorsqu'un individu décide de perdre du poids, il cesse de sélectionner sa nourriture en fonction du plaisir qu'elle va lui procurer et détermine ses choix à partir de ce qu'il sait (ou croit savoir) des propriétés diététiques des divers aliments. Il adopte une disposition intérieure vis-à-vis de la nourriture par laquelle il substitue la raison au plaisir en se contraignant à privilégier les informations cognitives extérieures et étrangères à lui au détriment de ses propres sensations physiologiques internes et personnelles pour choisir sa nourriture. La seule intention de manger moins pour peser moins crée l'état de restriction cognitive qui se traduit par une hypophagie chronique, éventuellement entrecoupée d'accès d'hyperphagie plus ou moins réguliers et conséquents lorsque la désinhibition fait échec à la volonté de contrôle. C'est ainsi qu'elle peut paradoxalement conduire à manger d'autant plus et plus "mal" que si l'on n'avait pas cherché à manger "bien" et moins pour peser moins.

iv. Recommandations

Pour conclure sur les régimes à visée amaigrissante, la HAS [5], ne les recommande, quelle qu'en soit la nature (hypocalorique ou hyper protidique) pour leur inefficacité à long terme, mais aussi pour leur nocivité.

2. L'ACTIVITE PHYSIQUE

L'OMS [20] précise que pour mieux apprécier toutes les dimensions de l'activité physique chez l'adolescent, il est indispensable de considérer que l'activité physique englobe notamment le jeu, les sports, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique ou l'exercice planifié, dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.

L'étude ICAPS [21], qui a démontré l'efficacité sur la prévention de l'obésité des collégiens d'une intervention ciblée sur l'activité physique et la sédentarité, définit l'activité physique comme suit : « tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense de repos. Elle ne se réduit donc pas à la pratique sportive, mais comprend l'activité physique lors des activités à l'école, l'activité physique dans le cadre domestique, de la vie courante (par exemple transports actifs) et l'activité physique lors des activités de loisirs (incluant les activités sportives). Toutes ces activités contribuent à la dépense énergétique des individus. »

a. Impact de l'activité physique

Selon la méta-analyse de LeMura et Maziekas [22] l'exercice physique est efficace pour réduire la masse grasse et augmenter la masse musculaire chez les adolescents. Les modifications les plus favorables dans la composition corporelle surviennent avec des exercices d'endurance, des exercices en conditions aérobies avec répétition d'exercices de résistance. L'association à une modification du comportement potentialise l'effet de l'activité physique. Il n'a pas été prouvé que l'exercice agissait sur l'IMC.

Selon l'OMS [20], il convient d'encourager tous les enfants à être aussi actifs que possible. Accroître l'activité physique chez l'enfant présente d'autres avantages que la seule augmentation de la dépense

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

énergétique. Par exemple, on peut être actif au lieu de grignoter, ce qui permet de mieux se conformer à un régime. En outre, les exercices d'endurance peuvent avoir des effets sur la constitution de l'organisme qui complètent ou vont au-delà de ceux des seuls exercices d'aérobic ; ils permettent d'augmenter la masse maigre de l'organisme, et donc d'accroître la vitesse du métabolisme et la dépense énergétique quotidienne totale, et peuvent avoir des effets positifs sur l'image du corps.

Selon le PNNS [23], bouger est aussi important que d'avoir une alimentation équilibrée. L'activité physique est essentielle pour l'équilibre énergétique. Mais surtout, elle protège la santé (en diminuant les risques de développer de nombreuses maladies à l'âge adulte). Bouger dès le plus jeune âge permet aussi de prendre de bonnes habitudes pour plus tard.

i. Conclusion de l'impact de l'activité physique

Il est aujourd'hui établi qu'une pratique régulière d'activité physique agit favorablement sur plusieurs aspects de la santé physique et biologique (composition corporelle et prévention de maladies chroniques) et a aussi un effet bénéfique sur les plans psychologique et social.

b. Recommandations en matière d'activité physique

Pour les enfants, il est recommandé de faire au moins l'équivalent d'une heure de marche rapide chaque jour. Ce repère permet d'avoir une idée du temps à consacrer à une activité physique chaque jour. Le vélo, la piscine, les jeux de plein air ou le sport sont aussi des moyens de faire bouger un enfant [23].

En 2003 l'ANAES [15] conseille la pratique régulière d'une activité physique structurée au moins 2 fois par semaine. Cette activité physique doit être choisie et acceptée par l'enfant en concertation avec la famille. De plus, la multiplication des occasions d'activité physique quotidienne est à encourager (prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, aller à l'école à pied lorsque c'est possible, jeux extérieurs...).

Le gouvernement américain propose en 2008 un guide pratique [24] sur l'activité physique des jeunes destiné aux professionnels du sport mais aussi au grand public afin de donner des repères sur le type et l'intensité des activités physiques recommandées pour la santé. Leur slogan est : Be Active, Healthy and Happy ! Leurs recommandations sont les suivantes :

Les enfants et les adolescents doivent faire soixante minutes ou plus d'activités physiques quotidiennes.

Elles devraient être de type :

- aérobie : la plupart des soixante minutes ou plus par jour devraient être d'intensité modérée à élevée et inclure des activités physiques d'intensité vigoureuse au moins 3 jours par semaine ;
- renforcement musculaire : dans le cadre de leurs soixante minutes ou plus d'activité physique quotidienne, les enfants et les adolescents devraient inclure des activités physiques de renforcement musculaire au moins 3 jours par semaine ;

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- renforcement osseux : dans le cadre de leurs soixante minutes ou plus d'activité physique quotidienne, les enfants et les adolescents doivent faire de l'activité physique à visée de renforcement osseux au moins 3 jours par semaine.

Il est important d'encourager les jeunes à participer à des activités physiques qui sont adaptées à leur âge, ludiques et variées.

Selon le PNNS [25], pour tous les enfants et adolescents il est recommandé :

- Un minimum de 60 minutes par jour d'activités physiques d'intensité modérée ou plus élevée est souhaitable chez les jeunes, sous forme de sports, de jeux ou d'activités de la vie quotidienne ;
- De diminuer le temps passé à des comportements sédentaires et de les remplacer par des activités physiques ;
- De pratiquer 3 fois par semaine minimum des activités physiques d'intensité plus élevée pendant au moins 20 minutes par séance, sous forme d'activités physiques individuelles ou de sports collectifs et, pour les adolescents, inclure du renforcement musculaire ;
- De pratiquer une activité sportive une fois par semaine

Le PNNS [25] a aussi élaboré des recommandations pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses :

Il s'agit de pratiquer régulièrement, 2 à 3 fois par semaine, puis progressivement tous les jours, des activités physiques quelles qu'elles soient (toute occasion pour bouger est bonne), choisies en accord avec l'enfant et ses parents. La préférence portera sur des activités physiques adaptées, motivantes, ludiques, pratiquées entre amis, en famille voire encadrées par des éducateurs. Pour pérenniser l'activité physique, il est recommandé que l'un des premiers objectifs soit de leur en faire retrouver le goût et, quelle que soit l'intensité apparente de l'effort, d'obtenir une progression qui soit ressentie comme agréable par l'enfant.

L'OMS a établi ses recommandations en 2010 [20] en matière d'activité physique pour la santé :

Les enfants et les jeunes gens âgés de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.

Le fait de pratiquer une activité physique pendant plus de 60 minutes apporte un bénéfice supplémentaire pour la santé.

L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées au moins trois fois par semaine.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Il convient d'encourager tous les enfants à être aussi actifs que possible. Toutefois, il semble qu'on puisse accroître de façon plus efficace la dépense énergétique en augmentant le niveau général d'activité et de jeu, plutôt que par le sport de compétition et des exercices dirigés.

Sur le site internet de témoignage sur l'obésité des jeunes du RéPPOP Franche-Comté [16], les professionnels en matière d'activité physique conseillent la pratique d'une activité physique modérée et plus longue. Elle est plus efficace pour perdre du poids en mobilisant les graisses ; et plus plaisante pour l'enfant.

i. Conclusion des recommandations en matière d'activité physique [5]

Les recommandations s'accordent sur le fait que l'amélioration de l'état de santé chez les jeunes en surpoids nécessite soixante minutes d'activité physique quotidienne. Ces activités doivent être principalement endurantes, inclure systématiquement des pratiques plus vigoureuses, et favoriser le renforcement musculaire et osseux 2 ou 3 fois par semaine. Les notions de plaisir, de rencontre et de bien-être doivent être mises en avant pour la reprise d'activité physique et son maintien au long cours.

Les soixante minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense recommandées, peuvent être sous forme de :

- jeux : activité récréative notamment à l'extérieur : ballon, vélo, rollers, Frisbee…
- loisirs : danser, aller à la piscine, à la patinoire, au bowling…
- sports : scolaire, association sportive, maison de quartier…
- déplacements : promener le chien, aller à l'école à vélo, privilégier les escaliers…
- activités de la vie quotidienne : passer l'aspirateur, faire les courses, tondre la pelouse…

c. Modification comportementale à promouvoir en matière d'activité physique [5] [16]

Le but de la pratique d'une activité physique dans le cadre d'une prise en charge du surpoids est de faire du sport par plaisir plutôt que pour perdre du poids. En effet, pour réinvestir l'activité physique pour un adolescent en surpoids, on va plutôt passer par la notion de plaisir. Le fait de se faire violence, d'aller au bout de ses capacités, cela va probablement avoir un impact positif sur le poids, mais un impact négatif sur la motivation et le changement de comportement ne va pas s'inscrire dans la durée Finalement « perdre du poids » ne doit pas être une motivation pour faire du sport, mais il s'agit plutôt de faire du sport « pour se faire plaisir », se sentir mieux dans son corps, s'intégrer socialement. C'est cette dynamique-là qui va permettre à l'adolescent d'investir une activité physique, d'améliorer ses performances. Il s'agit au final de devenir autonome, avec la mise en place d'activités régulières, avec comme clé le plaisir de l'activité physique.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les activités doivent être présentées de manière ludique.

Le sport choisi doit convenir à l'adolescent. Il est conseillé de découvrir plusieurs sports avant de choisir le sport dans lequel l'adolescent se sente bien. Toute activité est positive : il n'y a pas de mauvais sport, tant que l'adolescent y trouve du plaisir.

La modification de comportement doit s'inscrire dans la durée. Il s'agit d'être patient pour constater une amélioration.

Selon l'HAS, permettre à l'enfant d'éprouver du plaisir et d'éviter les blessures est un élément clé pour obtenir des effets bénéfiques à long terme. La prise en charge sera donc graduée en fonction des difficultés à investir le champ de l'activité physique (niveau d'obésité, limite fonctionnelle, motivation, environnement…)

3. LA SEDENTARITE

a. Définition

La Société canadienne de physiologie de l'exercice [26] définit le comportement sédentaire comme une période au cours de laquelle les personnes font très peu de mouvements physiques. Elle propose des exemples :

- Demeurer longtemps en position assise ;

- Utiliser le transport motorisé (par exemple l'autobus ou la voiture) ;

- Regarder la télévision ;

- Jouer à des jeux vidéo passifs ;

- Jouer à l'ordinateur.

Le temps passé devant un écran (télévision, jeux vidéo, ordinateur…) est actuellement l'indicateur de sédentarité le plus utilisé. Ces moments de la journée sont généralement les plus faciles à moduler et à ajuster pour libérer du temps quotidien propice à la pratique d'activités physiques.

b. Impact de la sédentarité sur le poids

La sédentarité a un impact sur le poids :

L'augmentation rapide du surpoids chez l'enfant a été accompagnée d'une explosion d'activités de loisirs sédentaires tels les jeux vidéo et les jeux pour ordinateur. La télévision est la principale cause d'inactivité chez la plupart des enfants et des adolescents des pays développés. Le fait de regarder la télévision est également associé à une consommation accrue d'en-cas très énergétiques.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'impact de la sédentarité sur le poids est indépendant de celui de l'activité physique :

Un niveau bas d'activité physique a longtemps été utilisé comme un indicateur d'inactivité. Mais il est maintenant admis que la sédentarité doit être considérée comme un facteur en tant que tel, distinct de l'activité physique [27][28].

c. Recommandations

L'ANAES dès 2003 [15] conseille la réduction des périodes d'inactivité (réduire les heures passées devant un écran...). Puis, l'HAS en 2011 [5] recommande de limiter au maximum les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative (télévision, console de jeux, ordinateur, téléphone portable).

Selon les directives canadiennes en matière de comportement sédentaire [26], dans le but de favoriser la santé, les jeunes âgés de 5 à 17 ans devraient minimiser le temps qu'ils consacrent chaque jour à des activités sédentaires. Pour ce faire, ils devraient :

- Limiter à deux heures par jour le temps de loisir passé devant l'écran. Une réduction additionnelle est associée à des bienfaits supplémentaires pour la santé ;
- Limiter les déplacements sédentaires (en véhicule motorisé), et réduire le temps passé en position assise et à l'intérieur pendant la journée.

Par exemple, sur une journée d'école, les conseils sont les suivants :

- Le matin, plutôt que d'aller au collège en voiture ou en bus, les jeunes peuvent s'y rendre à pied ou à vélo avec un groupe d'amis du voisinage ;
- Après l'école, limiter le temps consacré aux jeux vidéo. Aidez plutôt les jeunes à planifier des occupations actives dans la maison ou à l'extérieur ;
- Puis, favoriser des occupations de loisir actives avec la famille et les amis. Les jeunes peuvent aller voir leurs amis plutôt que d'utiliser les réseaux sociaux pour les contacter. Ils peuvent faire une promenade à pied ou à vélo avec leurs parents après le repas du soir.

D. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) [8][29]

1. DEFINITION

L'ETP est définie comme suit par l'OMS [30] : « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

L'HAS [5] considère que l'ETP vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les connaissances et les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique. Elle vise également à l'accompagner dans la mise en place des changements. Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient.

2. RECOMMANDATIONS

L'ETP est adaptée et recommandée pour la prise en charge de l'obésité.

D'après la loi HPST du 21 juillet 2009, toute personne présentant une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) peut être concernée par l'ETP, dans la mesure où elle accepte d'entrer dans cette démarche.

L'obésité est une maladie chronique évolutive dont le développement est fortement associé au mode de vie et donc au comportement de la personne dans son environnement. Ce sont là précisément les cibles de l'ETP, qui est considérée comme la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité car elle permet de remettre en cause les stéréotypes diagnostiques ou thérapeutiques, au profit d'objectifs partagés par le soignant et le patient [5] [8][31].

Les principes de prise en charge de l'obésité en ETP

Les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (ou compétences psychosociales) selon la terminologie de la HAS [29][32].

Il s'agit en fait de renforcer l'autonomie des patients obèses et leur capacité à se prendre en charge et à décider pour eux-mêmes en prenant en compte l'activité physique, l'alimentation et la dimension psychologique afin qu'ils puissent vivre le mieux possible avec ce handicap que constitue l'obésité, porte d'entrée de nombreuses maladies chroniques.

Les compétences d'auto soins dans le cadre de l'obésité demandent au patient de savoir :

- mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (équilibre diététique, activité physique…) ;
- prévenir des complications évitables ;
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- et impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et de leurs répercussions.

Les compétences d'adaptation qui soutiennent l'acquisition des compétences d'auto soins demandent au patient en surpoids ou obèse :

- de se connaître soi-même ;
- d'avoir confiance en soi ;
- de savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- de développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- de développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- de prendre des décisions et résoudre un problème ;
- de se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- de s'observer ;
- de s'évaluer ;
- et de se renforcer.

L'objectif n'est pas de « faire maigrir », mais de soigner une personne, d'améliorer sa qualité de vie, en prenant en compte l'ensemble de ses difficultés, qui ne relèvent pas toutes de l'excès de poids.

L'attitude et le rôle du soignant

La relation soignant-soigné est profondément modifiée dans l'ETP, évoluant d'un modèle paternaliste ou autoritaire vers un modèle humaniste.

L'approche est globale, centrée sur le patient (en ne le réduisant pas à une maladie) à qui l'on propose de changer « par lui-même» les habitudes de vie qui ont un impact sur cette maladie. Cela permet d'établir une relation de confiance et de favoriser l'alliance et l'adhésion thérapeutique des patients, éléments indispensables aux transferts de compétences du soignant vers le soigné.

La prise en charge est personnalisée, adaptée à chaque patient : l'ETP donne aux professionnels de santé l'opportunité de changer ou d'adapter leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques envers les personnes obèses. De plus, le soignant reconnaît le fait qu'il soigne, au-delà d'un patient ou d'un malade, une personne, c'est-à-dire un être complexe et unique quant à ses aspirations et perspectives de vie.

Cette dimension de l'ETP nécessite des qualités particulières : le soignant doit savoir entretenir une relation ouverte, positive, durable, constructive à travers une écoute active permettant non seulement une identification des attentes, mais aussi des besoins réels du patient. Cette écoute repose sur une attitude empathique, qui permet en se décentrant de soi, d'entendre et comprendre l'autre, dans ses modes de fonctionnement et de raisonnement. Pour écouter vraiment, le soignant doit également identifier l'influence de sa propre subjectivité en tant que filtre de la parole et du cheminement du patient, prendre de la distance vis-à-vis de ses propres émotions générées par la relation de soins, éviter tout jugement, et mettre entre parenthèses certaines de ses normes.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

V. SPECIFICITES DE L'ADOLESCENCE

A. DEFINITION DE L'ADOLESCENCE

L'OMS [33] considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. L'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

C'est une période de fortes transformations psychiques et physiques durant laquelle l'adolescent construit son identité, marquée par [34][35] :

- le développement pubertaire et le processus de sexualisation
- l'intégration de ces transformations dans le fonctionnement psychique et les interactions sociales
- la conquête progressive, par essais et erreurs, de l'autonomie, ce qui conduit à pouvoir se séparer de ses parents sans les perdre
- la construction d'une identité, tout en préservant le besoin de sécurité
- le nécessaire travail de projection dans le futur : études, travail, famille.

B. UN CORPS QUI CHANGE [36]

L'adolescence est l'âge auquel le corps se transforme, et devient apte à avoir des rapports sexuels. Ce qui entraîne souvent un malaise, une difficulté à se situer, à se positionner. S'il y a en plus un problème de surpoids, alors que le narcissisme des adolescents est à fleur de peau, le regard des autres est très dur à supporter, surtout lorsque les moqueries sont au rendez-vous. De quoi accentuer plus encore le mal-être interne de l'adolescent, qui, bien souvent, était déjà un enfant en surpoids avec une mauvaise image de lui-même.

C. L'ADOLESCENT ET LA SANTE

Les adolescents se distinguent à la fois des jeunes enfants et des adultes. En particulier, ils ne sont pas entièrement capables de comprendre des concepts complexes ou les relations entre un comportement et ses conséquences, ou bien encore le degré de maîtrise qu'ils ont ou peuvent avoir sur la prise de décisions en matière de santé. Cette inaptitude peut les rendre particulièrement vulnérables à des comportements à haut risque.

La santé est vécue comme un capital du présent, sans projection dans l'avenir. L'adolescent ne peut envisager les conséquences sur le long terme de ses comportements actuels en matière de santé. Le futur lui semble trop lointain. Sa jeunesse et sa toute-puissance adolescence lui donnent l'illusion d'être immortel, invulnérable. Les inquiétudes et symptômes s'inscrivent dans l'ici et le maintenant et ne peuvent durer. Cette absence de projection dans l'avenir rend les actions de prévention des professionnels de santé encore plus

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

difficiles auprès d'une population déjà peu encline à consulter. Comment faire prendre conscience de la nécessité de traiter un mal qui n'existe pas encore ? Telle est une des problématiques majeures de la santé de l'adolescent.

L'adolescent consulte peu le médecin généraliste et parle peu de ses problèmes de santé. Le nombre moyen de consultations d'adolescents chez un médecin libéral est de 2 fois par an. Les médecins généralistes sont les plus sollicités. Mais l'absence de bilan de santé à cet âge ne facilite pas les échanges et la prévention individuelle. Plus de 10 % des adolescents ne parlent à personne de leurs problèmes de santé ; s'ils en parlent, c'est à leurs parents puis à un médecin.

Les principales sources de questionnement des jeunes sur leur santé sont avant tout d'ordre général : sexualité, drogues, fatigue, croissance, maladies graves (cancer, SIDA), accidents, handicaps. Ces sujets touchent à l'intégrité physique plus que mentale. La santé mentale, l'hygiène, l'influence du mode de vie apparaissent peu dans la perception des jeunes de leurs problèmes de santé. Ils font également part à leur médecin de problèmes d'ordre plus médicaux, qu'ils soient allergiques (asthme, allergie), infectieux (ORL surtout), dermatologiques (acné, petites imperfections cutanées) ou ostéo-articulaires. Cependant, souvent, derrière les recours pour des pathologies bénignes se cachent des demandes d'aide [37].

Interrogés sur le concept de santé, les jeunes évoquent des concepts comme « être bien dans sa peau », « être en forme », « ne pas avoir de maladie, de handicap, pas de problème physique ou moral». Là encore ils font davantage appel à l'intégrité physique que psychique [34][37].

D. UNE PERIODE A RISQUE DE SURPOIDS

L'adolescence est une période charnière dans l'histoire alimentaire de l'individu, par la construction de choix alimentaires propres indépendants de ceux des parents.

Elle donne lieu à de grands chamboulements dans la vie sociale des jeunes : modification du rythme des repas, du type de repas, activités extra-scolaires sportives, culturelles, périodes d'inactivité pendant les loisirs…[38]

Les données disponibles, relativement homogènes d'un pays à l'autre, convergent pour démontrer que nombre d'adolescents ont adopté un style de vie sédentaire. D'une façon générale, quel que soit l'âge et le pays, le niveau d'activité physique des garçons est plus élevé que celui des filles. L'activité physique décline avec l'âge, notamment à l'adolescence pour atteindre progressivement les chiffres observés chez l'adulte [39].

E. RECHERCHE DE NOUVEAUX MODELES IDENTIFICATOIRES

L'adolescence est une période de conquête progressive de l'autonomie qui conduit à pouvoir se séparer de ses parents sans les perdre.

Cette transition entre la sécurité de l'enfance et les responsabilités de la vie adulte amène progressivement l'adolescent sur la voie de l'indépendance. En remettant en question les modèles de

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

l'enfance, les valeurs et l'autorité parentale, elle tiraille l'adolescent entre des besoins contradictoires de dépendance et d'autonomie.

L'adolescence, marquée par un certain rejet des identifications antérieures associées aux objets parentaux, recherche de nouveaux objets d'identification. La mise à mal des figures parentales reste nécessaire pour l'investissement d'autres supports d'identification, même si l'empreinte des acquis de l'enfance ne peut être totalement reniée. L'adolescent recherche une intégration et une acceptation par un groupe de pairs.

F. DES CONDUITES A RISQUE

L'excès est un mode privilégié d'expression à l'adolescence. La démesure est une référence de l'adolescence : parce qu'il y a excès, il y a danger et jouissance [36].

Une expérimentation de ses limites, une confrontation à la norme, une prise de risques, l'adoption de conduites d'essai, la transgression de certains interdits sont autant de comportements adolescents [34].

G. MAIS UNE PERIODE PROPICE A UNE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

Un réel tournant est possible pendant leur adolescence, les jeunes grandissent en moyenne de 20 cm. C'est le moment idéal pour associer cette croissance fulgurante à une prise en charge globale. Si ce carrefour est raté, on se dirige ensuite vers l'obésité de l'adulte, laquelle est beaucoup plus difficile à traiter. Il faut utiliser les ressorts de l'adolescence et le narcissisme qui y est associé. À cet âge, on n'a pas envie d'être stigmatisé, on veut se sentir bien dans sa peau, se sentir aimable et désirable. La prise en charge doit s'appuyer sur cette volonté-là, sur cette motivation.

VI. LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT : LES STADES DE MODIFICATION DE COMPORTEMENT DE PROCHASKA ET DICLEMENTE

Le préalable nécessaire avant d'engager une démarche de changement de comportement est l'évaluation du stade de motivation du patient selon la description de Prochaska afin d'adapter la prise en charge.

A. DEFINITION [40]

En 1983, Prochaska et DiClemente ont clairement décrit les étapes successives d'un changement de comportement. Initialement créé pour aider au sevrage tabagique, ce modèle s'adapte à tous les changements de mode de vie ayant un impact positif sur la santé.

D'après le modèle de Prochaska et DiClemente, tout changement suit un processus continu, qui passe par une série de stades successifs bien définis : précontemplation (absence d'intention), contemplation (formation de l'intention), préparation, action, maintien, rechute, puis dans l'idéal, nouveau maintien et finalement sortie définitive.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve. A chaque étape correspond des modes d'intervention adaptés.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

B. DESCRIPTION DES STADES ET DE LA CONDUITE A TENIR [40][41]

1. PRECONTEMPLATION-ABSENCE D'INTENTION

A ce stade, le problème réside moins dans l'absence d'une solution entrevue, mais plutôt dans le fait que les sujets ne voient simplement pas le problème. Les personnes n'ont pas l'intention d'entreprendre une action dans un futur proche (6 mois).

L'intervention médicale de choix dans une telle situation doit donc d'abord viser à susciter une intention en augmentant la conscience du problème au moyen d'une information personnalisée.

2. CONTEMPLATION-FORMATION DE L'INTENTION

Les «contemplateurs» sont sur le point de remettre en question la conception positive qu'ils ont de leur style de vie actuel ou de son simple statut. Ils commencent à émettre un avis favorable sur la modification de leur style de vie et ont abandonné leur scepticisme ou même leur résistance initiale. Mais il existe encore beaucoup trop d'ambivalence par rapport au changement : même s'ils sont plus conscients des avantages qu'offrent un changement ; ils y voient aussi de nombreux inconvénients. Ils songent effectivement à changer dans un futur proche (6 semaines).

La devise du traitement est ici la suivante : patience, ne pas mettre de pression. Les «contemplateurs» sont dans une phase de préparation et il faut absolument éviter de les détourner de ce chemin. Il s'agit de discuter à propos des avantages et inconvénients d'un changement et d'augmenter la confiance en soi du patient.

3. PREPARATION A L'ACTION

A ce stade, les patients s'informent sur les différentes possibilités de changement, de manière très concrète. Les patients évaluent leurs capacités à assumer un changement, ils s'y préparent, le plus souvent dans le mois qui suit. Un certain degré d'ambivalence subsiste toutefois.

Une attitude d'encouragement est très utile au cours de cette phase de préparation. L'encouragement se traduisant par un résultat probant augmente l'estime de soi et la confiance que le patient a dans ses propres capacités. Les objectifs doivent être réalistes.

4. ACTION

Les patients ont passé les stades de «précontemplation», «contemplation» et «préparation» et sont maintenant engagés dans leur changement de comportement. Ils font de nouvelles expériences de toutes sortes. Elles peuvent être stimulantes et motivantes, mais aussi contradictoires et négatives. Au stade de l'action, les ressources de l'entourage jouent souvent un rôle décisif en plus des ressources propres du sujet. Rien n'est acquis à ce stade, car ce n'est qu'à ce moment-là qu'apparaît clairement pour le patient et son entourage la véritable signification d'un changement de comportement.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Il est en général utile de questionner le patient à la consultation sur les expériences qu'il vit dans cette période, de manifester une certaine empathie à son égard et d'intervenir éventuellement par un feed-back personnel ou par des corrections appropriées.

5. *MAINTIEN-CONSOLIDATION*

Le stade du maintien ressemble sur beaucoup de points au stade de l'action. La principale différence réside dans l'axe du temps. L'action était à l'origine définie dans le modèle de la manière suivante: une personne modifie présentement son comportement de façon active et ceci depuis au moins un jour et au maximum depuis six mois. Le maintien couvre une période plus longue. Le patient a surmonté une phase d'action de six mois. Il faut maintenant stabiliser les changements de comportement et prévenir les rechutes. Les patients sont décidés à se protéger eux-mêmes d'une rechute et acceptent volontiers de l'aide.

Il suffit, sur le plan du suivi, d'accompagner le processus de changement et de proposer de l'aide en cas de besoin. Les rendez-vous peuvent normalement être espacés à ce stade et le patient ne prendra contact qu'en cas de période critique.

6. *RECHUTE*

Le fait d'avoir réussi à modifier certains comportements (action et maintien) entraîne un sentiment d'euphorie passager, améliore la croyance dans ses propres capacités de changement (auto - efficacité) et incite à l'optimisme et c'est là qu'arrive la rechute.

Il est important en cas de rechute d'expliquer au patient concerné que cela n'indique aucunement un échec. Les rechutes sont inhérentes à tout processus de changement. Il est donc utile, lors de la discussion avec le patient à propos d'une rechute, d'attirer son attention sur le fait que des rechutes ne surviennent que chez quelqu'un qui a déjà beaucoup progressé dans son processus de changement de comportements.

C. EXEMPLE D'ADAPTATION DU MODELE A L'ACTIVITE PHYSIQUE [42]

1. *PRECONTEMPLATION*

La personne n'a pas l'intention de faire de l'exercice pendant les six mois à venir.

2. *CONTEMPLATION*

La personne voudrait faire de l'exercice régulièrement dans les six mois à venir.

3. *PREPARATION A L'ACTION*

La personne considère sérieusement le fait de faire de l'exercice dans le mois à venir ou a commencé sans que l'exercice soit réellement conséquent.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. *ACTION*

La personne fait régulièrement de l'exercice caractérisé par des changements ouvertement mesurables dans les six mois passés.

5. *MAINTIEN*

La personne fait régulièrement de l'exercice depuis plus de six mois.

6. *RECHUTE*

La personne a arrêté l'activité physique régulière.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Deuxième partie : L'étude

I. MATERIEL ET METHODE

A. CONTEXTE

Le programme d'éducation thérapeutique de la Maison régionale de Santé de Carpentras :

La maison régionale de santé de Carpentras a mis en place en septembre 2014 un programme d'éducation thérapeutique pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adolescent et un autre destiné aux adultes.

Le programme pour adolescents repose sur une prise en charge ambulatoire, en groupe, sur l'année scolaire, avec de l'activité physique qui est adaptée aux capacités des adolescents. Le but est de redonner goût au sport aux adolescents et de leur faire découvrir de nouvelles activités. Les cours sont donnés par une animatrice sportive sensibilisée aux problèmes de poids. Les ateliers diététiques et psychologiques une fois par mois complètent la prise en charge. Le programme est gratuit pour les adolescents car financé par l'Autorité Régionale de Santé (ARS) pour les ateliers et une participation de cinquante euros pour l'année par adolescent est demandée pour l'activité sportive qui entre dans le cadre de l'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (EPGV).

Le programme pour adolescents a été mis en place devant la constatation d'un besoin important par les acteurs médico-sociaux locaux (notamment les référentes de parcours éducatif du CCAS de Carpentras) qui suivent des adolescents en difficulté.

Mais, malgré les besoins, le programme pour adolescents manque de recrutement pour sa première année de fonctionnement : ils sont finalement seulement quatre adolescents à participer régulièrement au programme contre dix places financées par l'ARS. A l'inverse, le programme adulte connait une forte affluence avec plus d'une centaine de participants.

Devant cette contradiction entre des besoins importants et une faible participation des adolescents au programme, des questionnements sont venus.

B. HYPOTHESE ET OBJECTIFS

1. HYPOTHESE

Il existe des freins dans toute la chaine de prise en charge de l'adolescent en surpoids et obèse :

- Freins concernant tous les acteurs de la prise en charge, à savoir : l'adolescent lui-même, les parents et les professionnels médico-sociaux.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Freins concernant toutes les étapes de la modification de comportement et de l'adhésion à une prise en charge (abord du sujet du poids, proposition de participation à une prise en charge, inscription et participation effective).

2. OBJECTIFS

Objectifs principaux : Dans cette thèse, **nous allons essayer de comprendre les facteurs influençant :**

- **d'une part la modification de comportement vers une attitude plus saine en matière d'habitudes alimentaires, sportives et sédentaires chez les adolescents en surpoids et obèses.**
- **et d'autre part l'adhésion à un programme d'éducation thérapeutique chez les adolescents en surpoids et obèses.** Il s'agit de comprendre les freins et les facteurs favorisants, intervenant dans les différentes étapes menant l'adolescent à participer à un programme d'éducation thérapeutique : l'abord du problème de poids par le professionnel de santé, la proposition de prise en charge par le professionnel, l'information et l'implication des parents, l'inscription, la participation effective, la participation régulière et le changement effectif de comportement motivé par le programme. Mais on s'attache à comprendre aussi les freins concernant les différents acteurs de la prise en charge : l'adolescent, les parents et le professionnel de santé (avec le cas particulier des infirmiers scolaires). L'étude permettra d'adapter le programme sur les prochaines années afin de faciliter la participation des adolescents.

Objectifs secondaires : Nous voulons aussi **comprendre les freins des infirmiers scolaires à aborder le sujet du surpoids et de l'obésité avec les adolescents et à leur proposer une prise en charge.** De plus, nous voulons **comprendre les freins que les infirmiers identifient vis-à-vis des adolescents à adhérer à un programme d'éducation thérapeutique.**

C. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une **étude qualitative**.

D**es entretiens individuels semi-dirigés pour les adolescents** ont été réalisés.
La méthode qualitative a été préférée pour permettre aux adolescents de s'exprimer plus librement sur le sujet. De plus, il s'agit de « comprendre » et non pas de quantifier un phénomène, la méthode qualitative nous semblait ainsi plus adaptée.

Nous avons choisi des entretiens individuels plutôt qu'en groupe afin que les adolescents ne s'influencent pas mutuellement dans leurs réponses et qu'il n'y ait pas de gêne liée au regard des autres qui joue un rôle important à cet âge-là.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Un focus-groupe a été organisé pour les infirmiers scolaires. Nous avons préféré le focus-groupe afin de leur permettre de confronter leurs idées, leurs expériences, leurs difficultés et de créer ainsi une dynamique de groupe.

D. GUIDE D'ENTRETIEN

Le Guide d'Entretien sert de grille directrice commune pendant les entretiens.

Il se doit d'être souple pour s'adapter à la dynamique spécifique à chaque entretien.

Le principe est de « faire dire plutôt que dire » [43]. L'enquêteur doit poser des questions courtes et ouvertes et prendre le temps d'écouter l'enquêté sans l'interrompre dans sa réponse.

Les réponses peuvent être reformulées pour s'assurer de la compréhension.

Le guide d'entretien des adolescents est consultable en annexe (annexe 2). Les questions ont parfois été adaptées à l'âge et à la compréhension de l'enfant. Nous avons volontairement choisi d'employer la 2ème personne du singulier avec les adolescents pour éviter le caractère trop formel de l'entretien et faciliter les confidences. Il a été testé auprès de trois adolescents puis retravaillé (notamment certains termes techniques non compris ont été retirés).

Une autorisation parentale écrite a été demandée, les enfants étant mineurs (annexe 3).

Le guide d'entretien du focus-groupe des infirmiers est consultable en annexe (annexe 4).

E. POPULATION ETUDIEE

1. LES ADOLESCENTS

Plusieurs études ont déjà été faites sur l'obésité chez les adolescents mais peu ont étudié le point de vue des adolescents. Ici, nous nous intéressons aux adolescents en surpoids ou obèses en les interrogeant directement.

Nous étudions le cas particulier des adolescents ayant un lien avec le programme d'éducation thérapeutique pour adolescents en surpoids ou obèses de la Maison Régionale de Santé de Carpentras.

a. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous étudions des adolescents :

- De 10 à 16 ans ;
- Avec un IMC > 97ieme percentile des courbes françaises du PNNS 2010 ;
- Avec ou sans autres facteurs de risques associés ;
- Avec ou sans complication ;
- Volontaires ;
- Participant au programme d'éducation thérapeutique de Carpentras ou ayant refusé la participation au programme.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les adolescents ayant une obésité secondaire diagnostiquée et ceux présentant des troubles psychiatriques sévères n'étaient pas inclus.

b. Recrutement

Le recrutement s'est fait :

- Auprès des adolescents suivant le programme d'éducation thérapeutique pour adolescents en surpoids ou obèses de la maison régionale de santé de Carpentras. Nous avons pris contact avec eux et leurs parents lors d'une séance d'activité physique du programme, en participant au sport au cours de cette séance afin de mettre les adolescents en confiance.
- Auprès d'adolescents à qui le programme a été proposé et qui n'ont finalement pas participé. Pour le recrutement de ces adolescents, nous avons fait appel aux infirmiers scolaires dans les collèges et aux référentes de parcours éducatif au CCAS de Carpentras que nous avons rencontrées. La participation à l'étude leur a été proposée pour certains par les éducatrices du CCAS, adultes avec qui ils sont en confiance. Pour les autres, le contact a été téléphonique avec les parents puis, lorsque ceux-ci étaient d'accord, nous avons rencontré les adolescents.

c. Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas calculée avant le début de l'étude contrairement à l'étude quantitative. Le but est d'atteindre la saturation des données. C'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportent aucune nouvelle donnée, mais uniquement une redondance de réponses déjà données dans les entretiens précédents. Dans une étude qualitative, le chercheur obtient saturation des données habituellement avec environ 10-15 entretiens.

Nous avons ainsi recruté et interrogé 10 adolescents dont 4 participants au programme de prise en charge de Carpentras.

2. LES INFIRMIERS SCOLAIRES

Nous avons décidé, après avoir rencontré des infirmiers scolaires en collège dans le cadre du recrutement des adolescents pour la thèse de prendre en compte aussi leur point de vue. En effet, ils nous ont fait part d'une grande difficulté pour eux à aborder le problème du poids avec les adolescents, difficulté qui nous semblait faire partie des freins à une prise en charge de l'adolescent.

Nous avons donc recruté les infirmières et infirmiers scolaires volontaires faisant partie du département du Vaucluse.

Le recrutement s'est fait au cours d'une réunion de territoire regroupant une partie des infirmières et infirmiers scolaires du Vaucluse organisée par l'infirmière coordinatrice. Nous avons aussi complété le recrutement en prenant contact par mail avec les infirmiers scolaires du Vaucluse. La mailing liste nous a été transmise par le CoDES Vaucluse qui est régulièrement en contact avec les infirmiers scolaires dans le cadre de formations d'éducation à la santé.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Nous avons pu réunir 6 infirmiers pour le focus groupe.

F. REALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNEES

1. *AVEC LES ADOLESCENTS*

Nous avons décidé avec chaque adolescent du lieu du rendez-vous qui lui convenait le mieux : à la maison régionale de santé de Carpentras pour la plupart, au CCAS pour ceux suivis dans le cadre du programme de réussite éducative, à leur domicile ou au complexe sportif de Carpentras.

Les entretiens se sont déroulés en tête à tête avec l'adolescent autour d'un bureau. Le caractère anonyme de l'entretien a été rappelé et nous avons demandé la permission d'enregistrer en précisant que cela permettrait de faciliter la retranscription et l'analyse qui venaient ensuite. Les entretiens ont débuté par des questions d'ordre général pour mettre progressivement en confiance l'adolescent.

Les entretiens ont été enregistrés, après accord de l'adolescent, avec un enregistreur numérique. Il est fortement conseillé d'enregistrer les entretiens car la prise de notes dans le même temps peut interférer avec le processus de l'entretien et la retranscription de notes ultérieure est sujette à oubli. De plus, la prise de notes rompt le contact visuel avec l'interviewé qui est essentiel dans ce type d'entretien [44]. Seuls les messages non verbaux ont été notés.

2. *AVEC LES INFIRMIERS*

Le focus groupe s'est déroulé dans une salle de la Maison Régionale de Santé de Carpentras qui permettait d'accueillir au moins 8 personnes. La date et l'horaire de la réunion ont été fixés en tenant compte de la disponibilité des participants.

Un petit-déjeuner a été apporté afin de créer une atmosphère conviviale. Tous les infirmiers étaient assis autour d'une table ronde.

La réunion a été enregistrée avec un enregistreur numérique et une caméra posée sur un trépied, après accord des participants.

Il y avait un modérateur, le Dr ADNOT Sébastien, qui animait le groupe. Il avait pour rôle de diriger les débats en gérant la dynamique de groupe, en amenant tous les participants à s'exprimer tout en respectant le temps imparti et les objectifs [45].

Un observateur s'occupait d'accueillir les participants, du matériel d'enregistrement et de la prise de notes, notamment sur l'ordre d'intervention des participants et les messages non verbaux [45].

G. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

1. *RETRANSCRIPTION DES DONNEES*

Chaque entretien a été intégralement retranscrit sous Word, mot pour mot, sans déformation ni correction des fautes de langage ou des hésitations. Ont été rapporté entre parenthèse les intonations de voix particulières, les

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

silences, les rires et les pleurs qui ont ponctué les entretiens. Nous avons décidé de laisser les prénoms des adolescents dans les vignettes de présentation pour plus d'authenticité, les noms de famille n'apparaissant pas. Un numéro leur a été attribué selon la chronologie d'inclusion.

Pour les infirmiers, les prénoms n'ont pas été laissés, un numéro leur a aussi été attribué en fonction de l'ordre de prise de parole.

2. *ANALYSE QUALITATIVE DES ENTRETIENS*

Après la retranscription vient l'étape du codage : le but est de tirer les notions clés évoquées lors des entretiens et de regrouper les notions communes à plusieurs interviews.

Nous avons réalisé manuellement les analyses verticales (entretien par entretien) et horizontales (par thématique) : les concepts de chaque verbatim de chaque entretien ont été associés aux thématiques et sous-thématiques majeures qui émergeaient progressivement.

H. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

1. *LES SOURCES D'INFORMATION*

Plusieurs bases de données et moteurs de recherche ont été interrogés :

- PubMed : base de données en Sciences Biologiques et Biomédicales

- Cismef : catalogue et index des sites médicaux francophones

- Sudoc : catalogue du système universitaire de documentation

- Google Scholar

- Bibliothèque en ligne de la Faculté Claude Bernard Lyon 1 avec recherche avancée et avec troncature pour accéder à des revues spécialisées disponibles en ligne

-Sites internet du PNNS, de l'OMS, de l'HAS, témoignages sur *http://www.obesitedesjeunes.org/*

2. *LES MOTS CLES DE LA RECHERCHE*

Les recherches bibliographiques de ce travail de thèse ont été réalisées en langue française et en langue anglaise.

En langue française, les mots clés utilisés ont été principalement :

- Adolescent / Adolescence / Obésité / Surpoids / Santé / Stigmatisation / Famille / Parents / Entretien Motivationnel / Modèle transthéorique du changement / Prochaska / Changement / Modification.../..Comportement / Habitude de vie / Education Thérapeutique / Difficulté / Frein / Activité physique / Sport / Alimentation / Nutrition / Sédentarité.

En langue anglaise, les mots utilisés ont été principalement :

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Adolescent / Adolescence / Obesity / Overweight / Health / Stigmatization / Family / Parents / Motivational interviewing / Prochaska / Change / Modification / Behavior / Lifestyle / Therapeutic Patient Education / Difficulty /Physical activity / Sport / Diet / Nutrition / Sedentary lifestyle.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

II. RESULTATS

A. DONNEES GENERALES DES ADOLESCENTS

Les entretiens avec les adolescents ont duré entre 45 minutes et 1 heure 10 minutes.

1. LES PARTICIPANTS

10 adolescents :

- Agés de 10 ans et demi à 16 ans avec un âge moyen de : 13,5 ans
- 8 filles et 2 garçons
- IMC de 23,9 kg/m2 à 50 kg/m2. Mais tous les IMC n'ont pas pu être calculés, les adolescents ne se souvenant pas toujours de leur poids et taille ; certains n'ont pas osé donner leur poids.

	Prénom*	Age	Sexe	Poids	Taille	IMC	Catégorie
I1	Maxime	14 ans	M	158 kg	1m78	50 kg/m2	Obésité
I2	Elsa	15 ans	F	Ne me l'a pas donné	1m62	X	X
I3	Cécile	14,5 ans	F	60 kg	1m54	25,3 kg/m2	Surpoids
I4	Audrey	10,5 ans	F	Ne le connait pas	1m43	X	X
I5	Sophie	14 ans	F	68 kg	1m60	26,6 kg/m2	Surpoids
I6	Inès	16 ans	F	Ne me l'a pas donné	1m71	X	X
I7	Kévin	12,5 ans	M	Ne le connait pas	Ne la connait pas	X	X
I8	Ingrid	16 ans	F	81 kg	1m61	31,2 kg/m2	Obésité
I9	Alice	12,5 ans	F	65 kg	1m65	23,9 kg/m2	Surpoids
I10	Charlène	10,5 ans	F	60 kg	1m50	26,7 kg/m2	Obésité

*Pour des raisons de confidentialité, les prénoms des adolescents utilisés dans cette thèse sont des alias.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. *DUREE DES ENTRETIENS*

	Prénom		Age	Sexe	Durée	Lieu entretien
I1	Maxime		14 ans	♂	45 mn	Complexe sportif : après leur séance de sport hebdomadaire du programme
I2	Elsa		15 ans	♀	54 mn	Maison régionale de santé de Carpentras
I3	Cécile		14,5 ans	♀	47 mn	Maison régionale de santé de Carpentras
I4	Audrey		10,5 ans	♀	49 mn	CCAS de Carpentras
I5	Sophie		14 ans	♀	54 mn	CCAS de Carpentras
I6	Inès		16 ans	♀	1 h	Maison régionale de santé de Carpentras
I7	Kévin		12,5 ans	♂	58 mn	Maison régionale de santé de Carpentras
I8	Ingrid		16 ans	♀	1h10	CCAS de Carpentras
I9	Alice		12,5 ans	♀	50 mn	A son domicile, à Bedoin
I10	Charlène		10,5 ans	♀	55 mn	A son domicile, à Bedoin

3. *VIGNETTE DE PRESENTATION DES ADOLESCENTS*

a. Interview i1 ♂ 14 ans IMC = 50 kg/m2 > seuil iotf-30 : obésité

Maxime est en classe de cinquième, il est inscrit et participe au programme d'éducation thérapeutique des adolescents en surpoids de Carpentras. Il est passionné par les jeux vidéo, passion qu'il partage avec son père. Il a commencé à prendre du poids à l'école primaire, dans un contexte de difficultés scolaires du fait d'une dyslexie importante. Il a une grande sœur qui vit seule à Paris. Toute sa famille souffre d'obésité. Ses parents font partie du programme adulte de prise en charge du surpoids en éducation thérapeutique à Carpentras. La participation aux programmes adolescent et adulte résulte d'un projet de toute la famille. Au niveau professionnel, Maxime m'explique que sa mère est comptable et que son père travaille dans le domaine de la mécanique. Le programme lui a été vraiment bénéfique notamment pour lui redonner goût au sport, le faire sortir de son monde virtuel des jeux vidéo.

b. Interview i2 ♀ 15 ans 1m62 ne m'a pas donné son poids

Elsa est en quatrième, elle participe au programme de prise en charge des adolescents en surpoids de Carpentras. Elle voit son avenir dans l'esthétique ou comme auxiliaire de puériculture. Grace au programme, elle a rencontré Cécile avec qui elle fait de la zumba et de la gymnastique pendant son temps libre. Ses parents sont divorcés, elle a trois demi-sœurs et un demi-frère tous plus âgés qu'elle. Elle vit chez sa mère qui l'a inscrite au programme et lui apporte tout son soutien. Elle mange chez son père tous les midis. Lui est moins

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

impliqué dans la prise en charge du surpoids de sa fille. Elsa a un fort caractère, elle est l'adolescente un peu rebelle. Elle est très ambivalente par rapport à son poids, comme elle le dit bien : « Je le vis bien et je le vis mal, enfin… ».

c. Interview i3 ♀ 14,5 ans IMC = 25,3 kg/m2 > seuil iotf-25 et < seuil iotf-30 : surpoids

Cécile participe au programme de prise en charge des adolescents en surpoids de Carpentras. Elle est en troisième prépa-pro afin d'obtenir un bac professionnel gestion-administration pour travailler comme assistante sociale. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois avec une petite sœur de poids normal et un petit frère qui commence à être en surpoids. Sa mère a perdu du poids récemment, suite à des efforts personnels. Ses deux parents sont au chômage actuellement. Elle vit très mal le regard des autres, du fait de son poids, ce qui l'handicape beaucoup notamment au niveau scolaire. Elle a su s'aider du programme pour modifier ses habitudes de vie, elle a ainsi perdu 8 kilogrammes, fait du sport et apprécie en faire. Elle a le soutien de ses parents.

d. Interview i4 ♀ 10,5 ans 1m43 Ne connaît pas son poids

Audrey est en CM2, elle ne fait pas partie du programme de prise en charge de Carpentras car elle est un peu jeune. Plus tard, elle aimerait être médecin. Pendant son temps libre elle fait du théâtre mais envisage d'arrêter et de faire plutôt du badminton ou du tennis. Elle est l'aînée d'une fratrie de quatre avec deux petits frères et une petite sœur. Ses frères et sœur sont de poids normal. Ses parents sont en surpoids. Sa famille est de milieu modeste : son père est agriculteur et sa mère ne travaille pas. Elle subit des critiques et des moqueries des membres de sa famille.

e. Interview i5 ♀ 14 ans IMC = 26,6 kg/m2 > seuil iotf 25 et < seuil iotf-30 : surpoids

Sophie est en quatrième, elle participe partiellement au programme : elle vient uniquement aux ateliers mais pas aux cours de sport du fait d'un problème de genou. Plus tard, elle aimerait travailler dans l'esthétique ou dans la prise en charge du surpoids. Elle est l'aînée d'une fratrie de cinq. Elle a trois petits frères et une petite sœur. Toute sa famille est de poids normal. Sa famille est de milieu modeste : son père est boucher et sa mère est mère au foyer. Elle bénéficie du soutien parental, parfois un peu insistant. En dehors de l'école elle fait de la natation, elle aime bien prendre soin d'elle, passer du temps en famille et avec ses copines. Elle a un problème de poids depuis la petite enfance.

f. Interview i6 ♀ 16 ans 1m71 n'a pas voulu me donner son poids

Inès est en classe de troisième, elle participe au programme de prise en charge des adolescents en surpoids de Carpentras mais n'est pas toujours très assidue aux cours de sport. Elle aimerait plus tard être infirmière ou auxiliaire de puériculture. Elle aime lire et passer du temps avec ses copines. Elle est l'aînée d'une fratrie de cinq et a trois petites sœurs et un petit frère ; et est la seule en surpoids dans sa famille. Elle vit dans un milieu

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

modeste : son père est chauffeur routier et sa mère ne travaille pas. Elle a commencé à prendre du poids lors de son entrée en sixième du fait de mauvaises habitudes avec ses copines : elles sortaient régulièrement du collège pour acheter des bonbons. Elle a ensuite continué à prendre du poids progressivement.

g. Interview i7 ♂ 12,5 ans Ne connait pas ni sa taille ni son poids

Kévin est en cinquième, il ne fait pas partie du programme de prise en charge des adolescents en surpoids de Carpentras car il a été informé de l'existence du programme après que celui-ci ait démarré et ne souhaitait pas intégrer un groupe déjà constitué. Il apparait pendant tout l'entretien nonchalant, les coudes sur le bureau, se tenant la tête, répondant « je sais pas » à la quasi-totalité des questions. Il n'a pas d'idée sur ce qu'il voudrait faire plus tard. Il consacre son temps libre à sa passion : la musique et ne fait pas de sport en dehors de l'école. Il a un grand frère, de poids normal, avec qui il a 7 ans d'écart. Il a perdu son père. Sa mère, elle, est auxiliaire de vie scolaire, elle est en surpoids.

h. Interview i8 ♀ 16 ans IMC = 31,2 kg/m2 > seuil iotf 30 : obesite

Ingrid est en classe de troisième, elle ne participe pas au programme du fait de la distance par rapport à son domicile. Elle est la deuxième d'une fratrie de quatre. Ses parents sont de milieu social modeste : son père est agriculteur et sa mère au chômage. Ses parents sont en surpoids ainsi qu'un de ses frères. Elle est d'origine espagnole et est arrivée en France depuis 3 ans. Elle reste très attachée à ses racines espagnoles et l'adaptation à la vie française est encore difficile. Pendant son temps libre, elle pratique le chant, mais ne fait plus d'activité physique depuis son emménagement en France, alors qu'elle faisait du sport quotidiennement en Espagne.

i. Interview i9 ♀ 12,5 ans IMC = 23,9 kg/m2 > seuil iotf-25 mais < seuil iotf 30 : surpoids

Alice est en classe de cinquième, elle ne participe pas au programme du fait de la distance par rapport à son domicile et de l'absence de moyen de locomotion. Plus tard, elle aimerait être médecin généraliste ou pédiatre. Pendant son temps libre elle fait de la danse et du taekwondo. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois : elle a une petite sœur, Charlène, qui est en surpoids et un petit frère qui est de poids normal. Sa mère, en surpoids est diabétique et ne travaille pas. Son père, ouvrier agricole est lui de poids normal. Elle est en surpoids depuis la sixième, où le fait de se retrouver dans une classe dans-laquelle elle ne connaissait personne a été difficile et stressant.

j. Interview i10 ♀ 10,5 ans IMC = 26,7 kg/m2 > seuil iotf-30 : obesite

Charlène est en CM2 ; c'est la petite sœur d'Alice. Elle ne participe pas au programme pour les mêmes raisons qu'Alice : la distance et l'absence de moyen de locomotion. Elle aimerait dans le futur travailler en crèche. Elle pratique, durant son temps libre, le taekwondo avec sa sœur et aime les loisirs créatifs. Elle est en surpoids depuis toute petite. Elle n'est pas vraiment gênée par son poids au quotidien.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

B. ANALYSE DES ENTRETIENS DES ADOLESCENTS

1. *ANALYSE DES STADES DE PROCHASKA DES ADOLESCENTS*

a. Interview 1

i. L'alimentation

Maxime était en phase de **précontemplation** sur le plan de l'alimentation au début du programme, il ne comptait pas changer ses habitudes :

***I1** : [Est-ce que tu as, en tout cas quand tu étais au début du programme, est-ce-que tu avais envie de modifier tes habitudes alimentaires ?] Non. (en souriant). (…) Euh, parce que je me trouvais très bien comme j'étais en fait.*

Il a évolué en phase de **contemplation** : il aimerait changer mais ne sait pas pourquoi.

***I1** : [Et pourquoi t'as envie de modifier tes habitudes alimentaires. Est-ce que tu arrives à savoir ?] Ben, pour le coup, non.*

Par contre, comme difficultés à changer il explique qu'il n'est pas facile de modifier ses habitudes et qu'il est amateur de bons repas.

***I1** : Ah, parce que je suis habitué à d'autres choses. (…) Manger équilibré, ça je sais pas, moi j'aime bien manger !*

Il envisage quand même de possibles modifications, mais au conditionnel.

***I1** : (…) Faudrait que je fasse un peu plus attention.*

ii. L'activité physique

Maxime était au début du programme en phase de **préparation à l'action** en matière d'activité physique :

***I1** : [Euh, est-ce que tu as envie de modifier, en tout cas au début de l'adhésion au programme, est-ce que tu avais envie de modifier tes habitudes en matière d'activité physique ou pas ?] Ben, je comptais déjà un petit peu les modifier. [*Ouais, d'accord. Et tu pensais, tu pensais faire comment ?] *Ben en fait, on a commencé à réparer les vélos.*

Il est actuellement **dans l'action.** Il a changé son comportement en participant régulièrement au programme et en s'inscrivant à des activités en dehors du programme.

***I1** : Euh, j'en fais plus d'activités sportives. (…) Parce qu'avant j'en faisais pas du tout. (Rires). (…) Donc là, j'en fais beaucoup plus. Le sport le samedi, et euh…de temps en temps le mercredi soir le sport aussi, le cours XXL.*

Il est grandement motivé par ses parents. Même s'il évoque certains inconvénients de l'activité physique, il aime aller faire du sport.

***I1** : Ben y'a, au niveau des articulations ça fait mal. (…) Au début c'est un petit peu dur. Je me dis non, il faut que j'y aille, et puis après j'y vais, je suis trop content.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

iii. La sédentarité

Maxime est au stade de **précontemplation** en matière de sédentarité. Il n'a pas évolué dans son comportement depuis le début du programme. Il n'a pas l'intention de changer de comportement car il se sent très bien quand il joue aux jeux vidéo : il peut virtuellement dépasser ses limites.

***I1** : Eh ben, personnellement non parce que quand je suis devant je me sens très bien. (…) Ben par exemple sur l'ordi on peut marcher, on peut grimper des montagnes sans avoir mal aux genoux. Je monte trois marches et j'ai mal aux genoux.*

De plus, c'est une passion qu'il partage avec son père.

***I1** : Ben, avec mon père on joue ensemble. (Rires.)*

Mais il reconnait quand même quelques limites des jeux vidéo.

***I1** : Hum. Physiquement je me sens pas bien mais quand je joue aux jeux vidéo moralement je me sens bien mais pas physiquement.*

Mais, le programme l'oblige à sortir, même si lui ne l'aurait pas fait spontanément, et il en est plutôt content finalement.

***I1** : Ca faisait longtemps que j'étais pas sorti aussi parce que je passais toutes mes journées devant les jeux. (…) C'est toujours le cas, mais je sors maintenant. Avant je sortais pas. [Et qu'est-ce qui t'a aidé à sortir justement ?] Ben, qu'elle m'ait inscrit. [Ouais, le programme du coup ?] Hum. J'étais Batman dans sa Batcan.*

b. Interview 2

i. L'alimentation

Au début du programme, Elsa était dans une phase de **préparation à l'action** sur le plan de l'alimentation. Elle envisageait des changements, sans pour autant les avoir mis en place.

***I2** : Manger un petit peu moins. (…) Ben j'sais qu'il fallait que j'réduise mais après euh…*

Elle a actuellement débuté **l'action** en modifiant notamment les quantités lors des repas.

***I2** : [Quand il (son père) te fait à manger le midi, par exemple, tu manges autant que lui alors, c'est ça ?] Un petit peu moins maintenant. Mais avant, ouais.*

Mais le changement reste quand même difficile du fait de l'habitude.

***I2** : Ben parce que j'ai été habituée comme ça depuis que je suis petite.*

ii. L'activité physique

Au début du programme Elsa était en phase de **précontemplation** en matière d'activité physique. Elle ne souhaitait pas modifier ses habitudes.

***I2** : [Euh, alors au début du programme, pareil, est-ce que tu avais envie de modifier tes habitudes en matière d'activités physiques ? (…)] Non.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Elle est maintenant pleinement engagée dans **l'action.** Elle pratique la zumba et la gymnastique en dehors du programme avec Cécile *(une autre adolescente du programme de Carpentras)*. Une belle amitié s'est créée avec une motivation à deux pour le sport.

***I2** : Au début on faisait ou l'un ou l'autre. Et en fait Cécile elle voulait pas faire la zumba et moi je voulais pas faire la gym donc, et puis on s'est dit on fait les deux au moins on est chacune contente. Et puis ça nous fait bouger donc euh…*

iii. La sédentarité

Elsa est restée en phase de **précontemplation**, elle ne voit pas d'intérêt à modifier ses habitudes sédentaires.

***I2** : Ben non, parce qu'au final, devant la télé, je bouge enfin…(…) Ben, non, enfin. Ca servirait à rien quoi, puisque si j'arrête de regarder la télé ou quoi, ça va pas m'amener à faire plus de sport.*

c. Interview 3

i. L'alimentation

Au début du programme, en matière d'alimentation, Cécile était en phase de **préparation à l'action**. Elle avait envie de modifier ses habitudes en formulant des propositions concrètes.

***I3** : [Alors, hum, est-ce qu'au début du programme, tu avais envie de modifier tes habitudes alimentaires ou pas ? Quand t'as commencé le programme ?] Oui. (…) Ben déjà manger plus équilibré, et euh…et manger moins aussi du coup.*

Puis elle est passée à **l'action** durant le programme en concédant des efforts.

***I3** : Donc j'ai gouté tous les légumes, ma mère me les a cuisinés. (…) Ah ben, j'ai tout réduit d'un seul coup. (…) Dès que j'avais faim, j'allais dans le placard et j'allais me servir. Déjà j'ai tout arrêté, dès le premier jour, j'ai tout arrêté. Ensuite, euh…j'avais tendance à me resservir des fois, donc j'ai arrêté de me resservir aussi.*

Et, au moment de l'entretien, elle est en phase de **maintien**, en essayant de conserver les nouvelles habitudes acquises.

***I3** : Oui, y'a toujours des choses, il y aura toujours des choses qu'il faudra que je modifie mais…après je trouve que j'ai fait pas mal d'efforts, et du coup, pour l'instant j'essaie de continuer normal.*

ii. L'activité physique

Au début du programme, Cécile était en phase de **préparation à l'action** avec une volonté d'augmenter son activité physique, mais elle n'aimait pas le sport.

***I3** : [Euh, est-ce qu'au début du programme, tu avais envie de modifier tes habitudes justement, au niveau de l'activité physique ?] Oui. [D'accord. Et, tu arrives à dire comment ?] Ben, à faire un peu plus de sport.*

Elle est passée à l'étape de **l'action** durant le programme, stimulée par son amitié avec Elsa *(une autre adolescente du programme de Carpentras).*

***I3** : Oui, en dehors de ce qu'on fait au programme, euh, on fait de la zumba et de la gym.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Et, au moment de l'entretien, elle est en phase de **maintien** des modifications sportives mises en place.

***I3** : Oui, je pense qu'il faudrait que je fasse encore plus de sport, mais je vais pas non plus m'épuiser, enfin, je fais déjà beaucoup de sport. Enfin, voilà, j'attends…là j'attends que cette année elle se termine et après pour l'année prochaine, je verrais avec Elsa, on continuera la zumba et puis on verra si on peut pas faire autre chose à côté.*

iii. La sédentarité

Cécile était probablement initialement en phase de **précontemplation**, elle est passée à **l'action** durant le programme en diminuant son temps passé devant la télévision.

***I3** : Avant de commencer le programme, je regardais des fois pendant trois heures la télé, maintenant j'ai modifié, je suis passée à 1 heure.*

Puis elle est passée en phase de **maintien.**

***I3** : Je pense que 1 heure c'est raisonnable. Après une demi-heure, j'ai pas le temps, j'ai pas trop le temps de regarder quelque chose, donc euh, 1 heure, je pense que ça va et que je vais rester à 1 heure.*

iv. Résultats du programme

***I3** : Ben en fait, ça a tout fait parce que j'ai perdu du poids. (…) De 68 kilos, je suis passée à 60 kilos. (…) Et, et ça m'a aidée à aimer le sport aussi.*

d. Interview 4

i. L'alimentation

Audrey est au stade de **préparation à l'action** : elle aurait envie de modifier son comportement alimentaire.

***I4** : [Alors, euh, en fait, c'est dans le sens, est-ce que tu as envie de manger plus équilibré, de manger moins, de faire des efforts sur ta nourriture ?] Oui.*

Elle propose des modifications concrètes.

***I4** : Pour changer les aliments que je…comme les bonbons et les boissons sucrées et tout, pour les…je les bois pas trop. Et ben voilà. (…) De moins manger (…) Quand je grignote, entre les repas. Moins manger aux repas, quand on mange.*

Mais elle y voit des freins, notamment la peur d'avoir faim.

***I4** : Parce qu'après, en fait, quand je veux quelque chose, après j'ai vraiment très, très faim.*

ii. L'activité physique

Audrey est au stade de **préparation à l'action** en matière d'activité physique.

***I4** : [Est-ce que tu aimerais faire plus de sport ?] Oui. (…) Et faire plus, plus de sport. (…) Enfin, je peux sortir dehors et courir un peu. (…) Ou marcher dans la rue comme ça.*

Elle aime le sport et prévoit de s'inscrire dans un club dès la rentrée prochaine.

***I4** : Euh oui, ma mère elle m'a dit, l'autre année, peut-être je vais faire ou du tennis, ou du badminton.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

iii. La sédentarité

Audrey est au stade de **précontemplation.** Elle ne veut pas changer son habitude de regarder la télévision, de peur de s'ennuyer.

***I4** : En fait après, j'arriverais pas en fait. Si je regarde la télé, là après…si on se prive de télé, je sais pas comment faire. (…)Voilà, après je vais m'ennuyer.*

e. Interview 5

i. L'alimentation

Il est difficile d'évaluer le stade de motivation de Sophie, avec des propos un peu contradictoires parfois. Elle s'engage de manière transitoire dans **l'action** : elle modifie pendant un certain temps son alimentation.

***I5** : [Donc euh, au début du programme, est-ce que tu avais envie de modifier tes habitudes alimentaires, quand tu t'es inscrite ? Ou est-ce que c'est venu au cours de… ?] Ben oui. (…) Hum. Mais j'avais déjà changé.*

Mais en fait ces changements ne sont pas vraiment volontaires, ce sont des efforts suite aux remarques de sa mère.

***I5** : (…) Elle m'a changé la quantité. (…) Elle m'a dit tu manges en petites quantités.*

Du coup, elle a **rechuté.**

***I5** : Hum. Mais là, en ce moment, j'ai replongé les gâteaux.*

En fait elle paraît plus être en phase de **contemplation.** Elle participe aux ateliers du programme pour mieux manger.

***I5** : Pour manger plus sainement.*

Elle reconnaît par ailleurs manger trop, elle envisage un changement mais elle ne met pas en place de changement volontaire.

***I5** : Ouais, je me suis dit, bon ben, à partir de demain, bon demain, je me dirais toujours demain, demain, demain mais je pense que la semaine prochaine je vais arriver à me reprendre en main, en plus arrivé aux vacances, il reste encore une semaine je crois.*

Elle aimerait de plus s'autonomiser dans ses prises alimentaires.

***I5** : (…) me limiter moi-même parce que je me dis ma mère, elle va pas toujours être là pour moi.*

ii. L'activité physique

Sophie est freinée dans sa pratique du sport par un problème de fissuration méniscale avec une douleur dans tous les sports en charge.

En ce qui concerne le sport en club de sport, elle planifie de reprendre l'année scolaire prochaine : elle est en phase de **préparation à l'action**.

***I5** : Ouais, voilà, mais je préfèrerais d'être dans un club, donc l'année prochaine, j'ai dit à ma mère.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour le sport de loisir, elle oscille entre **l'action** qui n'est pas vraiment volontaire, mais plutôt liée à des encouragements insistants de sa mère.

***I5** : [L'inscription à la natation, tout ça c'est plutôt…] Ouais, voilà, enfin, ma mère elle m'avait pas obligée, enfin, un peu forcé la main.*

Elle est plutôt en phase de **contemplation.**

***I5** : Euh, ouais, je dirais de la natation, de la marche. (…) Moi je dis non, j'ai pas envie de sortir, j'ai la flemme, je fais mes devoirs. Je sors plein d'excuses, mais c'est pas bien, je me rends compte moi-même que c'est pas bien. Faut pas faire ça.*

iii. La sédentarité

Sophie est entre **la préparation à l'action et la contemplation.**

***I5** : Ben, vu que c'est bientôt les vacances, je me dis, je vais mettre un petit peu de côté mon téléphone, l'oublier, essayer de l'oublier (…) J'sais pas, ben voilà, y'a les numéros à mes copines, y'a internet, y'a youtube. Euh tout quoi. Y'a le cahier de texte en ligne, y'a tout.*

f. Interview 6

i. L'alimentation

Pendant les vacances scolaires avant le début du programme, Inès a suivi une prise en charge diététique. Elle a modifié ses habitudes alimentaires, elle préparait ses propres repas.

***I6** : [Euh, est-ce que, est-ce que quand tu as commencé le programme, tu avais envie de modifier tes habitudes alimentaires ou pas ?] Ben j'ai voulu les changer déjà quand j'ai vu la diététicienne.*

Mais elle a rechuté un mois après.

***I6** : Ben on va dire que pendant 1 mois, je m'y suis bien tenue et tout, j'ai perdu 3, 2 kilos je crois. (…) En 1 mois, et puis après, j'ai tout…(…) J'ai tout lâché en fait.*

Puis, au début du programme, elle était dans le stade de **préparation à l'action**, elle était très motivée.

***I6** : Ouais. Après, quand j'ai commencé le sport, je me suis dit, là faut vraiment, parce que là, j'ai les deux. J'ai tout entre euh…enfin j'ai tout quoi. Je sais tout. (…) Et faut que j'applique maintenant.*

Puis sa motivation est retombée, au moment de l'entretien elle était repassée au stade de **contemplation**.

***I6** : Ben en fait, euh, non. Parce que des fois pendant une semaine, je vais dire ouais, je mange bien, et tout. Mais après je reprends. Surtout en ce moment, je grignote beaucoup. Et je mange beaucoup alors euh…(…) Moi, en fait, moi, je veux plein de choses, mais par contre, pour les obtenir les choses, euh…voilà, quoi.*

Elle manque de temps pour préparer ses propres repas, ce qui la freine pour repasser à l'action.

***I6** : Oui, forcement. Et puis souvent, quand je rentre de l'école, j'ai pas le temps de me faire à manger.*

ii. L'activité physique

Inès n'a pas évolué depuis le début du programme.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I6** : [Et déjà, d'aller au sport le samedi matin, qu'est-ce que ça t'a apportée, qu'est-ce que ça t'apporte d'aller au sport, est-ce que t'arrives à, à me dire ?] Ben franchement, c'est pas très gentil ce que je vais dire, mais rien. (…) Ça m'a pas boostée ou je sais pas, je sais pas comment dire.*

Elle oscille entre les phases de **contemplation…**

***I6** : (…) ben en fait, je voudrais faire du sport, mais vraiment, genre euh, intensif quoi. (…) Après enfin, ouais, mais bon après moi je me donne pas non plus à fond, donc euh si je…je peux pas dire c'est pas intensif, si moi euh voilà, je fais pas tout mais bon voilà.*

…Et de **préparation à l'action**.

***I6** : Et ben oui, enfin ça va faire un moment que ça me trotte dans la tête en fait. J'aimerais m'inscrire dans une salle de sport.*

Mais le manque de temps la freine pour passer à l'action.

***I6** : Ouais, donc euh, mais encore c'est pareil, j'ai pas le temps, parce que je finis tout le temps à 5 heures, avec l'école et tout.*

Et elle n'a pas trouvé la motivation de groupe qu'elle espérait.

***I6** : Ben, j'sais pas, je…Ben par exemple le groupe. (…) Je me sens un peu seule. Et donc ouais, j'aime pas trop en fait.*

iii. La sédentarité

Inès était en phase de **précontemplation** au début du programme, elle n'avait pas l'intention de modifier ses habitudes sédentaires.

***I6** : [Est-ce que t'avais envie de changer justement tes habitudes d'activités sédentaires au début du programme, ou pas ? Quand tu t'es inscrite ?] Non, parce que je me suis dit, je peux faire, fin je peux continuer à faire ça et puis faire des activités physiques à côté.*

Elle est passée en phase de **contemplation** au moment de l'entretien.

***I6** : Si j'ai envie de les changer, parce que des fois je me dis, même pour l'école quoi, au lieu de passer mon temps à faire ça, je pourrais faire autre chose. (…)De plus intéressant.*

Mais il y a des freins pour mettre en place le changement de manière effective.

***I6** : Oui, parce que j'arrive pas à dormir. (…) Et que, à part être surtout, enfin, j'aime bien regarder la télé aussi, y'a des choses…*

g. Interview 7

Kévin ne considère pas son poids comme un problème. Il n'y a pas de gêne.

***I7** : Euh, ben souvent j'oublie. Du coup ben…(…) Comme je suis. Comme je suis. (…) Je sais pas, parce que j'y pense quasiment jamais, même jamais.*

Du coup, il ne voit pas l'intérêt de modifier ses habitudes de vie, il est en phase de **précontemplation**.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

i. L'alimentation

I7 : *[Euh, au niveau de l'alimentation, est-ce que toi tu as envie de modifier tes habitudes alimentaires déjà dans un premier temps ?] Pfffff. Je sais pas. Je sais pas.*

Il a modifié son alimentation durant l'hiver mais de manière involontaire.

***I7** : Ben, là, je suis devenu moins mangeur ; parce qu'avant je mangeais beaucoup. [Ok. Et c'est quoi, c'est parce que t'as moins faim, ou t'as envie de changer ?] Non, j'ai moins faim.*

ii. L'activité physique

Il n'y a pas de perspective, ni de volonté de changement, d'autant que la musique est sa priorité.

***I7** : [Et est-ce que tu aurais envie de modifier tes habitudes en matière d'activité physique ?] Pas vraiment. Pas vraiment. [Ouais. Et est-ce que tu t'inscrirais dans un club ou pas ?] Pas vraiment. Parce que on sait pas c'est quand les…si c'est un jour où c'est le conservatoire, que j'ai un concert ou un truc comme ça.*

iii. La sédentarité

Il ne s'est jamais posé la question de savoir s'il avait envie de modifier ses activités sédentaires notamment le temps passé devant les jeux vidéo.

***I7** : [Et toi, est-ce que t'aurais envie de modifier tes habitudes en matière d'activités sédentaires ?] Je sais pas. (en insistant sur chaque syllabe) Je sais pas.*

h. Interview 8

i. L'alimentation

Ingrid, en matière d'habitudes alimentaires oscille entre la **précontemplation…**

***I8** : [Et est-ce que tu, tu aurais envie de modifier justement ces habitudes alimentaires ?] J'ai jamais pensé à ça.*

…Et la **contemplation**, car elle critique ses habitudes alimentaires.

***I8** : Ben, je trouve que c'est pas normal. (…) Ben, faire ce que je fais. (…) De sauter les repas, et tout. Je trouve pas ça normal.*

Mais elle ne prévoit pas de changer car c'est une habitude de longue date.

***I8** : Parce que c'est une habitude que j'ai. Ça fait, ça fait très longtemps que je fais ça, je sais pas pourquoi.*

De plus, elle ne voit pas d'avantages à manger à chaque repas.

***I8** : Peut-être que ça me ferait grossir.*

Elle a aussi déjà essayé de rééquilibrer son alimentation, mais ça a été un échec.

***I8** : Mais c'est, en fait j'y arrive pas à faire, parce que déjà moi j'ai un déséquilibre alimentaire, donc si manger cinq fois par jour, c'est dur, mon ventre il est rempli donc j'arrive pas à ...à tenir. Donc euh, je laisse tomber.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ii. L'activité physique

Ingrid, en matière d'activité physique, est entre la phase de **précontemplation**…

***I8** : [est-ce que tu aurais envie là, de modifier tes habitudes d'activité physique ?] Ben, je sais pas.*

…**Et de contemplation** : elle propose de se mettre au foot, mais au conditionnel. Elle voit aussi des avantages à faire du sport.

***I8** : Ben, si je pouvais faire, je ferais foot, peut-être le samedi.*

iii. La sédentarité

Ingrid est en phase de **contemplation.** Elle avoue passer du temps sur son téléphone et vouloir changer…

***I8** : [Et qu'est-ce que t'en penses de ces activités sédentaires, est-ce que tu aurais envie de les modifier, ou pas ?] Peut-être, oui, parce que aussi, j'utilise trop le téléphone. (…) Je trouve que ça, ça devrait changer.*

…Mais avoir peur de s'ennuyer.

***I8** : Ouais, je m'ennuie.*

i. Interview 9

En ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique, Alice est dans le stade de **préparation à l'action**. Elle a envie de changer son comportement, elle y voit des avantages, mais il lui manque, pour passer à l'action, d'être encadrée, conseillée.

i. L'alimentation

***I9** : [Euh, alors, est-ce que toi, tu as envie de modifier tes habitudes alimentaires ?] Oui. Moi ça me dérange pas, après, moi je j'aime en plus les légumes et tout ça j'aime bien manger. Et j'aime bien me faire ma propre nourriture et tout ça. (…) Il faudrait que je mange ben, moins gras, moins sucré, moins salé, voilà. (…)Et que je mange moins de quantité.*

Elle a fait plusieurs tentatives de modifications de ses habitudes alimentaires, avec un soutien familial plus ou moins présent, mais ça s'est soldé par des échecs.

***I9** : Je sais pas. Je pense qu'en fait, une fois ma mère, elle a essayé de m'aider et tout ça et euh, elle a dit en fait qu'on allait faire un régime elle et moi. Pas un régime en fait, on va baisser nos habitudes alimentaires. (…) Et au final, j'ai pas tenu et tout ça.*

Une autre tentative :

***I9** : Et en, en fait j'ai essayé de convaincre mes parents, et tout ça, ma famille de faire ça…(…) Et je leur ai expliqué, tout ça, parce que moi je voulais changer depuis longtemps, mais euh, en fait, ils ont pas vraiment essayé, mais y'a personne qui aimait, ma sœur elle mangeait rien non plus, du coup on était obligés de revenir à…aux habitudes comme ça.*

Elle est prête à passer à l'action, elle m'a d'ailleurs demandé à la fin de l'entretien des conseils sur une prise en charge diététique.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I9** : Et oui, en fait, pour en fait me donner des habitudes alimentaires à prendre et tout ça. (…) Il faut que j'aille voir en fait ma diététicienne, Julie Neveu ?*

ii. L'activité physique

***I9** : [Euh, est-ce que toi tu aurais envie de modifier tes habitudes en matière d'activité physique ou pas ?] Euh, oui, s'il faut que je fasse plus de sport, j'en ferai plus, après, euh voilà, c'est c'est comme on me dira en fait.*

iii. La sédentarité

Alice est entre la **contemplation** et la **préparation à l'action** : elle envisage de limiter le temps passé sur son téléphone portable…

***I9** : [D'accord. Euh, qu'est-ce que tu en penses toi de tes activités sédentaires ? Est-ce que tu penses que ce serait bien que tu changes…est-ce que ?] Oui. (…) Je pense qu'il faut que je reste moins sur mon téléphone et tout ça.*

…Mais elle a peur de s'ennuyer.

j. Interview 10

i. L'alimentation

Charlène est en phase de **contemplation**. Elle aimerait modifier ses habitudes alimentaires pour pouvoir mieux s'adapter lors des voyages scolaires, à la cantine…

***I10** : [Et est-ce que tu aurais envie de modifier tes habitudes au niveau alimentaire ou pas ?] Oui. (…)Oui, je serais prête à modifier.*

…Mais ne propose pas spontanément de solutions concrètes.

***I10** : [Et qu'est-ce que tu serais capable de modifier justement, dans tes habitudes ?] (Silence.) Euh, je sais pas.*

ii. L'activité physique

Charlène est aussi en phase de **contemplation** pour l'activité physique. Elle dit qu'elle aimerait modifier les choses…

***I10** : [Est-ce que toi euh tu aurais envie de modifier tes habitudes justement en matière d'activité physique ?] Oui.*

….Mais n'a pas vraiment réfléchi aux modifications à effectuer.

***I10** : [Qu'est-ce que tu te sentirais de modifier, là-dedans ?] Euh, ça je sais pas.*

De plus, il y a peu d'activités sportives proposées à Bedoin même, la ville où elle réside.

***I10** : Très souvent c'est pas à Bedoin. C'est à Mazan, c'est à Carpentras, c'est…C'est jamais à Bedoin.*

iii. La sédentarité

Charlène est en phase de **précontemplation** : elle ne compte pas modifier ses activités sédentaires, d'autant qu'elle les apprécie (lecture, créations en pâte à modeler) et qu'elle n'en voit pas l'intérêt.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I10** : [Ok, bon, qu'est-ce que tu penses de tes activités sédentaires du coup ? Est-ce que tu penses que…ce serait bien de les modifier ? Est-ce que…qu'est-ce que t'en penses ?] Des activités, non, ça va. (…) J'aime bien. (…) Parce que c'est déjà bien comme ça.*

2. *VECU DU PROBLEME DE POIDS*

a. Le poids : un problème, une souffrance

i. Un vécu douloureux exprimé

***I3** : J'aime pas vivre avec ça et c'est difficile.*

***I5** : j'en ai marre de ce corps.*

***I6** : Enorme. Ouais, énorme. (…) Ben parce que c'est énorme ! (…) Ben c'est énorme. C'est pas que je le pense. C'est je le pense et c'est, vrai. C'est énorme.*

***I8** : Ben, j'aime pas. (Rire gêné) (…) Ben, je sais pas. Je sais pas, c'est juste que j'aime pas mon corps.*

***I9** : Euh, je…en fait j'aime pas mon poids, voilà. Je je je le dis comme ça, après j'aime pas en fait. (…) Je m'aime pas comme je suis, comme ça.*

ii. Une gêne importante à communiquer son poids

***I1** : [Et, ton poids, tu le connais ou pas ?] Non.*

***I2** : En fait, au départ ça a commencé parce que je devais monter sur la balance. (…) Et genre ça, c'est mon pire ennemi. Je me pèse vraiment jamais. (…) [Et ton poids, tu le connais ou pas ?]*
(Elle fait une moue.) (…) [Tu veux juste me dire, ou c'est compliqué ?] Ah non ! [Ou alors tu me l'écris. C'est plus facile de l'écrire ?] Ah non, mais même moi quand je me pèse je regarde pas alors…(…) Perso, quand j'parle de mon poids, après en général, j'me mets à pleurer, donc euh, voilà.

***I5** : Euh, oui, parce que j'aime pas qu'on me dise, t'as des problèmes de poids.*

***I8** : J'aime pas trop parler de ça. (…) Mon poids. (Rire gêné). (…) (Elle écrit 81 kg en l'entourant sur ma feuille). (…) Je l'ai même pas dit à ma mère, ça. (…) Parce que j'ai honte de lui dire.*

iii. Le regard des autres : stigmatisation

***I1** : (…) Même dans les restaurants ou quoi, je veux pas que ma mère parle fort, je crois toujours que tout le monde nous écoute. (…) J'aime pas qu'on me regarde. (…) J'aime pas du tout. (…) J'ai tout le temps peur qu'on dise de trucs dans mon dos en fait. (…) C'est de trucs que j'aime pas.*

***I2** : Et genre, j'aime pas me mettre en maillot devant les gens encore.*

***I3** : (…) Ben, j'sais pas, j'arrive pas à prendre la parole, j'arrive pas…parce que pour moi c'est automatique, dès que je vais dire quelque chose ou quoi, on va me regarder et je vais être jugée sur mon physique. Et euh, c'est pas forcément ça, mais pour moi, oui.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I6** : Ben, après, pas en ce moment mais euh, comment dire…enfin, le regard des autres…parce que, je m'aime pas du tout physiquement et tout, et enfin voilà, ça me stresse, quoi des fois, quand je passe devant des gens ou quoi, je vais être stressée.*

***I8** : Après euh, ça dépend dehors, y'a des gens qui ont, qui, qui me regardent bizarre.*

***I9** : C'était les gens qu'il y avait là-bas. (…) Et puis ça m'a stressé encore plus par rapport à mon poids, comment ils me regardaient, tout ça.*

iv. Contacts sociaux difficiles

***E1** : D'accord, tu t'entends plus avec les adultes qu'avec ceux de ton âge t'as l'impression, ouais ?*

***I1** : Ouais.*

***I3** : C'est ce qui m'empêche d'aller vers les gens. (…) Et euh, j'ai peur d'aller vers les gens du coup, et euh…j'ai mes copines, et tout, ça c'est pas un problème. Mais j'ai peur s'il faut que j'aille demander quelque chose à quelqu'un euh…j'irai pas, parce que je suis trop timide. (…) [Quelqu'un que tu connais pas en fait…] Que je connais pas, pour moi, il va direct me critiquer…donc du coup, c'est un gros, gros, gros problème.*

***I7** : Et puis, même, je suis plus avec les profs qu'avec les élèves. (…) Donc je parle plus avec les profs.*

v. Inquiétudes vis-à-vis de la santé

***I5** : Ben, déjà pour ma santé. Enfin, j'ai pas eu encore de problème de santé, mais bon, si je continue, comme ça, je vais certainement en avoir. (…) Ben, du diabète par exemple, après des problèmes de chole…stérol. (…) Et puis après même, vraiment au niveau des articulations et tout, voilà, quoi.*

***I9** : Ben en fait j'ai pas envie de plus tard être malade, voilà, d'avoir le diabète aussi et voilà. (…) En fait j'ai pas envie par exemple soit d'avoir du cholestérol, soit d'être en surpoids ou être obèses, je sais pas.*

***I10** : Moi j'ai pas envie d'être diabétique. (…) Parce que après tu bois beaucoup de médicaments, t'as l'insuline et tout.*

vi. Contrainte vestimentaire frustrante

***I2** : Ben si…Je peux pas rentrer dans tous les habits.*

***I4** : Parce que, je sais pas, parce qu'en même temps, quand je mets des T-shirts ou comme ça, ça y va pas. (…) Ou les pantalons, ou les…*

***I5** : J'me dis, en ce moment, y'a une robe qui me plait énormément, elle est serrée. Je me dis, si je la porte, on va voir tous mes bourrelets, du coup ça, ça sert à rien que je l'achète.*

***I9** : Et surtout au niveau, du côté vestimentaire ou quoi, ou euh, à l'école.*

***I10** : Ben des fois les habits, les habits euh…(…) Ils vont plus et après on doit les jeter, on les a payés cher et tout et voilà.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

vii. Inesthétique

***I5** : Ouais, voilà, ça m'énerve parce que je vois toutes mes copines qui ont de belles cuisses et un beau ventre plat. Moi je me sens un petit peu ridicule à côté d'elles, donc euh ouais, voilà, ça m'énerve un petit peu, donc euh.*

***I6** : (…) puis niveau physique quoi, hein. (…) Ben, c'est moche, quoi.*

b. Un vécu ambivalent

***I2** : De toute façon, je l'ai, donc je suis obligée de l'accepter. (…) Ben non, mais sinon je le vis plutôt bien. Enfin…(…) Je m'assume alors euh…(…) Je le vis bien et je le vis mal, enfin…(…) Ben, j'suis obligée de…enfin…je le vis bien parce qu'au final, ben, comme je l'ai dit tout à l'heure, je m'acc…enfin (…) J'suis en surpoids, donc euh…et genre ça sert à rien que je sois tout le temps, tout le temps-là, à pleurer, enfin…j'sais pas au final, ça servirait à rien, donc autant…(…) Ben ouais, mais après des fois j'pleure, mais euh…*

***I8** : En fait, j'aime pas et c'est…en fait je m'en fou.*

***I10** : En fait, ça me gêne pas mais euh…j'ai envie d'en perdre un peu, ça me gêne pas.*

c. Parfois, le surpoids n'est pas vécu comme un problème

***I7** : Euh, ben souvent j'oublie. Du coup ben… (…) Je sais pas, parce que j'y pense quasiment jamais, même jamais.*

***I10** : Pour moi c'est pas grave. (…) On est comme on est.*

d. Rarement un avantage

i. Avoir des formes

***I2** : Ben une fille avec des formes c'est beau, mais pas trop.*

***I3** : Faut pas être trop, trop maigre non plus, parce qu'après c'est pas, c'est pas joli.*

***I5** : La dernière fois, y'en avait une dans ma classe qui est vraiment, vraiment…enfin y'en a une dans ma classe, elle est vraiment trop maigre, j'crois qu'elle est anorexique. (…) Je me dis, personnellement, Sophie, regarde le côté positif, et regarde pas toujours le côté négatif, regarde tu peux être comme elle. Elle a vraiment pas de formes, ses cuisses, on dirait qu'elle a jamais mangé. Donc voilà, parfois, je me dis, enfin, j'ai une chance d'avoir ça.*

ii. Force physique

***I10** : J'aimerais pas devenir comme eux mais que pour le sport, parce qu'après quand tu les touches, elles tombent. (…) Ouais. Parce qu'après quand tu les touches, les filles elles tombent.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

e. Moyens de défense

i. Un caractère fort

***I2** : Non. Bon les garçons un peu, des fois. Et quand ils en font, je les recale alors.*

***I5** : Seulement, moi dans mon collège, j'ai un gros, énorme caractère, il faut pas me chercher parce que sinon, je fonce moi. Donc elles me connaissent, elles me connaissent, donc euh voilà.*

ii. L'humour

***I3** : Pourtant, moi quand je prends la parole ou quoi, j'suis quelqu'un qui dit beaucoup de bêtises. J'suis un peu le clown de service, et euh, quand j'ouvre la bouche et tout, enfin, quand je parle en cours, parce que j'essaye de faire quand même des efforts…(…) J'essaye de parler et tout, ben y'a tout le monde qui rigole. Ça me fait rigoler aussi, parce que je fais rire, je fais rire les gens.*

iii. Indifférence et Relativisation

***I4 :** [Et toi, comment tu, comment tu vis le regard des autres ? (…) Est-ce que toi ça te gêne ?] Non, pas du tout.*

***I5** : Donc euh, non seulement, ça me passe au-dessus de la tête, j'ai pas que ça à faire. (…) Je me dis, Sophie, elles ont pas de vie, elles vont faire poubelleur…*

***I8** : Ouais. Des fois c'est le petit aussi, mais voilà, je m'en fou. En fait je m'en fou. (…) mais mon frère, il a 12 ans, c'est, c'est un gamin, je m'en fou.*

***I10** : Mais après, moi je m'en fous d'eux.*

3. *INFORMATION SUR LE PROGRAMME*

a. Contexte de l'information

Les personnes ayant informé les enfants sur le programme sont des professionnels médico-sociaux pour la plupart ou les parents eux-mêmes. Parmi les professionnels médico-sociaux, il y a eu : l'infirmière scolaire, le médecin traitant, la psychologue, la coordinatrice du programme de prise en charge de Carpentras et l'éducatrice du CCAS.

***I1** : Euh, c'est mon infirmière scolaire, qui pendant une heure de cours, a décidé de me convoquer.*

***I2** : Chez le docteur.*

***I3** : Ben, j'avais rendez-vous en fait avec la psychologue, à côté, Lee-Ann. (…) et elle m'a parlé du programme. (…) mais le médecin m'en avait déjà parlé (…).*

***I5** : Ben par Mme L. (l'éducatrice du CCAS de Sophie). (…) Ben en fait, moi je lui ai pas dit mais c'est ma mère. Voilà, c'est ma mère qui en a parlé et Mme L., elle m'a direct proposé, j'ai direct accepté, Voilà. En fait je me suis dit donc voilà. Ouais voilà, j'étais avec ma mère et mon père, voilà, on avait fait une mini-réunion si on pouvait dire ça, et voilà, elle m'a expliqué comme quoi le problème du poids, voilà, et voilà, elle m'a proposé cette activité-là.*

***I6** : Ben moi, déjà, je voyais la diététicienne Julie, et du coup ben, on a parlé.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I7** : Ben, c'est ma mère qui a une amie qui est dans ce programme, du coup qui a fait passer le mot à ma mère et…*

***I8** : Oui, c'était l'année dernière, c'était avec J. (l'éducatrice du CCAS d'Ingrid). (…) En fait, ma mère avait rendez-vous avec elle, avec mon frère, donc je crois que c'était Joane qui avait parlé avec ma mère. (…)Elle avait demandé si je voulais faire ça, avec la diététicienne et tout. (…) Après, y'a ma mère qui, qui est venue me voir, elle m'a demandé si je voulais faire ça. [Toi, t'étais pas là en fait, quand J. en a parlé à ta maman ?] Non. J. a parlé avec elle, et après elle m'a demandé ma mère si je voulais le faire. J'ai dit d'accord, pourquoi pas.*

***I9** : Euh par mon médecin traitant en fait et euh maman en fait, elle est allée le voir pour, pour nous.*

***I10** : Au début je savais pas, et on est partis chez mon docteur.*

b. Freins au changement

i. Défaut de communication parents-adolescent

***I1** : Heu…et donc évidemment avec ma mémoire à court terme, euh, j'ai oublié d'en parler à mes parents.*

ii. Pas le bon moment

***I3** : (…) mais le médecin m'en avait déjà parlé, mais on avait pas très, très fait, on avait pas fait attention. (…) Parce que j'étais malade. Donc, j'étais pas très, très bien, donc…*

iii. Pas par n'importe quel professionnel : personne de confiance

***I3** : Parce que, ça aurait été l'infirmière du collège ou quoi je me serais dit, ben en fait, elle regarde que ça quoi, je l'aurais mal pris.*

***I5** : Ouais Mme L. parce que voilà, quoi, c'est elle qui vient m'aider pour mes devoirs et tout, donc euh, voilà quoi.*

c. Leviers

i. Demande de l'adolescent lui-même

***I2** : Et du coup après je lui ai parlé que je voulais aller dans un centre, etc.*

***I3** : Et justement, je lui parlais de ça, que moi, mon poids, je supporte pas et elle m'a parlé du programme*

ii. Bonne communication parents-enfants

***I3** : Et quand j'suis allée voir la psychologue, et euh…elle m'a dit qu'il y avait le programme et tout, j'en ai parlé à maman, et puis, maman, comme elle sait que c'est quelque chose, que c'est vraiment quelque chose que je supporte pas chez moi.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

iii. Un problème accepté par l'adolescent

***I6** : Ben non, justement, parce que le but, c'était ça. Si j'y étais c'est parce que, je suis en surpoids justement donc, euh, forcement c'est pour ça. Et puis, mon but c'est de maigrir, donc euh…Faut forcement faire du sport, et puis voilà, et elle m'a proposé…*

4. *ADHESION AU PROGRAMME*

a. Pourquoi adhérer ?

i. Le poids

***I2** : [Et est-ce que tu arrives à savoir ce que tu attendais au début du programme en fait ? De la prise en charge ?] A maigrir.*

***I3** : Ben, j'ai trouvé que ça pouvait m'aider, ça pouvait que m'aider, et que même si je perdais pas de poids, c'est pas grave, au moins ça m'aura aidé à pas en prendre, déjà, c'est déjà bien. (…) Ben, je voulais perdre du poids (…)*

***I4** : C'est pour m'aider à mincir aussi.*

***I5** : (…) enfin une occasion qui peux m'aider à maigrir.*

***I6** : Ben de, de maigrir. (…) Mais bon, après c'était surtout de maigrir quoi. (…) C'est le seul truc qui m'a poussée, qui m'a vraiment poussée.*

***I9** : Ben de, de une, voilà de mincir, de paraître plus fine.*

***I10** : C'était pour euh, perdre du poids un peu.*

ii. La santé

***I9** : Et de deux d'avoir plutôt une bonne santé plus tard, parce que voilà, j'ai vraiment peur pour ma santé parce que je me dis à, à 12 ans j'ai ce poids-là, je sais pas comment je serai dans, dans 10 ans ou dans 5 ans, donc pour ça, ça me fait peur.*

iii. Le sport

***I3** : (…) Et je voulais que ça m'aide à aimer le sport.*

***I10** : Oui, de faire euh du sport le samedi.*

iv. Faire des rencontres

***I6** : Ben peut-être rencontrer de nouvelles personnes.*

b. Freins au changement

i. Réticences de l'adolescent

***I1** : Ouais. Je me suis dit mouais ça a l'air pas mal, mais j'aime pas le sport ! (en soupirant).*

***I2** : Ouais mais j'avais peur un peu. (…) J'avais peur que…d'être jugée etcétéra. (…) Et euh…et selon les activités qu'on allait faire.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I6** : Oui, au début j'osais pas surtout, parce qu'en fait j'avais peur du, du regard des autres. (…) Ben ouais, enfin, la première fois, j'avais pas envie parce que je connaissais personne. (…) Oui, ben oui, parce qu'en fait je suis voilée, donc au début, donc je l'enlevais avant de rentrer parce que j'avais peur du regard des autres et tout et puis après, enfin ça fait pas longtemps que je me voile en faisant du sport.*

***I8** : Après, euh, je sais pas, j'avais un peu honte. (…) d'y aller. (…) Parce que je sais pas, j'aime pas parler de…mon poids.*

ii. Un adolescent sur la défensive

***I1** : [Donc, l'adhésion au programme pour toi, est-ce que c'était vraiment une démarche volontaire ou est-ce que…finalement c'est ta maman qui t'a inscrit ?] C'est ma mère qui m'a inscrit. [Elle t'a demandé ce que tu en pensais ?] Non, non. [Non ?] Mais heureusement qu'elle ne m'avait pas demandé, sinon j'aurais dit non.*

iii. Ne se pose pas de questions

***I1** : [Quand tu as commencé le programme, est-ce que tu avais une attente particulière par rapport à ça ?] Non. [Aucune ?] Non.*

***I7** : [Et qu'est-ce qui t'as pas convaincu finalement dans le programme ?] Ben, je sais pas, rien.*

***I10** : [Qu'est-ce qui faisait que tu avais envie d'y aller ?] Euh, je sais pas.*

iv. Groupe déjà constitué

***I7** : Ben en fait le programme avait déjà commencé pour les ados, et euh…moi j'aime pas trop intégrer un groupe qui a déjà commencé et au début comme…en fait, je, je dis ce que, et souvent je pense le contraire.*

c. Leviers

i. Motivation des parents

***I2** : Au début j'avais peur alors, euh…j'voulais pas forcement y aller puis après maman m'a dit : si ça va te faire du bien et tout, alors du coup j'y suis allée.*

***I5** : Et, ma mère aussi, elle m'a dit Sophie, saute sur l'occasion, vas-y. Voilà, quoi. Et mon père aussi, il m'a dit, vas-y, ça va t'aider, voilà quoi.*

***I6** : C'est elle qui m'en a parlé, bon après au début je voulais pas hein, c'est ma mère qui m'a poussée, quoi voilà, quoi c'est…*

***I9** : Elle m'a dit, ben ça peut vous aider, tout ça.*

ii. Un problème commun

***I2** : Ben parce que déjà, enfin, genre on est un groupe, mais euh…d'ados qu'on est tous dans le même, dans le même euh…(…) Dans le même problème.*

***I3** : (…) On est tous dans le même cas, donc euh, c'est mieux.*

***I5** : du coup je me suis dit je veux pas être la seule, et du coup je me suis dit, je vais pas être la seule à avoir ce problème, donc euh, pourquoi pas y aller et écouter, et s'entraider.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I6** : Bon après, je me suis dit, ils ont le même problème que moi, donc euh…s'ils venaient à se moquer de moi, c'est comme s'ils se moquaient d'eux-mêmes.*

***I9** : Et l'idée en fait des activités en groupe comme ça, ça m'a plu, parce que en fait je serai pas la seule justement à avoir le complexe et y'aura d'autres adolescents de mon âge. Et donc en fait ça me motivera encore plus.*

iii. La gratuité

***I9** : Et c'est pour ça que j'ai dit ben c'est, c'était l'occasion d'appeler et tout ça, surtout si on me propose gratuitement donc euh…*

5. *PARTICIPATION EFFECTIVE AU PROGRAMME*

a. Pourquoi participer ?

i. Dépense énergétique

***I2** : [Euh, et qu'est-ce qui t'as décidé à continuer le programme tu penses ? (…)] Ben parce que déjà on s'dépense.*

ii. Action sur le poids

***I2** : Que…ça stabilise le poids. Vu qu'on se dépense.*

***I8** : Ah ben, pour euh, pour changer un peu mon corps. (…) Pour euh, avoir moins de poids.*

iii. Faire abstraction de ses problèmes

***I2** : Et j'sais pas quand on est dans l'programme pendant 2 heures on oublie tout et…*

b. Freins à la poursuite du programme

i. Difficultés d'initiation du mouvement

***I1** : (…) Au début c'est un petit peu dur. Je me dis non, il faut que j'y aille, et puis après j'y vais, je suis trop content.*

***I6** : Ben, déjà le fait de me lever tôt. (…) Déjà la semaine, j'suis trop fatiguée. J'trouve que c'est tôt.*

ii. Le trajet

***I6** : Et puis après, pour moi, enfin, parce que ma mère elle doit tout le temps, enfin, me ramener…me chercher, je peux pas être trop autonome, là, pour le coup.*

***I8** : (…) en fait c'est trop loin de chez moi parce que j'habite, c'est à 15 kilomètres, donc euh…je savais pas si…donc, voilà, j'ai laissé passer. (…) J'aimais bien ça. C'est juste la distance.*

***I9** : Mais euh, en fait le problème c'est le problème de transport. Ma mère elle a pas la voiture, mon père il travaille tout le temps du coup… Si, si on avait la voiture, je sais que maman nous aurait, elle nous aurait amenées tous les samedis matins et tout ça. Elle, elle était vraiment contente pour ça mais le problème c'est que papa il travaille tout le temps, il peut rien faire. Sinon, après c'est impossible.*

***I10** : Mais on pouvait pas y aller, parce que mon père il peut pas nous ramener à chaque fois.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

iii. Sport : manque d'intensité

***I6** : J'ai raté beaucoup de séances en fait, parce que…comment dire euh…ben en fait, je voudrais faire du sport, mais vraiment, genre euh, intensif quoi.*

iv. Pas d'émulation de groupe

***I6** : Oui, voilà, après je me, je me sens un peu seule et tout. (…) Et puis on est pas beaucoup. (…) Ben, on serait plus motivés parce qu'on serait beaucoup plus. Et puis euh…ça changerait en fait, c'est comme si, là, après je sais pas si je suis la seule à me lasser, mais là on est tout le temps ensemble. On se voit tout le temps, enfin, c'est tout le temps les mêmes…(…) Ben par exemple le groupe. (…) Je me sens un peu seule. Et donc ouais, j'aime pas trop en fait.*

v. Stigmatisation entre eux

***I6** : (…) Après j'sais pas si Maxime il l'a remarqué, quoi. Mais genre je sais que au début, quand, enfin, elles étaient là, enfin lui il peut pas marcher plus vite ou quoi, et elles sont là, elles…Elsa elle dit ouais, il marche pas assez vite nanana…(…) Bon, euh…Il est lent…quand on joue, on avait fait quoi ? Ultimate, je crois, et il attrapait pas tout le temps le truc, le, le freesby. (…) Enfin, c'est ça que j'aime pas trop, moi, quand on se moque.*

c. Leviers

i. Le côté ludique

***I1** : Non, euh…au début c'était elle, mais non mais parce qu'en fait je m'amuse bien ; donc euh voilà, j'y vais.*

***I5** : (…) Euh, parce qu'on fait des jeux. C'est genre un tableau avec plusieurs aliments, et euh parfois c'est du salé. Faut placer les aliments du plus salé au moins salé et c'est pareil pour le, pour le sucre (…).*

ii. Motivation parentale

***I1** : [Et qu'est-ce qui t'a décidé selon toi à continuer le programme ? (…)] Devine ? Ma mère !*

***I6** : Alors ma mère elle me pousse beaucoup. [T'as ta maman derrière toi alors ?] Ouais, beaucoup, beaucoup, beaucoup.*

6. *LE PROGRAMME : AVANTAGES ET INCONVENIENTS PERÇUS PAR LES ADOLESCENTS*

a. Un programme qui plait dans l'ensemble

***I1** : Non c'est très bien comme ça.*

***I8** : Je, je trouve que c'est bien, il faut rien changer.*

***I9** : (…) Et, euh, et en fait moi ça m'a vraiment beaucoup plu. Euh l'idée elle m'a vraiment beaucoup plu.*

***I10** : Y'a rien, après j'ai vu et j'ai bien aimé.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

b. De rares inconvénients

i. Le groupe : participation non uniforme

***I5** : Ben je dirais oui, non pas trop. Enfin, sur, y'en a qui participent, y'en a qui participent pas, donc voilà.*

c. Avantages

i. Un programme adapté

***I1** : (…) Ça me plait parce que tout simplement…Ce qui me plait, tout simplement, parce que c'est adapté. (…) Ben, le sport est adapté pour nos capacités.*

ii. Une bonne ambiance

***I3** : Euh, ben parce que, j'aimais bien, il y avait une bonne ambiance avec Elsa.*

***I5** : Ouais, voilà, j'aime bien aussi en groupe, c'est…parfois on rigole.*

iii. Bon contact avec les professionnels

***I3** : (…) Euh, les coachs ils ont gentils (…)*

***I8** : (…) J'aimais bien, en plus Julie (diététicienne et coordinatrice du programme d'ETP) elle est gentille et tout.*

iv. Conseils précieux

***I5** : Ben, parce que voilà, ça nous aide, quand je vois la psychologue, et ben, et ben, on va parler parce que, pourquoi on mange trop, pourquoi on grignote, pourquoi quand on va mal, on mange…Voilà, c'est ça que j'aime bien. On peut parler, en fait la diététicienne elle nous conseille, comment manger mieux, quoi voilà quoi.*

v. Un programme complet

***I6** : Non, et puis après ce qui est bien c'est que, c'est pas que le sport. (…) Donc, c'est ça qui me plait aussi. (…) Ben, les ateliers.*

d. Modifications suggérées par les adolescents

i. Augmenter la fréquence des ateliers

***I2** : Peut-être voir un peu plus Julie, enfin, la nutritionniste.*

***I6** : Et puis après les ateliers, peut-être deux fois par mois. (…) Hum. Ouais, mais en fait ce serait bien que ce soit, par exemple, en 1 mois, 1 atelier avec la diététicienne et 1 atelier avec la psy.*

ii. Organiser les activités en début d'année

***I3** : Non, moi je trouve qu'il aurait fallu qu'on nous dise tous les sports qu'il y avait…(…) Et pour le roller, par exemple, qu'il nous demande nos pointures, comme ça ils auraient vu dès le début que, ben ça aurait pas pu le faire.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

iii. Plus de sport et plus intensif

***I6** : Mais par rapport à moi, oui, faire du sport, euh, plus intensif, voilà, quoi, vraiment faire euh…(…) J'ai pas vraiment d'idées…Mais euh, peut-être pas que le samedi en fait. Peut-être faire le samedi, c'est le jour où on sait que on fera pas toute l'année les mêmes activités le samedi. Et puis peut-être un autre jour aussi, plutôt du cardio, enfin…(…) Peut-être un jour dans la semaine où toute l'année ce sera pareil, ce sera plus sur euh, voilà, vraiment se dépenser quoi. Et euh, après le samedi, c'est changer d'activité.*

7. *ALIMENTATION*

a. Pourquoi changer ?

i. Maigrir

***I2** : [Ok. Et est-ce que tu arrives à savoir pourquoi tu avais envie de modifier tes habitudes ?] Ben, pour maigrir.*

***I4** : Oui, pour en fait, maigrir aussi.*

***I6** : Ben, pour maigrir. (…) Pour changer physiquement en fait.*

***I9** : (…) et je pourrais m'affiner.*

ii. Santé

***I3** : Pour eh ben, pour être mieux, et pour euh, perdre du poids. Et pour éviter le cholestérol, toutes les choses comme ça. (…) Après y'a des maladies et tout, j'ai pas envie d'avoir des maladies, donc j'ai préféré modifier. (…) Que de continuer, et peut-être mourir dans, dans 10 ans.*

***I5** : Et euh, voilà, et je me suis dit, c'est mieux pour ma santé. Moi je vais mieux, voilà, le diabète, j'ai pas envie d'avoir le diabète, ni d'avoir le surpoids, maladie de cœur ou quoi.*

***I9** : Ben pour euh, pour en fait, parce que comme ça j'aurais pas le, le diabète et le cholestérol*

iii. Pour mieux s'adapter

***I10** : Parce que…très souvent quand je pars en sortie ou quoi, y'a…après c'est difficile de prendre des trucs euh, c'est difficile. Comme euh des fois on part en classe verte. (…) Après c'est difficile, c'est eux qui donnent à manger et tout et je mange pas tout. (…) Et aussi, je mange pas à la cantine et tout.*

iv. Pour manger comme le reste de la famille

***I10** : Parce qu'à chaque fois, ma mère elle doit faire deux plats, des différents, des différents plats. [D'accord. Pour toi, elle en fait un différent, c'est ça ?] Oui.*

b. Freins au changement

i. L'habitude

***I1** : [Qu'est-ce qui fait que c'est difficile pour toi de modifier tes habitudes alimentaires ? (…)] Ah, parce que je suis habitué à d'autres choses.*

***I2** : Ben parce que j'ai été habituée comme ça depuis que je suis petite.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I8** : Parce que c'est une habitude que j'ai. Ça fait, ça fait très longtemps que je fais ça, je sais pas pourquoi.*

***I10** : Parce que quand on commence, on n'arrête pas. (…) Quand on commence à manger euh trop gras, on arrête pas quoi, c'est une habitude après. (…) Parce que euh, ben c'est ce que je t'ai dit à chaque fois, quand t'as l'habitude, ben tu continues, voilà. (…) En fait je suis habituée à regarder la télé en mangeant.*

ii. Epicurisme et gourmandise

***I1** : Manger équilibré, ça je sais pas, moi j'aime bien manger ! (en rigolant)*

***I5** : Non, toujours aussi gourmande, je pense pas que…*

***I6** : Non, tu peux manger quoi, parce que moi de toutes façons, j'aime manger, j'aime cuisiner et tout, j'aime les bonnes choses, donc euh, du coup, euh…*

***I9** : (…) j'aime bien manger.*

***I10** : Et j'suis gourmande. (…) Euh, j'aime bien les biscuits et j'aime bien les trucs comme ça.*

iii. Passivité

***I1** : [D'accord. Et pourquoi t'as envie de modifier tes habitudes alimentaires. Est-ce que tu arrives à savoir ?] Ben, pour le coup, non.*

***I7** : J'sais pas parce que moi, comme c'est ma mère qui prépare, je mange ce qu'il y a à manger, du coup, voilà.*

***I8** : [Et est-ce que tu, tu aurais envie de modifier justement ces habitudes alimentaires ? D'arriver à avoir un rythme un peu plus régulier de repas ?] J'ai jamais pensé à ça.*

iv. L'alimentation comme moyen de gestion du stress

***I5** : Ouais, voilà. C'est parce qu'en ce moment, j'suis assez stressée, moi heureusement, c'est pas cette année le brevet, mais pfff trop de devoirs, de livres à lire, DM, rédactions, contrôle sur contrôle, moi au bout d'un moment, je craque et je mange.*

v. Déséquilibre alimentaire

***I6** : Mais en ce moment, j'y pense et j'ai pas…ça fait longtemps que j'ai pas mangé le soir. (…) Enfin, non, que je mange, parce que je sais pas, en ce moment j'ai pas faim le soir.*

***I8** : En fait, je peux manger le soir ou le matin et pas le soir. C'est un truc que j'ai…en fait je prends le petit-déjeuner. (…) Après, j'ai…à midi, je déjeune pas. (…) Et après, je goute. (…) Et après le diner, j'ai, je dine pas, je mange pas le soir.*

vi. La faim

***I4** : Parce qu'après, en fait, quand je veux quelque chose, après j'ai vraiment très, très faim.*

vii. Pas d'attrait pour les fruits et légumes

***I5** : Euh, vous voyez, j'aime pas les légumes, j'aime pas les abricots, enfin voilà, quoi. (…) mon père il a fait des, des légumes et j'ai pas du tout aimé ça.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I10** : C'est qu'en fait je suis difficile pour manger, je mange pas tout. (…) Euh, comme les légumes, j'aime pas les légumes crus comme ça, faut qu'on me les mette dans la soupe ou quoi. (…) J'aime pas euh, les morceaux des légumes comme ça.*

viii. Procrastination

***I5** : Ouais, je me suis dit, bon ben, à partir de demain, bon demain, je me dirais toujours demain, demain, demain mais je pense que la semaine prochaine je vais arriver à me reprendre en main, en plus arrivé aux vacances, il reste encore une semaine je crois.*

ix. Tenir dans le temps

***I2** : Parce qu'au début j'disais ouais, j'veux maigrir et tout. Mais j'le disais pendant une semaine et après euh…(…) Et après au final j'remangeais des bonbons avec les copines et tout.*

***I6** : Ben en fait, quand j'ai vu la diété…la diététicienne pour la première fois…(…) Ben on va dire que pendant 1 mois, je m'y suis bien tenue et tout, j'ai perdu 3, 2 kilos je crois. (…) En 1 mois, et puis après, j'ai tout…(…) J'ai tout lâché en fait. (…) Ouais, moi, oui. Deux semaines, ça va être bien après euh…*

***I9** : Que j'arrivais pas à tenir. Je tenais une journée ou deux maximum. Après je pouvais pas, je trouvais que c'était trop dur. Et je, à chaque fois en fait, je me privais toute la journée, mais le soir je reprenais plus.*

***I10** : Ouais. A chaque fois je dis je vais en faire un, je vais en faire un mais les régimes, j'arrive pas à tenir.*

x. Objectifs inadaptés

***I2** : Faudrait que je perde 20 kilos et après ce serait bien.*

***I4** : Euh, pour plus, pour plus maigrir vite en fait.*

c. Leviers

i. Bonnes connaissances sur l'alimentation

***I2** : [Parce que pour toi un repas équilibré, il doit y avoir quoi en fait dans le repas ?] Ben j'sais pas, un féculent, de la viande et des légumes… [Et ouais, parce que du coup les féculents ils sont importants pour euh…pour quoi ?] Ben parce que c'est des sucres lents et que ça nous aide à tenir toute la journée. (…)*

ii. Pas de fausses croyances

***I1** : [Euh, est-ce que tu as déjà fait des tentatives de perte de poids ? Des régimes, des choses comme ça ?] Non, non parce que je sais parfaitement que ça marche pas. (…) Ca marche mais en fait c'est juste que ça revient juste après. Euh, dès qu'on a terminé, boum, ça reprend. [Et qu'est-ce qui te plait pas dans les régimes ?] C'est trop strict. (…) J'aime pas. (…) Ne faire que si, que ça, et rien d'autre. (…) Comme par exemple manger toujours la même chose, et ça j'aime pas, je veux varier. Sourire. Un peu.*

***I2** : [Et est-ce que tu as déjà suivi des régimes alimentaires ou pas ?] J'ai réduit les doses, c'est tout. (…)Les docteurs, ils ont juste dit qu'il fallait pas faire de régime, qu'il fallait juste réduire.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I3** : [Euh, et est-ce que t'as déjà suivi des régimes alimentaires ou pas ?] Non. [(…) Est-ce que t'en penses quelque chose là-dessus, qu'est-ce que t'en penses ?] J'en pense que ça sert à rien. (…)Pour moi ça sert à rien, parce que, ma mère, elle en a essayé plein. Ça l'a pas aidée à maigrir, donc ça sert à rien. Et ce qui l'a aidée à maigrir, ben c'est, tu…remanger normalement et faire du sport.*

***I5** : [Euh, est-ce que t'as déjà suivi des régimes ? Alimentaires ?] J'ai essayé un, mais c'était impossible, il était trop, trop, trop compliqué. (…) Enfin, trop compliqué, c'était manger des légumes et du poisson, et c'était trop strict, enfin voilà. J'ai essayé, je me suis dit aller… Mais non, même un régime avec des pâtes ou quoi, j'arriverai pas. Pour moi, c'est limiter un petit peu le pain, manger 30 grammes chaque, chaque repas, éliminer les poissons, les sucreries, enfin voilà. Pour moi, avec du sport, on va maigrir.*

***I6** : [Qu'est-ce que tu en penses des régimes ? Qu'est-ce que tu…] Euh, ben, peut-être que ça marche, mais euh, la plupart des personnes et puis euh, les personnes qui sont bien placées pour le dire, c'est-à-dire les médecins et tout ça, ça marche ok, mais après tu reprends ton poids, quoi. (…)Et puis ça sert à rien, parce- que moi je l'ai vu, hein, faut manger équilibré, parce que je sais que quand j'ai mangé équilibré, ben j'ai perdu 2 kilos en 1 mois. Donc je sais que c'est ça, quoi, les régimes, voilà, quoi. (…) Ben, arriver à un poids normal, un poids normal pour ma taille quoi. (…) Je cherche pas à devenir un cure dent.*

***I9** : (…) Je sais qu'il y a des régimes à base de citron et tout ça et je trouve ça absurde en fait de boire que du citron toute la journée. (…) Après, comme ça je fais pas, mais par exemple, réduire tout.*

iii. Regard critique

***I8** : Ben, je trouve que c'est pas normal. (…) Ben, faire ce que je fais. (…) De sauter les repas, et tout. Je trouve pas ça normal.*

I10 : [Et vous regardez un peu la télé en mangeant ?] Oui. (…) Et c'est ça qui fait euh, c'est ça qui fait, qui fait trop manger. En fait, on sent pas ce qu'on mange après.

iv. Le programme : les conditions sont réunies

***I6** : Ouais. Après, quand j'ai commencé le sport, je me suis dit, là faut vraiment, parce que là, j'ai les deux. J'ai tout entre euh…enfin j'ai tout quoi. Je sais tout.*

v. Objectifs raisonnables

***I6** : [Hum. Et c'est quoi ton objectif ? Au niveau du poids, est-ce que tu as un objectif de poids particulier ?] Ben, arriver à un poids normal, un poids normal pour ma taille quoi. (…) Je cherche pas à devenir un cure dent.*

***I9** : Dans ce programme en fait, je sais que je vais pas maigrir d'un jour à l'autre comme ça, instantanément. (…) Mais je sais en fait que, c'est pas non plus trop compliqué, et que même s'il faut par exemple euh 1 ou 2 ans ou au pire 3 ans, ou encore plus, je sais qu'à la fin je vais arriver à mon but et tout ça.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

d. Moteurs de poursuite de changement : améliorations perçues

i. Mieux-être

***I3** : Ben j'ai l'impression d'être plus légère du coup, quand je sors de table, d'être mieux.*

ii. Perte de poids

***I5** : Ouais, ben avant c'était de mieux manger, et grâce à ça, j'avais perdu des kilos.*

8. *ACTIVITE PHYSIQUE*

a. Pourquoi changer ?

i. Modification du poids

***I2** : (…) Donc à stabiliser mon poids.*

***I4** : Pour maigrir (…)*

***I8** : Ben pour euh, pour baisser mon poids.*

ii. La santé

***I5** : (…) Ben encore pour ma santé, et pour mon genou, pour pas qu'il s'aggrave.*

***I8** : C'est bien pour la santé.*

iii. Liberté

***I3** : Et puis je trouve que le sport, c'est quelque chose qui libère l'esprit, fin quand on fait du sport ; on pense plus à rien, du coup, ben c'est, ben j'trouve ça bien.*

iv. Evacuer les tensions

***I2** : (…) Et à me défouler.*

***I5** : (…) changer des idées, nager, me défouler comme je le faisais avant.*

***I8** : Ouais. Mais le vélo, c'est plus pour euh…comment dire ? M'évacuer. (…) En fait, ça dépend des jours, si je suis très énervée, je prends le vélo.*

v. Gratuité

***I3** : (…) ben si elles sont, elles viennent souvent au sport et tout, on leur fait gratuitement, elles peuvent venir.*

vi. Plaisir

***I3** : (…) je prends plaisir à aller faire sport.*

***I4** : Avant je connaissais pas le badminton, et la maintenant je le connais. [Et ça te plait ?] Beaucoup même.*

***I5** : Ouais, c'est trop bien ! Ah ouais. (…) Mais aussi me faire plaisir à moi*

***I8** : J'aime bien le sport. Je me, je me fatigue pas trop quand je fais le sport. (…) Après, je sais pas, pour m'amuser un peu.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I9** : J'aime bien moi faire, après j'aime bien bouger, j'aime bien faire du sport et tout ça.*

vii. Curiosité

***I4** : Par exemple, je connais pas un sport, et ben je l'apprends, et je le fais, après je sais jouer.*

viii. Pour se sentir en forme

***I4** : Pour plus avoir la forme. (…) Et plus avoir de vitamines, en fait.*

b. Freins au changement

i. N'aime pas le sport

***I3** : (…) parce que moi, le sport, j'aimais pas du tout ça.*

ii. Passivité

***I1** : [Et comment, est-ce que tu penses qu'il faudrait que tu modifies d'autres choses en matière d'activité physique ou pas ?] Hum… [Ou est-ce que tu penses que ce que tu fais là c'est bien… ?] Ouais.*

***I8** : [(…) et justement, est-ce que tu aurais envie là, de modifier tes habitudes d'activité physique ? D'essayer de faire du sport en dehors ?] Ben, je sais pas.*

iii. Difficultés d'initiation du mouvement

***I1** : [Et, qu'est-ce qui fait que c'est difficile pour toi de modifier tes habitudes en matière d'activité physique ?] Euh…(…) Ben c'est que, le matin j'suis fatigué. Enfin, parce que je viens de me lever mais…*

***I3** : De me bouger, de me lever le matin, le samedi matin. Quand je rentrais des cours, de me changer, d'aller au sport. C'était le plus dur, parce que j'étais fatiguée, et il fallait que je me mette dans l'esprit que j'allais faire du sport, donc au début c'était assez difficile (…) Ou des fois, y'a des samedis matin, je vais être fatiguée, donc je vais pas avoir trop envie d'y aller*

***I5** : [L'inscription à la natation, tout ça c'est plutôt…] Ouais, voilà, enfin, ma mère elle m'avait pas obligé, enfin, un peu forcé la main. [Hum. Tu l'aurais pas fait de toi-même alors au début ?] Non. (…) Moi je dis non, j'ai pas envie de sortir, j'ai la flemme (…) Ouais, voilà, ouais. Sortir, m'habiller, sortir mes habits.*

iv. Inertie

***I3** : Euh, ben, j'étais molle, j'arrivais pas à bouger. Au moindre truc, je râlais.*

***I6** : Ben après, j'aime bien sortir, mais pas trop, quoi. J'aime bien être posée, tranquillement. (…) Parce que même, mes parents et tout, quand ils me proposent, je vais pas toujours avec eux, quoi.*

v. Manque de temps

***I6** : Après je pense que c'est compliqué pour les personnes de notre âge en fait, de…pas de faire une activité sportive encore mais bon, enfin c'est compliqué parce qu'on a plein, enfin on a des devoirs à faire, quand on rentre on a des devoirs à faire et tout…Après voilà, quoi, on a plein de choses à faire.*

vi. Gêne physique

- <u>Les articulations</u>

***I1** : Ben y'a, au niveau des articulations ça fait mal.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Le souffle, l'endurance

***I2** : Ben, parce que, vu que je suis en surpoids, euh, enfin, j'suis essoufflée plus vite.*

***I3** : Ben, j'suis asthmatique déjà, donc du coup, au niveau de mon souffle, c'était très difficile à gérer ça, donc j'ai été voir un médecin, il m'a donné un traitement de fond, enfin, je l'avais déjà avant de commencer le programme, mais il me l'a…mis à fond.*

***I5** : Maintenant je vais plus lentement, et je suis essoufflée tellement que j'ai pas l'habitude de faire du sport. (…) Ouais, on dirait j'ai couru euh, tout Carpentras. Donc on dirait, peut-être, je pense, à cause de mon poids aussi enfin.*

***I6** : Non. Après, quand je cours, je vais pas pouvoir courir pendant…si, je peux pas, par exemple courir pendant 10 minutes sans m'arrêter au moins deux fois je pense.*

***I7** : Euh, non. Euh, à la enfin, j'suis essoufflé, (…) j'ai pas beaucoup d'endurance.*

***I9** : Je cours, en fait je peux courir pas trop longtemps, mais par exemple je peux courir vite mais pas longtemps. (…) J'ai pas trop d'endurance, après je perds, je perds mon souffle et tout ça.*

***I10** : Oui, quand même, c'est difficile. Parce que y'en a qui parlent et j'écoute et moi aussi je parle avec eux et après c'est euh, ça fatigue, enfin en courant c'est euh…En plus on fait que les tours alors euh voilà. (…) J'arrive pas à tenir. (…) Mais très souvent je fais (souffle fortement).*

- Palpitations

***I5** : Euh, parfois, mon cœur il bat. (…) Euh, ouais, on dirait que, que j'ai fait le tour du monde.*

- Transpiration

***I3** : J'aime pas transpirer, mais c'est naturel, mais j'aime pas transpirer. (…) Oui, parce qu'après, j'aime pas, j'ai l'impression de sentir mauvais.*

***I4** : Et quand on fait la course, ou comme ça, en même temps, on arrive pas trop, on a plus de transpiration que les autres.*

- Moins bonnes performances

***I9** : A la danse, c'est ben en fait être en surpoids et tout ça, en fait par rapport aux autres, les autres elles arrivent à faire des figures.*

vii. Dépendance envers les parents

***I6** : Oui, après y'a ça aussi, que même si y'a les bus ou quoi, on conduit pas, c'est pas comme les personnes euh adultes, elle peut, elle a sa voiture. (…) Oui, on dépend de nos parents et puis voilà.*

***I10** : Ben, des fois mon père il est trop fatigué, mais nous on lui demande de nous faire sortir ou quoi, mais des fois il est fatigué, alors on sort pas, et des fois il est pas fatigué alors on peut sortir.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

viii. Regard des autres

***I1** : C'est surtout quand il y a des gens autour. Et surtout des gens que j'connais. (…) Ça c'est le pire. Surtout de mon collège.*

***I5** : (…) Ben, je dirais, mal à l'aise parce que par rapport à mes cuisses, c'est vraiment mon plus gros complexe sur moi, c'est mes cuisses. (…) Je déteste mes cuisses. Je, peux pas les voir, j'arrive pas. (…) Quand on voit toute mes vergetures, ma cellulite, c'est, je vais pas dire dégueulasse mais bon…(…) Ben, pfff c'est de me mettre en maillot de bain (…) déjà je vais me ridiculiser en me mettant en maillot.*

***I6** : Ouais, après, mon père vu qu'il est entraineur, ben il entraîne le mercredi et le vendredi. Bon, ma sœur, elle l'accompagne tout le temps, moi il me propose des fois, mais moi je me sens pas de faire…(…) Non, pas du tout. (Rires). En plus y'a plein d'autres personnes, donc non. Et euh, voilà…mais bon après, mais moi je le fais pas avec eux quoi, mais…(…) Et en plus, des fois quand on passe, il y a tout le monde qui est assis et qui te regarde, et moi je déteste ça.*

ix. Doute sur ses capacités

***I5** : j'ai cru avoir perdu la main. (…) et maintenant je vais me ridiculiser, je sais même pas faire un plongeon.*

x. Frein social

***I8** : (…) C'est dur pour moi pour m'intégrer, pour parler avec des gens et tout donc euh…(…) Dans un groupe euh…(…) C'est bizarre.*

xi. Le sport en club, pas toujours adapté

***I3** : (…) Et j'voulais pas, avant j'voulais faire du sport mais j'voulais pas rentrer dans un club, parce qu'encore il y avait le problème de mon poids, et je me suis dit autant je vais être la seule comme ça. (…) parce que dans ce que je voulais faire c'était de la danse et il y a souvent des filles et euh…les filles ça critique beaucoup, donc euh…*

xii. Cas particuliers

- <u>Déracinement</u>

***I8** : Depuis que je suis arrivée ici, je fais plus rien. (…) Par exemple, quand j'étais en Espagne, je faisais de la natation… (…) Je faisais pendant 6 ans. (…) Et après, j'suis arrivée ici en France et j'ai tout arrêté. (…) J'sais pas c'était…je faisais du sport pendant quatre heures, cinq heures, j'arrêtais pas avec mes cousins et tout. Mais après, j'arrive ici, je, je fais rien.*

- <u>Problèmes de santé</u>

***I5** : J'ai un problème de genou. J'ai mes ménisques. (…) Parce qu'en fait, j'ai mon ménisque, il s'est fracturé.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

c. Leviers

i. Un projet familial

***I1** : Donc là, j'en fais beaucoup plus. Le sport le samedi, et euh…de temps en temps le mercredi soir le sport aussi, le cours XXL. (…) j'y vais avec mes parents. [Et en matière d'activité physique, est-ce que vous avez des habitudes particulières dans la famille. Est-ce que vous faites des activités ensemble ? (…) Vous faites pas de sport ensemble alors ?] Ben si, aujourd'hui. [Et vous avez commencé l'acti-marche aussi ?] Ouais, hier.*

ii. Motivation parentale

***I5** : Et après, ma mère, elle me dit, faut pas que tu restes comme ça, toujours allongée sur ton lit. Du coup, elle me paye des séances de piscine.*

***I6** : Après ma mère, elle aime bien aller dans les parcs et tout ça, quoi. Enfin, elle m'incite à marcher. (…) Du coup ouais, on marche souvent.*

iii. Une amitié forte : émulation

***I2** : (…) nous avec Cécile, on va dire, la danse c'est un peu toute notre vie, et du coup Fred (animatrice sportive du programme d'ETP de Carpentras) elle nous a parlé de la zumba et du coup on est venues. (…) Et après elle nous a parlé de la gym et on a dit ce serait bien aussi de le faire. Et du coup ben…(…) Au début on faisait ou l'un ou l'autre. Et en fait Cécile elle voulait pas faire la zumba et moi je voulais pas faire la gym donc, et puis on s'est dit on fait les deux au moins on est chacune contente. Et puis ça nous fait bouger donc euh…*

iv. Aptitude et goût pour le sport

***I4** : Euh, non. Pas du tout, parce que je cours très vite. (…) Si la ligne d'arrivée est là-bas, on devait partir, et ben là, je suis forte.*

***I8** : J'aime bien le sport. Je me, je me fatigue pas trop quand je fais le sport.*

***I10** : [Qu'est-ce qui te plaît alors dans le hockey ?] En fait parce que je suis forte. (…) Parce que j'arrive bien, quand j'y arrive, j'aime bien.*

d. Moteur de poursuite de changement : améliorations perçues

***I3** : Ben du coup, j'ai moins de difficultés à faire du sport déjà.*

9. *SEDENTARITE*

a. Freins au changement

i. Passion pour les jeux vidéos

- <u>Un monde virtuel où on peut dépasser ses limites</u>

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I1** : Ben par exemple sur l'ordi on peut marcher, on peut grimper des montagnes sans avoir mal aux genoux. Je monte trois marches et j'ai mal aux genoux. (…) Voilà, dans la vraie vie. Parce que là je peux dépasser mes limites, du cerveau. Il y a que mon cerveau qui travaille.*

- Une passion partagée en famille

***I1** : Ben, avec mon père on joue ensemble. (Rires). [Ouais, vous jouez aux jeux vidéo ?] Ouais.*

***I7** : Non, sinon je regarde ma mère jouer à Plein de vielles zombies.*

ii. Addiction au téléphone portable, aux réseaux sociaux

***I2** : Ben j'sais pas, je regarde la télé, mais en même temps j'suis sur mon téléphone. (…) Ben je m'endors avec la télé. Mais après j'suis pas enfin…j'suis plus sur mon téléphone qu'à regarder la télé*

***I5** : C'est mon téléphone, je suis H 24 sur mon téléphone. (…) Euh même, dans les, pas dans les cours, mais dans le collège, la nuit, je regarde mes textos, tout, tout, c'est horrible. Je me dis, c'est pas, c'est pas mon enfant ! C'est ça. (…) J'sais pas, ben voilà, y'a les numéros à mes copines, y'a internet, y'a youtube. Euh tout quoi. Y'a le cahier de texte en ligne, y'a tout.*

***I6** : Ouais, très tard, ou à minuit, des fois j'ai le téléphone à ma mère, et je continue dans ma chambre avec le téléphone. (…) je vais sur facebook. (…) Ouais, on est tous devenus accros. (…) Ouais, toutes les personnes tout ça, de mon âge, de ma classe, enfin, mes amis, toutes les personnes que je connais, ils sont accros, accros, accros.*

***I8** : Peut-être, oui, parce que aussi, j'utilise trop le téléphone. (…) Et après, quand j'ai fini mes devoirs et tout ça, je prends encore mon téléphone, et je reste avec le téléphone. (…)Facebook, What's app.*

***I9** : Après, je reste pas mal de temps sur le portable. (…) Euh parce que je sais pas en fait. Le téléphone, après en fait c'est c'est plus fort que moi.*

***I10** : (…) Mais bientôt je vais m'acheter aussi mon téléphone. [Bientôt tu vas, tu vas le faire ?] A chaque fois je demande à mon père, il me dit bientôt, bientôt, bientôt. (…) Facebook en fait, j'aimerais bien l'arrêter mais euh, j'aime bien en fait, j'aime bien parler avec les copines et tout.*

iii. Banalisation du problème

***I2 :** [Est-ce que déjà tu fais, tu as des activités sédentaires ou pas ?] Ben oui, comme tout le monde. (…) [Et du coup la télé, tu la regardes un peu, un peu tous les jours ?] Je la mets tout le temps mais j'suis pas là à être…(…) je la regarde sans vraiment la regarder. (…)Vraiment, quand je la regarde vraiment, vraiment, et encore j'suis sur le téléphone, c'est dans mon lit, donc euh…*

iv. Appareils électroniques dans la chambre

***I2** : [Et, t'as la, t'as la télé dans ta chambre du coup ?] Oui. (…) J'ai la tablette, mon téléphone.*

v. Manque d'autonomie de l'adolescent

***I2** : Ouais. J'peux pas sortir parce que j'habite, fin, faut traverser le rond-point de Rossi. Donc, euh…j'peux rien faire en fait. J'suis tout le temps toute seule. [D'accord. Ouais, faut, faut une voiture en fait.] Ouais.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I9** : Parce que comme papa il travaille et tout, il a pas le temps…(…) Oui. Il a pas le temps de nous sortir par exemple soit au lac, ou là où on peut aller courir ou jouer. Du coup on est obligés de rester à la maison, après j'ai pas énormément de choses à faire.*

vi. Isolement

***I2** : (…) Chez papa, j'suis tout le temps, tout le temps, tout le temps, dans ma chambre, dans mon lit. J'bouge pas. Donc, euh… (…) [Pourquoi ?] (…) Parce que j'suis toute seule à la maison. Que y'a rien à faire donc euh…*

vii. Attitude rebelle de l'adolescent

***I2** : J'suis tout le temps dans ma chambre, j'aime pas être en bas avec eux. (…) dès que je peux les éviter.*

viii. Habitude

***I3** : Je passais beaucoup de temps sur la télé, donc euh…Ben, arrêter, c'était un peu difficile.*

***I10** : Oui, la télé, c'est une habitude.*

ix. Ennui

***I8** : En fait, si j'utilise pas le téléphone, j'ai rien à faire. (…) Ouais, je m'ennuie.*

***I4** : En fait après, j'arriverais pas en fait. Si je regarde la télé, là après…si on se prive de télé, je sais pas comment faire. (…)Voilà, après je vais m'ennuyer.*

***I9** : Des fois en fait quand je m'ennuie, je vais dessus ou quoi. Je sais pas en fait comment faire pour euh pour changer ça.*

b. Leviers

i. Jeux vidéo : limites reconnues

***I1** : Hum. Physiquement je me sens pas bien mais quand je joue aux jeux vidéo moralement je me sens bien mais pas physiquement.*

ii. Pratique d'autres activités

***I3** : (…) j'avais plus le choix, j'avais le sport, donc je pouvais plus, je pouvais plus me permettre de regarder la télé.*

***I4** : Des fois on joue, hier, hier soir, on a pas dû, on a pas trop regardé, on a pas beaucoup, on est, on est rentré, mon frère il a proposé un jeu, on a joué. Et après, on a pas du tout regardé avec nos parents la télé. (…) C'est, c'est mieux.*

iii. Mieux profiter de son temps libre

***I3** : (…) Et du coup, je passais un peu plus de temps sur mes devoirs, enfin voilà du coup.*

***I6** : Si j'ai envie de les changer, parce que des fois je me dis, même pour l'école quoi, au lieu de passer mon temps à faire ça, je pourrais faire autre chose. (…) De plus intéressant.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I9** : Si je lâche le téléphone en fait pour aller jouer à…avec mon frère ou quoi, jouer ici dans la chambre ou voilà, lâcher un peu tout ce qui est électronique et tout ça parce que voilà je profite pas du vrai temps que j'ai.*

c. Moteurs de poursuite de changement : améliorations perçues

i. Moins de perte de temps

***I3** : Ben, c'est bien, du coup ça m'oblige à faire autre chose, et au lieu de rester assise, devant la télé, à regarder des fois n'importe quoi, parce que y'a rien à la télé, donc euh, je zappais, je regardais n'importe quoi. Donc euh, voilà, déjà ça me…*

ii. Satisfaction de sa journée

***I3** : Parce que je fais plus de choses dans mes journées (…)*

iii. Amélioration du sommeil

***I3** : (…) du coup le soir, j'ai même plus besoin d'être avec mon téléphone, je m'endors direct.*

10. *LA FAMILLE : SON INFLUENCE DANS LA MODIFICATION DE COMPORTEMENT DE L'ADOLESCENT*

a. Freins au changement

i. Croyances erronées des parents

- <u>A propos de l'alimentation</u>

***I2** : on va dire, il sait pas ce que c'est un repas équilibré. (…) Enfin, si je lui dis je veux manger des légumes, ça va être que dans l'extrême, ça va être que des légumes, et juste bouillis, enfin ça va pas être préparé donc euh…c'est pas super, super bon. (…) Et y'aura vraiment que des légumes.*

***I6** : Ben après, c'est par exemple, d'ailleurs ils comprennent pas, mais par exemple euh, les féculents, par exemple les pâtes. (…) Je peux en manger. Un repas par exemple à midi, il doit y avoir des féculents, et ben eux, ils aiment pas trop quand je mange eux, surtout mon père, il aime pas trop quand je mange des féculents, des pâtes et tout ça. (…) Parce qu'il pense que ça va me faire encore plus grossir.*

- <u>Le poids : élément déterminant de la réussite sociale</u>

***I6** : Ca me blesse, parce que c'est comme si pour eux si t'es pas mince, ou magnifique ou je sais pas quoi, c'est comme si tu pouvais rien faire dans la société, quoi. (…) Donc euh, voilà, après ils me mettent aussi la pression par rapport à l'école et tout. Et du coup, ça me, ça me stresse.*

ii. Attitude des parents

- <u>Reproches fréquents</u>

***I2** : Ben j'sais pas, parce qu'après il est tout le temps en train de me faire des reproches, mais on va dire qu'au final il m'aide pas vraiment non plus parce que…(…) Du coté de papa, il était tout le temps-là, à me dire quand je lui faisais un câlin ou quoi, ouais t'as grossi, ou tu devrais te peser, faire attention, alors qu'au final, il m'aide pas vraiment, au contraire.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I6** : (…) mais après mes parents ils me mettent beaucoup la pression par rapport à ça aussi, quoi, par rapport à mon poids. (…) Ben parce que ils me le rappellent tout le temps, tout le temps. Tout le temps, tout le temps, tout le temps. Ils me font des remarques par rapport à ça. (…) Ben par rapport à la nourriture : mange moins, bouge plus et tout ça. (…) [Et qu'est-ce que t'en penses de manger toute seule devant la télé ?] (…) Ben en fait je préfère, parce qu'en fait, mon père il fait des commentaires…*

***I10** : C'est pas que ça me gêne c'est que c'est à chaque fois, ça se répète, ça se répète, ça se répète, ça commence à être un peu énervant.*

- Restrictive

***I2** : Ben, elle m'en parle, genre ouais, tu devrais pas manger ça, ça, ci, ça, ça, quoi voilà. (…) [Et le fait qu'elle t'interdise certaines choses, c'était… ?] En fait, j'suis une fille que quand on me dit quelque chose de pas faire, et ben je le fais, je fais tout le contraire. (…) Après, y'avait des…genre des fois pas tout le temps, et ben j'avais mon beau-père qui me disait des trucs à table : ouais, tu devrais pas manger ça, parce que tu vas encore plus grossir. Des trucs comme ça. Alors là, j'envoyais tout balader. Et j'montais, et je pleurais.*

***I4** : Des fois ma mère quand elle me dit non, ça m'énerve mais après je le mange pas mais des fois oui. (…) Euh, des fois, mon père, il fait euh, mange pas, mange pas tout. Tu manges pas ça.*

***I10** : Mais très souvent mon père il veut pas que je mange beaucoup. (…) Euh pfff, au midi, au soir. Il me dit ne mange pas beaucoup sinon, tu vas vomir ou euh…le soir c'est ça. Et le midi, ne mange pas beaucoup, après t'as sport, ne mange pas beaucoup, des trucs comme ça.*

- Permissive

***I3** : Mais, ma mère, elle est vachement, fin, elle osait pas me priver quand je mangeais trop parce que elle a vécu dans une famille où ben, si elle voulait manger, elle mangeait, euh, elle faisait ce qu'elle voulait. (…) Mais ma mère, elle avait peur de me frustrer ou de me bloquer après donc du coup, elle me laissait faire en fait.*

***I9** : Ben en fait, moi j'aimerais pas qu'ils continuent à me dire ça, j'aimerais plutôt qu'ils, qu'ils me donnent en fait quoi faire, s'ils me voient aller manger quelque chose de gras, qu'ils me disent non. Je sais qu'au début en fait ça va, ça va me paraître bizarre, ça va m'énerver peut-être, mais au final, je dirais qu'ils ont, qu'ils ont fait ça pour ce que je veux être, pour mon but en fait. (…)Mais euh, après, moi je me mets des limites à moi-même des fois parce que je sais que ma mère elle va pas me dire, non tu manges pas ça, et c'est pour ça que, à la fin en fait, je lui dis de me faire ça, mais elle le fait pas, du coup je finis par me par me mettre des limites à moi-même.*

- Non uniforme pour tous les enfants

***I2** : (…) Après, évidemment, vu qu'il y a le fils à ma belle-mère qui est petit, il a six ans, il y a tout le temps des biscuits, des kinders, des trucs comme ça, donc euh…*

***I4** : Des fois, en fait des fois, ben mes frères ils en prennent beaucoup, et des fois moi j'en prends que une et ils me disent ça suffit, alors des fois ça, je râlais un peu, mais en fait ils m'aident pour maigrir de mon poids, alors je l'écoute, et après je, j'arrête d'en prendre.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I9** : C'est parce qu'en fait, au niveau motivation, des fois je me lève, je suis motivée à changer et tout, mais après par exemple, quand je vois ma sœur qui mange gras, quand, quand, quand je commence par exemple à manger léger, quand je mange des légumes ou quoi, et qu'elle mange je sais pas, des frites ou quoi, du coup après ça me donne envie de manger et après, voilà en fait. C'est, c'est comme un cercle, après j'y arrive pas. (…) Comme ça, en fait c'est un peu encourageant de voir et si je suis la seule à manger en fait, y'a personne qui va m'encourager. Et euh, du coup ça me donne encore plus envie de baisser les bras.*

- Moqueries

***I4** : Ben des fois, mon frère, Anas, celui qui a neuf ans, et ben il me dit, il me dit des mots méchants en fait. (…) Il me dit casse-toi la grosse, comme ça tu vois. Des mots méchants sur mon poids en fait. (…) Euh, ma mère non, mais mon père oui, mais en fait pour rigoler. (…) Mais après je le prends pas mal.*

***I5** : Parfois mon père il me charrie, mais ça prend à la rigolade, mais sinon, non ça va. Oh, ben, mon frère, des fois, quand on se dispute, voilà, ben grosse vache. Moi je lui dis Dumbo, mais après, cinq minutes plus tard, on rigole ensemble.*

***I8** : Ouais, en général. Mon frère il a, celui qui est en surpoids. (…) C'est pour m'embêter. Mais moi aussi je m'en fou parce que lui aussi il est gros donc euh, voilà. (…) Après, par exemple, je sais pas, la famille de mon père. (…) Eux, ils aiment bien se moquer de moi. (…) Par exemple, la dernière fois, c'était l'été dernier, j'ai venu et après, et ça faisait quatre ans que je les avais pas vus. (…). Donc quand ils m'ont vue, ben voilà, ils se sont moqués de moi. (…) Peut-être qu'il y a ma mère aussi des fois, mais voilà. (…) Avec mon père j'aime pas, parce que si je parle avec lui, ça va être pour se moquer de moi.*

- Dédramatisation

***I9** : Ben mes parents, en fait, ils ont beau me dire en fait que mon poids c'est pas grave, ce qui compte c'est ce qu'il y a dedans et tout ça, pas le poids.*

- Pas de communication autour du surpoids

***I4** : [Et vous en discutez de…ben du fait que toi ça te gêne d'être, d'avoir un petit peu de poids en trop ?] Non. (…) Non, pas du tout.*

***I7** : [Et toi, t'en avais déjà parlé à ta maman de ton souci de poids, vous en aviez déjà parlé ensemble ou pas ?] Euh, non. Non.*

***I8** : J'crois qu'on a jamais parlé de ça. (…) J'aime pas trop parler avec ça, avec mes parents et tout. (…)Je me le garde pour moi.*

- Sujet abordé uniquement lors des disputes

***I6** : Justement avec ma mère, on s'est beaucoup disputées à cause de ça, en fait. (…) C'était souvent les raisons de nos disputes en fait.*

***I8** : Non, pas trop. Peut-être…(silence) non, j'sais pas, peut-être quand y'a des disputes, ma mère elle me parle de mon poids. Pour euh, me faire plus réagir.*

- Absence de soutien

***I6** : La nourriture… (rires). Et donc euh…voilà, après quand il y a ça et que je vais essayer de maigrir,*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

par exemple, pendant 1 semaine et tout, puis après mes parents on va se disputer ou quoi par rapport à ça. Et puis là après, je vais me dire, ben ça sert à rien, quoi, je vais être dégoutée, du coup je vais recommencer à manger, parce que je vais me dire, tant qu'à faire, ça sert à quoi ? Donc euh, voilà. (…) Ouais, si mes parents ils me euh, ils m'encourageaient plus.

- Menaces

***I10** : Ouais, très souvent ils m'en parlent, parce que ma mère elle est diabétique, et elle me dit toi aussi après tu seras diabétique et tout.*

- Ambivalence

***I8** : (…) Y'a des fois c'est juste pour me faire chier, elle me parle, elle me dit ça. Mais après, des fois elle m'encourage. (…)*

iii. Attitude rebelle de l'adolescent

***I2** : En fait, j'suis une fille que quand on me dit quelque chose de pas faire, et ben je le fais, je fais tout le contraire.*

***I4** : En fait, que juste comme si c'était, comme si c'était. Euh, je sais pas, en fait, que, comme si, en fait je vais prendre quelque chose et ils veulent pas que je le mange. (…) Euh, non, je, je suis en colère.*

***I6** : Ben ouais, ma mère, enfin mon père et ma mère, je leur dit quoi, enfin, dans tous les cas, c'est mon corps donc de toutes façons, que je grossisse, que je maigrisse, j'en fais ce que je veux, et puis voilà.*

***I10** : En fait c'est parce que j'avais changé euh, en fait très souvent c'est mon tonton qui me donne des nouveaux trucs à goûter, c'est pas ma mère ou quoi. (…) En fait ma mère je l'écoute pas, pour manger, c'est que mon tonton…(…) C'est pas que j'écoute pas ma maman, c'est que j'aime…c'est pas que j'aime pas ce qu'elle fait, j'aime bien, mais euh, très souvent en fait, c'est mon tonton qui m'oblige. Il m'oblige à goûter.*

iv. Pas de partage d'activités physiques en famille

***I2** : Avant avec ma mère, quand j'étais petite, tous les week-end, on faisait de la randonnée, etc…Après ma mère s'est mise avec mon beau-père qui…bouge pas, donc on bouge pas.*

***I7** : [D'accord, ok. Mais pas trop d'activité physique, en famille ?] Euh, non.*

***I8** : [Et est-ce qu'il y a des habitudes familiales en matière d'activité physique ? Est-ce que vous faites des activités ensemble le week-end ?] Non, là non.*

***I9** : Non, pas de…en fait je fais pas de sport ni avec ma mère, ni avec mon père, parce qu'il a pas le temps et comme il travaille beaucoup, il a mal au dos, et tout ça, il pourra pas non plus faire du vélo, ou courir avec moi, et tout ça, il pourra pas.*

v. Alimentation et famille

- Repas non équilibrés

***I6** : (…) enfin, j'sais pas comment dire, elle va pas faire forcement des choses équilibrées en fait. (…) Oui. Du coup, forcément, on mange beaucoup de pain. (…) y'a souvent de la, de la sauce, donc forcément, on est obligé de manger avec du pain. (…) Ouais. Après, y'a beaucoup de pommes de terre. Après c'est bien les pommes de terre, mais bon, les sauces, le gras, l'huile et tout ça, quoi euh.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***I9** : Et dans l'oriental, c'est souvent bien épicé, ou bien, y'a beaucoup d'huile, et tout ça, mais en fait moi j'aime pas trop manger comme ça. Par exemple, quand je vois quand, comment on met de la sauce, de l'huile dedans la sauce et tout ça, j'aime pas et au final en fait, je suis obligée de manger parce qu'en fait il y a que ça, voilà et en fait après c'est, j'y peux rien après à la fin. (…) Un repas du midi par exemple, de pas manger, ah oui et par exemple chez nous on, on mange beaucoup de pain, c'est ça le, le problème.*

- Repas adaptés au reste de la fratrie

***I6** : Ben, ça dépend, en fait, parce que y'a mes sœurs aussi, elles aiment pas trop…enfin, on n'a pas les mêmes gouts. (…) Ben, par exemple, les légumes et tout, elles aiment pas trop les légumes, enfin elles en mangent pas du tout. (…) Après, y'a pas que…elle en fait quoi, mais euh…par exemple, elle va faire des frites ou quoi. (…) Oui. Mes petites sœurs aiment bien, parce que mon père aime bien aussi.*

- Mobilisation familiale compliquée

***I9** : Et en, en fait j'ai essayé de convaincre mes parents, et tout ça, ma famille de faire ça…(…) Et je leur ai expliqué, tout ça, parce que moi je voulais changer depuis longtemps, mais euh, en fait, ils ont pas vraiment essayé, mais y'a personne qui aimait, ma sœur elle mangeait rien non plus, du coup on était obligés de revenir à…aux habitudes comme ça. (…) Sur une journée, deux journées. Après ma sœur elle a commencé à vouloir manger ce qu'elle mangeait d'habitude et tout ça.*

- Familles recomposées : attitude différentes des deux parents

***I2** : Ben, chez maman rien, parce que chez maman, on va dire, en ce moment, on mange féculents, légumes et viande. Donc euh, c'est équilibré. (…) Chez papa, c'est pas du tout, du tout équilibré.*

b. Leviers

i. Soutien des parents

***I1** : Ils me soutiennent.*

***I5** : Et ma mère qui me disait, ben à la piscine, on perd aussi. Enfin voilà, quoi. Et mon père, il me disait, pourquoi tu vas à la plage, prenez un maillot et tout. (…) Elle fait attention à moi, vraiment à moi.*

ii. Implication des parents

***I2** : (…) après elle achète pas de biscuits, elle achète pas de bonbons.*

***I5** : (…) ma mère elle m'a acheté un tapis, un tapis de sport. (…)Ouais, moi je trouve que c'est vraiment équilibré, et puis mon père, il a vraiment un problème d'ulcère, donc il s'est dit…(…) Autant faire manger mes enfants comme moi.*

iii. Attitude uniforme avec tous les enfants

***I4** : Ma mère, quand je prends du coca, ou du jus sucré, elle me met un verre. Mais quand j'en veux, elle me met la moitié du verre. Pas entier le verre, mais la moitié. Même avec mes frères, elle le fait.*

***I5** : Ma mère, elle a dit j'achète que de l'eau. (…) Pour tes petits frères, pour moi, pour ton père, pour toi. (…) Ouais, tout le monde. Ouais, c'est un petit peu dur pour mes frères, mais euh pfff, bon voilà, quoi. (…)*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

iv. Limites mais part de liberté

***I4** : Ma mère, quand je prends du coca, ou du jus sucré, elle me met un verre. Mais quand j'en veux, elle me met la moitié du verre. Pas entier le verre, mais la moitié. Même avec mes frères, elle le fait.*

***I5** : (…) Du coup de temps en temps, on boit du coca ou du ice-tea, c'est vraiment. Par exemple, quand on est en famille ou quoi. (…) Je mange beaucoup, enfin comme je vous ai dit, je peux manger jusqu'à une baguette. Et voilà. Ma mère, elle me dit, elle me coupe, comme ça, une part comme ça, elle me dit ça, ça tu le manges, et mon père il me dit, tu coupes un bout, tu partages ; et tu dis, ça je mange avec le fromage, ça je mange avec la sauce, c'est ça. Et voilà.*

v. Sorties hebdomadaires

***I4** : Euh, vers 4 heures, oui, on sort. Y'a un stade à côté de chez nous. Et y'a aussi un parc. (…)Et des fois on part avec notre père ou comme ça quand il part quelque part.*

***I5** : On sort, après on va à la ville de Monteux avec tout le monde, avec toute la famille, c'est-à-dire la grand-mère, le grand-père et tout.*

***I6 :** [Vous marchez, ouais. Vous marchez le week-end, c'est ça ?] Ouais, souvent, avec ma grand-mère.*

***I9** : Euh, oui, des fois je sors avec mon frère et ma sœur, on va au city stade là-bas, c'est un terrain en fait où, c'est un terrain multisport où on peut faire du foot ou de la course ou du handball, un peu tout et des fois on joue au foot. Voilà. On s'a…on s'amuse en fait un peu et…*

vi. Bonne communication familiale

***I3** : [Et, est-ce que vous en discutez du fait que ça te dérange, toi, ton souci de poids ?] Oui. Ils le savent. On en a déjà parlé, et ils le savent.*

***I5** : [Euh, et est-ce que vous en discutez du fait que tu vives pas très bien ton, ton surpoids ?] Ouais. [Hum. T'en discutes avec qui plutôt ?] Ma mère. (…) Avec moi, elle me pose, je lui raconte tout.*

***I9** : [Ouais. D'accord, ok. Et toi, tu en avais parlé à ta maman c'est ça de…que ça te ?] Ben oui, en fait moi je suis en surpoids depuis le CM2 et euh…(…) Je sais plus si c'est CM1 ou CM2 mais aux alentours, là, et en fait je sais que ça me gêne énormément en fait dans ma vie et maman elle l'a remarqué tout ça, du coup…(…) En fait, là, ça commençais vraiment à me complexer énormément, du coup euh et euh elle voulait aller voir le médecin…*

vii. Bonne ambiance familiale

***I3** : (…) On mange tous ensemble, on parle. On s'raconte notre journée, on rigole.*

viii. Compromis concédés

***I4** : Ma mère, des fois, regarde, des fois, ben après elle a de la peine, et après des fois elle fait tu en prends un tout petit peu et après voilà. (…) Alors ma mère, elle est un peu d'accord, mais elle dit tu prends un tout petit peu, après mon père il est d'accord.*

***I5** : Ma mère m'a pas privée, elle m'a pas du tout privée, elle m'a dit, euh, par exemple les sucreries (…) Elle m'a changé la quantité. (…) Elle m'a dit tu manges en petites quantités, enfin tu manges des pâtes.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

11. *LES PAIRS*

a. Freins : une attitude négative

i. Critiques et moqueries

I1 *: (…) Parce qu'en primaire, euh…pendant les cours, tout le temps, mais vraiment tout le temps, ils disent tout le temps des trucs dans mon dos. (…) ils se moquent de moi ; il y en a qui se moquent de moi au collège.*

I2 *: Non. Bon les garçons un peu, des fois.*

I3 *: Par contre, quand je suis arrivée en sixième et en cinquième, j'étais beaucoup plus forte. Donc, euh, les critiques j'y avais droit. Les euh, fais attention dans les escaliers sinon tu vas tomber. Les pffff…*

I8 *: Y'en a, des fois, ils se moquent. (…) ben y'avait des gens qui se moquaient de moi. Ils me faisaient du, du harcèlement.*

I9 *: Ben en fait, après y'a d'autres personnes dans mon collège qui se gênent pas pour me le rappeler et tout ça. (Elle pleure).*

I10 *: Après, y'en a qui parlent derrière ton dos…*

ii. Violence physique

I1 *: Je laisse couler. Mais s'ils commencent à me taper dessus ben je me défends. [Oui, c'est sûr. C'est déjà…c'est déjà arrivé ça ?] Oui, bien sûr !*

iii. Regard des autres

- <u>Stigmatisation par soi-même</u>

I1 *: J'aime pas qu'on me regarde. (…) J'aime pas du tout. (…) J'ai tout le temps peur qu'on dise des trucs dans mon dos en fait.*

I3 *: (…) Parce que j'ai peur de passer au tableau, parce que j'ai peur que ce soit mon physique que direct on attaque, j'ai peur de me mettre devant parce que j'ai peur qu'on me regarde que moi. Alors je me mets tout le temps au fond. (…) moi je me sens pas bien à l'école et je me mets tout le temps ben, ça c'est toujours le même problème, je me mets tout le temps au fond. Quand il s'agit de prendre la parole ou quoi, j'y arrive pas, quand il faut que j'aille au tableau j'y arrive pas non plus, donc euh, ben maintenant c'est automatique, avant de rentrer en cours, je préviens les profs, s'ils peuvent éviter de m'envoyer au tableau, ou de m'interroger moi si possible et de me laisser au fond, ben, ce serait pas mal.*

I9 *: Euh je le vis mal en fait le regard des autres, j'ai peur du regard des autres. Et j'ai pas confiance en moi par rapport à ça. Et voilà, j'ai surtout pas confiance en moi, j'ai, j'ai peur de ce que les gens vont penser de moi, et voilà, j'ai peur qu'ils me fassent une réflexion ou quoi. (…) Des autres élèves, au collège.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

b. Leviers : une attitude positive

i. Soutien

***I1** : Il y en a qu'un seul qui me dit rien ! (…) Il fait même pas de blagues dessus. Il me dit rien ! Et quand il peut il me félicite.*

***I3** : Oui, ben, j'suis tout le temps en train de dire j'suis trop grosse. Et justement, mes copines, que ce soit garçons ou filles, me disent que non, j'suis très bien comme j'suis, que justement j'ai changé, que, ben ma copine, elle m'a vue, ben, depuis la sixième, à partir du moment où j'ai grossi, jusqu'à maintenant, et justement, elle m'a dit, t'as changé, t'as maigri, enfin, tu prends plus soin de toi. Enfin, c'est mieux, tu devrais pas dire que…enfin franchement, j'ai, j'ai des amis, oui, ils sont au top.*

***I4** : C'est bien, ils me critiquent pas sur mon poids. (…) En fait nous on est une classe pour pas critiquer en fait. (…) On critique pas les autres. (…) Non, ils m'ont jamais parlé de mon poids. On joue. Ils ont pas du tout dit des…ils ont même pas pensé à mon poids en fait. (…) En fait, euh, ils parlent pas du poids ou de mon corps ou comme ça, mais ils parlent de genre qu'est-ce qu'on a fait dans le week-end ou on peut jouer à des petits jeux comme ça.*

***I5** : Ouais ça va, elles font pas trop attention mes copines, au contraire, elles me disent t'es trop belle et tout.*

***I8 :** Ça se passe bien, parce que je crois qu'ils s'en foutent de mon poids. (…) Ben ils vont pas critiquer mon poids. (…) Ils regardent ma, ma personnalité.*

***I9** : (…) Et après, elle me dit, mais tu sais si c'est à propos de ça et tout ça, faut, faut, faut pas écouter et euh, les gens qui te disent ça, c'est qu'ils ont rien compris.*

ii. Echanges autour du surpoids

***I2** : [Et est-ce que tu en discutes du fait que toi ça te… ?] Euh oui, parce que j'ai ma meilleure amie elle est aussi en surpoids, donc euh…donc ça va. (…) Ouais, y'a pas de sujets tabous, alors euh…*

iii. Ne pas blesser

***I9** : Oui. Mes amis ils m'en parlent pas au niveau de mon poids. (…) Ils veulent pas me blesser, surtout ça se dit pas trop en fait. (…) C'est, c'est un sujet qui se parle pas trop. Mais euh voilà.*

iv. Attitude franche

***I6** : Bon après, mes deux, par exemple, j'ai deux proches amies, là, oui, elles me disent faut que tu perdes un peu de poids, quoi. (…) Ouais, je préfère quand on est direct quoi, que ça fasse mal ou pas quoi, je préfère, comme ça, je prends bien conscience.*

v. Pas de réaction particulière

***I7** : Ben, j'sais pas, ils m'ont jamais parlé de ça.*

***I8** : Par exemple, à l'école, ils, ils me disent rien en fait, ils s'en foutent.*

***I10** : [Et du coup vous en parlez ou pas de…?] Non, on n'en parle pas.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

c. Retentissement scolaire

i. En cours

***I3** : (…) et ce qui m'empêche de bien, de bien suivre en cours.*

***I6** : Et du coup, même si j'y arrive ou quoi, même, même le truc con, par exemple, je vais passer à l'oral, même si ma leçon je la connais, ben je vais dire à la prof non, je passe pas ; juste parce y'a des…*

***I9** : Ben je, après, je me fais plus ou moins discrète. (…) J'essaie…en fait ça va, je travaille bien au niveau de l'écrit tout ça, mais à l'oral je passe pas trop en fait, j'ai pas trop envie de passer. [t'as un peu peur de ?] Du regard des gens.*

ii. A la cantine

***I9** : En fait on reste tout le temps ensemble et tout ça, et en fait, des fois je, je mange pas tout ça à midi, elle me dit mais qu'est-ce qu'il y a, mange et tout ça. Je fais non et tout ça. Et je, je dis, j'ai pas, j'ai pas envie de manger. (…) Parce qu'en fait, j'ai peur en fait que s'ils me voient manger tout ça, ils, ils vont, justement ils vont continuer à me faire des réflexions sur ça, et tout ça, du coup…*

12. SPORT SCOLAIRE

a. Freins au changement

i. Pas toujours adapté

***I1** : Et un petit exemple, je crois que c'était ce jeudi, on a fait un contrôle en sport, et c'était une course d'orientation, moi qui suis très bon en orientation, j'ai mis un quart d'heure, et les autres mettaient tous cinq minutes. (…) Parce que, ils courraient.*

***I2** : Ben après, je vais vous le dire honnêtement, ça fait deux mois que j'suis pas allée en sport au collège. (…) C'est parce que je trouvais tout le temps des excuses à maman, genre il pleut, ou que il y a trois heures d'études, en plus c'est vrai. Euh, pfff, ou j'sais pas, j'étais malade, alors euh j'ai dit que j'y allais pas. Mais c'est vrai en plus, c'est ça le pire. C'était des excuses mais c'était vrai, donc au final… [D'accord. Mais au fond de toi, t'avais pas envie d'y aller non plus ?] Ouais, c'est ça. Parce qu'on faisait quoi…j'sais même plus ce qu'on faisait. Ah si, fallait qu'on courre autour d'un carré pendant trois heures, alors euh…*

ii. Pas toujours attractif

***I6** : Ouais. Et en ce moment, ben le lundi, on fait deux heures de boxe en ce moment, et le vendredi on fait une heure de foot. (…) Que des trucs que j'aime pas. (…) Le foot, c'est nul. [Et la boxe, ça te plait pas ?] Non, pas du tout. Je vois pas c'est quoi l'intérêt de taper pour taper, enfin, je sais pas, je vois pas l'intérêt.*

iii. Stigmatisant

***I6** : (…) A part quand c'était escalade. (…)Et puis j'aime pas, quoi, surtout vu qu'on devait m'assurer, et vu que, on va dire que je suis le personne la plus… (rires) en surpoids de la classe quoi, forcement quand on m'assure, si c'est une personne plus légère, elle s'envole donc euh…j'étais gênée par rapport à ça. (…) Et en plus, des fois quand on passe, il y a tout le monde qui est assis et qui te regarde, et moi je déteste ça.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

b. Leviers

i. Motivation des professeurs

I10 *: Non, parce qu'en fait mes, mes maîtres et maîtresses, ils m'encouragent.*

ii. Plaisir et vécu positif

I4 *: Euh oui, ça me plait bien.*

I8 *: [Ok. Et qu'est-ce que t'en penses du sport à l'école ?] Ah c'est bien. (…) Non. Je me sens bien quand, quand je fais du sport, vraiment.*

I9 *: Ben le sport après ça se passe en fait plutôt bien.*

I10 *: Euh, oui ça se passe bien pfff.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

SYNTHESE DES RESULTATS DES ADOLESCENTS

Les stades de Prochaska :

Le programme d'ETP de Carpentras se révèle être un facteur favorisant le changement de comportement surtout en matière d'activité physique. Trois des adolescents faisant partie du programme ont évolué positivement dans leur pratique d'activité physique. L'évolution en matière d'habitudes alimentaires et de sédentarité est plus nuancée.

Freins et facteurs favorisants à adhérer au programme d'ETP :

Information sur le programme

Les personnes ayant informé les enfants sur le programme sont des professionnels médico-sociaux exerçant des métiers variés.

Les freins : donner l'information à un moment où l'adolescent n'est pas en mesure de la recevoir et de s'en saisir ; par une personne non connue de l'adolescent.

Les leviers : il est plus facilement accepté que ce soit une personne de confiance. Le fait que la demande vienne de l'adolescent et que l'adolescent ait conscience de son problème de poids facilitent l'échange.

Adhésion au programme

La motivation principale à adhérer au programme, formulé par toutes les adolescentes, est la perte de poids.

Les freins : les adolescents étaient principalement freinés par la peur du regard des autres.

Les leviers : la motivation parentale est reconnue par les adolescents comme un facteur important à leur adhésion au programme. La prise en charge en groupe avec des jeunes partageants le même problème les rassure et les motive.

Participation effective au programme

Les motivations à participer au programme sont de plusieurs ordres : la dépense énergétique, l'action sur le poids et l'abstraction de ses problèmes.

Les freins : le principal obstacle à participer au programme est la distance avec le problème du transport. Un autre frein est la difficulté d'initiation du mouvement. De plus, une adolescente n'a pas trouvé l'émulation de groupe qu'elle attendait, elle rapporte même une stigmatisation des participants entre eux.

Les leviers : la motivation parentale et le côté ludique sont des facteurs favorisants à participer au programme.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Freins et facteurs favorisants à changer de comportement

L'alimentation

La motivation principale à changer son régime alimentaire est la perte de poids.

Les freins et difficultés : les adolescents reconnaissent être de bons mangeurs ou manger de manière déséquilibrée ou déstructurée mais ils expliquent que l'habitude les freine à changer. De plus, nombre d'entre eux reconnaissent leurs difficultés à modifier leurs habitudes alimentaires dans la durée.

Les leviers : les adolescents dans l'ensemble ont de bonnes connaissances sur l'équilibre. De plus, ils ne se font pas d'illusion quant aux régimes alimentaires restrictifs qu'ils jugent inefficaces et inadaptés.

L'activité physique

Les motivations à pratiquer une activité physiques avancées par les adolescents sont multiples : pour agir sur le poids, sur la santé, pour évacuer les tensions ou bien pour se faire plaisir.

Les freins : l'inertie propre aux adolescents, la gêne physique rapportée lors des activités sportives, la gêne psychologique avec la peur du regard des autres, la dépendance matérielle envers les parents et l'absence de soutien des pairs sont autant d'obstacles à la pratique d'activité physique des adolescents.

Les leviers : la motivation parentale, voire même l'engagement de toute la famille à modifier ses habitudes d'activité physique, le sentiment de compétence et la motivation des pairs apparaissent comme des facteurs favorisants l'activité physique.

La sédentarité

Les freins et difficultés : l'addiction aux jeux vidéo et aux réseaux sociaux surtout pour les garçons rend compliqué la modification de leur comportement sédentaire. L'habitude et la peur de s'ennuyer sont les raisons avancées par les adolescents expliquant leurs difficultés à diminuer le temps passé devant la télévision. Leur manque d'autonomie et le manque de disponibilité de leurs parents est aussi un problème évoqué.

Les leviers : l'augmentation du temps consacré à l'activité physique diminue le temps d'activités sédentaires. Un sentiment de meilleure utilisation de leur temps libre pourrait faire changer certaines adolescentes.

La famille, les parents

Les freins : les parents ont parfois des croyances erronées notamment en matière d'équilibre alimentaire. L'attitude des parents soutenir leurs enfants n'est pas toujours adaptée. L'absence d'implication de toute la famille dans les changements alimentaires et sportifs est vécue comme un frein à changer par les adolescents.

Les leviers : l'attitude uniforme des parents avec tous les enfants de la famille, l'importance des repas conviviaux, les sorties hebdomadaires en famille sont autant de points positifs relevés par les adolescents.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les pairs

Les freins et les difficultés : les adolescents rapportent des comportements stigmatisants de leurs pairs qui peuvent entrainer une peur du regard des autres, un manque de confiance en soi.

Les leviers : les adolescents rapportent aussi des attitudes positives de leurs pairs qui les soutiennent dans leur problème de poids.

Le sport scolaire

Les freins : le sport à l'école n'est pas toujours adapté et certaines situations peuvent donner lieu à une gêne des adolescents.

Les leviers : l'encouragement des professeurs d'activité physique est vécu comme quelque chose de positif.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

C. PRESENTATION DES INFIRMIERS SCOLAIRES

L'IDE 1 travaille en collège, mais aussi en école primaire où elle pratique du dépistage notamment du surpoids. Les problématiques qui ressortent lorsqu'elle décrit ce qu'évoque pour elle l'obésité de l'adolescent sont : une **difficulté pour elle à en parler** et une **souffrance** des adolescents.

L'IDE 2 exerce en lycée professionnel et général. Les mots clés qui ressortent de son ressenti sur l'obésité des adolescents sont : **stigmatisation** et **double souffrance** des adolescents. Elle souligne aussi sa **difficulté à aborder le sujet.**

L'IDE 3 travaille en cité scolaire avec des jeunes de collège et lycée. Sur la question de sa représentation de l'obésité des adolescents, il évoque plusieurs notions : le **harcèlement**, **l'image de soi** et **une souffrance qui n'est pas systématique mais liée au renvoi par les pairs de leur image corporelle.**

L'IDE 4 travaille exclusivement en collège. Elle exprime un **sentiment d'impuissance** à susciter un changement de comportement effectif chez ces adolescents en difficulté.

L'IDE 5 travaille dans le même établissement que l'IDE 3. Elle précise qu'elle voit des adolescents de 11 à 20 ans. A la question qu'évoque pour vous l'obésité des adolescents, elle répond avec trois notions clés : une **mauvaise estime de soi**, un **contexte familial compliqué** et une **difficulté d'adhésion des jeunes dans la durée**.

L'IDE 6 est infirmière en lycée et accueille des jeunes de 14 à plus de 20 ans. L'obésité de l'adolescent lui évoque en premier les **conséquences sur la santé à l'âge adulte**. Elle parle aussi de sa **difficulté à aborder le sujet du poids.**

D. ANALYSE DES ENTRETIENS DES INFIRMIERS SCOLAIRES

1. VECU DE L'ADOLESCENT EN SURPOIDS SELON LES INFIRMIERS

a. L'adolescence en elle-même : une période difficile

L'adolescence est une période compliquée avec l'appropriation d'un corps qui se transforme.

***IDE 2** : (…) déjà le corps au niveau de l'adolescence, c'est en train de de, c'est en pleine mutation et là, encore plus avoir à gérer une surcharge pondérale, c'est, c'est quelque chose de, de dur pour eux.*

b. Un vécu du surpoids difficile

i. Souffrance

***IDE 1** : (…) une souffrance aussi pour eux par rapport à tout ce qui peut, ce qu'ils peuvent vivre de péjoratif par rapport à leur surpoids.*

***IDE 2** : (…) Donc je pense qu'il y a une double souffrance, si on peut parler de souffrance mais alors je pense qu'elle se, elle est double.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ii. Stigmatisation

***IDE 1** : Et puis c'est quelque chose qui est quand même très discriminatoire dans les cours d'écoles*

***IDE 2** : Je veux dire, c'est quelque chose qui va facilement stigmatiser.*

***IDE 3** : (…) quand on voit qu'on les, qu'on les stigmatise par rapport à, je te prends pas dans mon équipe, t'es trop gros etcétéra, donc, on les intègre beaucoup moins et là, je pense que, là commence la souffrance quoi finalement.*

iii. Harcèlement

***IDE 3** : (…) Euh, donc euh, ça me renvoie à, du harcèlement déjà, une problématique de harcèlement, subir.*

c. Mais pas toujours une souffrance

L'adolescent n'a pas toujours conscience de son surpoids.

***IDE 3** : (…) Euh, pas nécessairement de la souffrance, tant qu'on n'est pas victime finalement du renvoi de l'image de l'autre à cet âge-là, des fois ils le vivent bien le surpoids.*

Parfois, l'adolescent a conscience de son surpoids, mais ne le vit pas comme un problème.

***IDE 5** : (…) Alors, pas forcément souffrance, je rejoins un peu Laurent-là, entre guillemets, bon c'est un peu caricatural, y'a le bon gros quoi, qui assume, qui est, qui, qui se fait accepter autrement.*

d. Un vécu lié à l'attitude des pairs

Le regard des pairs est très important à cet âge-là. Ils souffrent souvent de critiques et de moqueries de la part de leurs camarades.

***IDE 3** : (…) Mais surtout les autres, comment ils perçoivent le surpoids en fait, parce que, avec les raccourcis qu'on peut y mettre, hein, verbal ou fin, bouboule, etcétéra, donc ça je pense que ça peut amener à une réelle souffrance en fait.*

2. ABORDER LE SURPOIDS AVEC L'ADOLESCENT ET PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE

Parler du surpoids avec les adolescents fait partie du rôle des infirmiers scolaires :

***IDE 3** : (…) Et donc quand on a l'opportunité de pouvoir l'aborder comme je vous ai dit de façon plutôt souple et non pas frontale, et ben on le fait bien évidemment quoi, moi enfin…*

a. Réserves émises à l'abord du sujet du surpoids par les infirmiers scolaires

i. Pas de convocation par les infirmiers

***IDE 1** : Moi per… enfin personnellement, moi enfin je, j'appel…pas, enfin je convoquerais pas un enfant que j'ai vu parce qu'il était en surpoids pour aborder le sujet du poids.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***IDE 4** : Moi c'est jamais frontal aussi, je convoquerais pas des gamins pour leur dire…*

ii. Pas un sujet prioritaire

***IDE 6** : (…) Mais tout dépend du contexte, maintenant quand j'ai vraiment un élève obèse et qu'il vient pour autre chose, c'est pas la première chose que je vais gérer, ça c'est sûr.*

iii. Pas d'abord spontané par l'infirmier

***IDE 6** : (…) Mais spontanément, j'irai pas euh, en voyant un élève en surpoids ou en obésité, lui poser une question sur son poids et sur ce qu'il a fait avant ou sur ce qu'il compte faire, je, c'est pas comme ça que je, je le sens.*

- Sauf si critères de gravité

***IDE 3** : Après, après, franchement, s'il y a une obésité morbide, si vraiment on a un gamin qui a un double menton, qui est vraiment le petit obèse, vraiment bien marqué, euh enfin moi il m'est arrivé d'en convoquer et puis de voir qu'est-ce qui se passait et s'il y avait…(…) Oui, oui, dans-lequel on est vraiment dans le pathologique et euh…*

iv. Etre persévérant

***IDE 1** : S'il est en demande de quoi que ce soit, c'est-à-dire qu'il passe à l'infirmerie, voilà, après moi j'attends, j'attends de voir si, c'est pas quelque chose que je…sur-lequel je me pose en premier, je veux dire euh en principe quand ils viennent à l'infirmerie, le plus souvent j'ai mal au ventre, mal à la tête bon, c'est pas la première fois (…) les premières fois, hein, euh bon moi là j'ai en tête un jeune ça fait deux ans au moins, effectivement c'est un jeune que je vois plusieurs fois mais, j'ai jamais abordé ce problème de surpoids donc euh bon, il a réussi à en parler un petit peu.*

***IDE 2** : (…) on maintient un lien, on essaye de, de, moi je me dis y'a du temps. Elle est encore en seconde donc peut-être qu'on va arriver à faire quelque chose avec elle.*

***IDE 5** : (…) Nous, enfin, selon le cadre où on travaille, c'est peut-être plus à un moment donné de travailler sur le temps pour arriver à ce qu'on ait une prise en charge derrière.*

v. Très peu abordé spontanément par l'adolescent

***IDE 5** : (…) bon moi j'ai, moi franchement ça fait 15 ans maintenant que je travaille à Fabre, j'ai rarement eu un gamin qui est venu me voir, en disant je veux maigrir, je suis pas bien.*

***IDE 2** : (…) ils vont pas vouloir peut-être le dire (…), voir même demander de l'aide.*

***IDE 1** : (…) c'est rarement à part que c'est lui qui vienne le poser ou qu'il y a eu quelque chose dans la cour, bon, voilà.*

- Parfois, après mise en confiance

***IDE 6** : (…) pour revenir à l'exemple que je citais avant qu'on commence euh moi j'ai deux garçons qui étaient en seconde, qui, qui passaient de longue à l'infirmerie mais pour, pour rien, rien et puis je voyais bien qu'ils tournaient en rond et qu'y a un truc qui allait sortir, ça leur a pris trois ou quatre fois et puis à la*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

quatrième fois, une fois qu'ils ont bien testé, voir qui ils avaient en face d'eux, ils m'ont dit, bon on a envie de vous parler d'un problème qu'on a. Et là, c'est eux qui m'ont posé le problème de on est pas bien, on se sent mal dans notre corps. Qu'est-ce qu'on fait ? Et…(…)

b. Un abord difficile pour les infirmiers

***IDE 1** : (…) Alors déjà, une difficulté pour moi à en parler, aux jeunes.*

***IDE 5** : (…) Euh, après, difficultés pour en parler, oui, euh toujours.*

i. Peurs :

- <u>De blesser l'adolescent</u>

***IDE 1** : (…) je pense qu'il y a souvent une douleur derrière et que d'y aller, enfin voilà, arriver à pouvoir aborder ce sujet sans blesser la personne en face aussi.*

- <u>De le stigmatiser</u>

***IDE 3** : (…) Le danger, c'est de le stigmatiser là-dessus.*

***IDE 1** : (…) Qui à mon avis a déjà été pointé, d'une façon ou d'une autre, soit par les moqueries, soit parce que des parents ont dit, ben, t'es un peu trop gros euh soit parce que un médecin traitant aura dit, tu dois faire attention parce que ça c'est le truc systématique je veux dire.*

- <u>De le braquer</u>

***IDE 2** : (…) Et euh, une difficulté aussi d'en parler, d'amener le sujet, c'est toujours un peu compliqué, parce que, on sait qu'ils vont tout de suite être un petit peu sur la défensive.*

ii. Difficultés

Les infirmiers ne savent pas comment aider les adolescents.

***IDE 2** : Ben moi je peux vous expliquer le, ce que j'arrive pas à dire plutôt, dans le cas concret de cette élève, cette jeune fille, j'ai quand même du mal quoi (…) Ben j'arrive pas. J'ai essayé de parler avec elle, d'essayer de (…) Alors qu'est-ce que, qu'est-ce que, qu'est-ce que je peux lui dire (…) ?*

iii. Freins

Les difficultés sont liées en partie au public adolescent qui est difficile à intéresser :

***IDE 6** : Les adolescents c'est un public difficile à capter quel que soit le sujet, quel que soit le l'objectif, quel que soit le projet.*

De plus, la mauvaise estime de soi rend difficile l'adhésion à une prise en charge.

***IDE 6** : Donc c'est pour ça que c'est compliqué aussi. Euh, parce que pour eux, même si, alors s'ils sont pas bien dans leur peau, ça leur demande une énergie colossale de s'investir dans un programme.*

Par ailleurs, les adolescents n'ont pas toujours conscience que le surpoids est une maladie.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***IDE 6** : Euh, si finalement, ils le vivent pas trop mal, ils ont autre chose à faire parce que ce qui est important c'est leur vie d'adolescent et de groupe.*

c. Précautions prises par les infirmiers

i. Un discours adapté en fonction des réactions de l'enfant

***IDE 5** : (…) et effectivement bon, là ça a été plus compliqué parce que je l'ai sentie plus sur la défensive et j'suis pas allée franco mais je l'ai sentie beaucoup plus sur la défensive donc c'est vrai que oui, c'est rarement euh…on essaye quand même d'y aller de façon euh (…)*

ii. Abord précautionneux

***IDE 3** : (…) l'aborder comme je vous ai dit de façon plutôt souple et non pas frontale*

iii. Réflexion sur les précautions prises : bonne ou mauvaise attitude ?

***IDE 5** : (…) alors après est-ce qu'on a raison ou pas, c'est une question qu'on peut se poser, voyez ça m'évoque un truc, ça n'a rien à voir hein ce que je vais vous dire. Pendant longtemps, on parlait pas suicide avec les adolescents, parce qu'on avait peur quand on prononçait le mot…bon, on a eu des formations là-dessus et maintenant ça fait plus de dix ans qu'il y a des formations autour de la prévention du suicide et on s'est rendu compte que finalement de poser la chose ça permettait à la personne de baisser la dose de…et de pouvoir en parler. Est-ce qu'on a raison de le faire ou de pas le faire, peut-être que c'est une question à se poser.*

iv. Mais ne pas avoir peur des mots

***IDE 3** : (…) Mais il faut quand même à un moment donné, il faut appeler un chat un chat, il y a réellement une problématique (…)*

d. Quel est le bon moment pour aborder le problème du poids ?

Il faut arriver à saisir le bon moment :

***IDE 5** : (…) et moi j'aurais tendance un peu à dire, ça me fait penser, on parle de motivation, certes là, c'est un peu comme le fumeur quoi, tant que leur motivation est pas là, tant que y'a pas le déclic, c'est compliqué de, d'arriver à faire quelque chose. Donc euh, voilà, je pense qu'il y a des choses à faire, euh, et qu'il faut saisir le bon moment peut-être.*

Le bon moment est quand on pense que ça va être efficace car, pour les infirmiers, il ne s'agit pas uniquement de parler à l'adolescent de son poids, il s'agit de trouver des solutions pour son poids :

***IDE 1** : Aller lui dire quelque chose…*

***IDE 6** : Juste pour lui dire, ça n'a pas d'intérêt.*

Mais, à quels moments cela va être efficace ?

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

i. Quand l'enfant exprime une souffrance

***IDE 5** : Quand il craque. (…) Non, pas forcément, quand il craque pour euh x raisons. D'ailleurs c'est souvent là, et c'est la différence avec le secteur où (désigne l'IDE 1) ma collègue les voit de façon très ponctuelle, nous on les, on les a au quotidien. Et très souvent que ce soit pour, alors pas spécifiquement pour ça, mais à quel moment on va pouvoir euh euh rentrer dans le problème et essayer de euh d'en parler et de mettre quelque chose en place, quand il craque. Ça peut-être une une, une mauvaise euh, une dispute avec euh les copains, ça peut-être une rupture amoureuse, ça peut-être le prof qui a fait une réflexion. Bon, moi je dirais quand il craque, voilà, en résumé.*

***IDE 4** : Je pense que c'est oui, quand il craque*

***IDE 3** : Mais l'avantage c'est quand il craque, c'est lui qui est en demande.*

ii. Quand souci physique lié au surpoids

***IDE 4** : (…) ou quand y'a un souci physique, s'ils arrivent par exemple avec une blessure au sport, ou une blessure à répétition, à ce moment-là, on peut aborder le surpoids.*

iii. Ressenti de l'infirmier vis-à-vis du comportement de l'élève

***IDE 1** : Je pense que c'est, le bon moment c'est l'élève qui…(…) Enfin, on sait que, qu'on peut y aller (…) Il donne des signes hein.*

***IDE 6** : C'est lui qui te le donne. (…) C'est lui qui te le donne.*

iv. Quand l'élève a une demande

***IDE 6** : Non mais on pourrait en parler à tout moment mais le moment où on sent qu'on va être efficient…(…) C'est quand l'élève a une demande.*

v. Personnalisé

***IDE 6** : J'allais dire en plus euh voilà, comment on l'aborde, ça dépend de l'élève, y'en a c'est quand ils craquent, y'en a c'est quand ils se font mal, y'en a…*

e. Solutions employées par les infirmiers pour amorcer la discussion

i. Parler des conséquences de l'obésité

***IDE 6** : (…) Moi obésité de l'adolescent, je pense tout de suite pathologies du futur adulte et c'est souvent ce que j'utilise comme porte d'entrée pour en parler avec eux, c'est les perspectives après.*

ii. De manière indirecte

- <u>Motif ayant un lien avec le poids</u>

***IDE 6** : (…) je disais avant que vous arriviez, quand y'a un problème physique qui me permet de m'appuyer là-dessus ça voilà, ça entraîne ça, on peut essayer de faire ça.*

***IDE 3** : (…) qu'à un moment donné bon il s'est fait mal, la cheville, à un moment donné, ben voilà, on va discuter. Puis à un moment donné ben, on peut aborder le poids parce que bon le poids se répartit sur ta cheville quand même, on peut à un moment l'approcher de façon détournée (…) et soit de façon détournée, il*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

vient pour des problématiques diversif… hein diverses et on l'aborde quoi, on lui dit par contre il va falloir que tu gères un petit peu ce poids là il me semble. Euh, ça, ça enfin, on peut l'aborder de façon enfin calme et puis ça, ça passe.

- Motifs liés au sport

***IDE 5** : Après euh, provo…provoquer une discussion, oui. Après ça va, ça peut-être à travers un jeune qui demande des dispenses de sport ponctuelles euh, un incident qui s'est passé en sport, moi c'est le, le petit dont je vous parlais tout à l'heure bon c'est parti effectivement de, de, le prof me l'a envoyé parce qu'il pleurait en cours de sport donc euh je suis partie de là hein pour à un moment donné effectivement arriver au problème de poids qui est, qui a été assez facile à aborder euh avec lui.*

***IDE 6** : (…) quand on a effectivement des dispenses de sport, ou des problèmes de…autres et qui viennent régulièrement pour des problèmes (…)*

- Motifs liés à l'image corporelle

***IDE 5** : (…) Euh après, j'ai une, une jeune lycéenne euh alors c'est une ima…on est parties à partir du corps et de l'image corporelle*

iii. Au détour d'une conversation

***IDE 2** : (…) ou alors c'est au-delà, au détour de la conversation*

***IDE 5** : (…) Alors, c'est arrivé, quelquefois dans des conversations avec des, bon peut-être particulièrement avec des filles autour du corps hein (…) disons que c'est souvent à travers, euh, à travers, euh au cours d'un entretien que à un moment donné, on va peut-être aborder le, le problème du poids, qui rentre dans une mauvaise estime de soi.*

iv. Discussion autour de l'équilibre alimentaire

***IDE 2** : (…) ou généralement, mais ça je le fais avec tous, on discute un peu euh, qu'est-ce que, qu'est-ce qu'ils mangent le matin, euh qu'est-ce qu'ils déjeunent ou des trucs comme ça quoi.*

v. Techniques de communication

- Adopter un discours positif

***IDE 3** : Mais le problème c'est que très souvent, on assimile l'alimentation et surpoids à, et régime à une sanction en fait, et euh, donc là, le gamin il va être puni, donc en gros, il va falloir qu'il se prive de, qu'il se prive de…(…) Donc euh à un moment donné, je pense qu'il faut plutôt l'aborder sur le côté alimentation et santé quoi… (…) A un moment donné, c'est on va plutôt manger bien, manger mieux pour être en forme, être en bonne santé. Tu vas avoir de meilleurs résultats aux examens parce que tu vas mieux mémoriser etcétéra, etcétéra. Tu as plus d'énergie et, et ils vont se renarciciser en fait ils vont, ils vont se réapproprier, essayer de, de travailler plus sur leur corps etcétéra, ils parlent pas de la dynamique, je vais perdre mon gras…je vais plutôt essayer d'être, d'être mieux avec moi et puis mieux dans ma peau quoi et donc on, par ce biais-là ils peuvent, ils peuvent à un moment donné euh trouver un meill…, meilleure motivation, un meilleur moteur*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

plutôt que de se dire ah ben non, ça je peux plus. (…) Je pourrais plus, je pourrais plus et non pas je vais enlever quoi.

***IDE 5** : C'est manger autrement.*

- Ne pas imposer un changement

***IDE 3** : (…) Euh parce qu'il m'a dit moi toute ma vie, on m'a renvoyé qu'il fallait que je fasse des régimes, j'ai fait tous les régimes, j'ai fait toujours. C'est un gars qui doit avoir cinquante balais. Euh j'ai fait ci, j'ai fait ça, j'ai fait ça, et puis moi je suis bien avec mon poids, je suis bien comme je suis gros enfin, voilà, ça montre que quand même à un moment donné, il s'agit pas de renvoyer à la personne qu'elle est grosse, ce qu'il faut qu'elle fasse quoi. D'autant plus que souvent ils en font quoi. Donc à un moment donné ça montre que y'a, y'a quelque chose qui se joue en fait, y'a quelque chose qui se joue de façon beaucoup plus profonde qui soit d'ordre métabolique, euh familial euh qui se, qui se joue euh psychologique.*

- Adapter son discours

***IDE 6** : (…) Et on en parle pas de la même façon si c'est parce qu'il a pas mangé depuis trois repas, ou si c'est parce que il craque complètement et qu'il est en larmes parce qu'il est mal dans sa peau, c'est pas la même chose.*

vi. Outils qui suscitent la discussion

- La pyramide alimentaire

***IDE 6** : (…) On a reçu dans les établissements une petite pyramide euh alimentaire, en forme de pyramide. Du jour où j'ai posé ça sur mon bureau, les élèves se sont mis à me poser des questions sur l'alimentation. (…) Ils prennent la pyramide, ils la tournent pendant qu'on discute, et après ils me posent des questions sur l'alimentation. On a réglé le problème du mal de tête ou de je ne sais quoi, ils posent des questions là-dessus. Et c'est, c'est souvent parti de là, y compris les élèves en surpoids, voire en obésité euh qui m'ont dit mais madame, c'est bien ça ? Ils regardent un truc, ils comprennent, ils comprennent pas, ils posent des questions et du coup on enclenche sur les conseils alimentaires.*

- La tablette numérique

***IDE 3** : Alors nous, nous ce qu'on fait voilà, enfin, ce qu'on fait, là c'est que cette année on a mis en place une petite tablette numérique en fait qui est sur euh, devant, là au bureau donc euh justement ça permet de mieux, de communiquer sur les, les problématiques de santé ou sur la vie de l'infirmerie et autre. Et donc euh bon, moi j'ai fait un petit, un petit diaporama euh qui explique la démarche, la démarche et la chronologie de ce qui se passe euh sur les évaluations de sixième donc euh on voit un peu toute la chronologie, c'est imagé on va dire, c'est photo hein, puisque je mets les photos des gamins lors des repas et que chaque classe donc, ils se voient, ils voient qu'est-ce qu'ils ont mangé, qu'est-ce que c'est le quinoa, le poulet bio, le machin, le saumon etcétéra. Donc ils se ils se voient déjà donc y'a un intérêt, de suite ça…donc euh ça peut ça peut amener la discussion sur différentes, différentes approches en fait.*

- Autres outils : prospectus, affiches

***IDE 2** : Ben, y'a des, des prospectus, j'ai une affiche aussi. (…) Oui, ça tourne pas mal.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

f. Solution envisagée par les infirmiers

i. Ateliers de communication avec les adolescents

***IDE 5** : (…) Peut-être qu'il faudrait qu'on ait des préventions, comment…un entretien avec des adolescents…*

3. *ABORDER LE SURPOIDS AVEC LES PARENTS*

a. Comment l'aborder ?

i. Par téléphone

***IDE 5** : (…) Moi les parents, le premier contact en général, il est téléphonique.*

***IDE 4** : C'est contact téléphonique aussi (…)*

***IDE 1** : (…) donc là, c'est vrai que, une fois qu'on a abordé le sujet avec le jeune, là je contacte la famille ou bon j'essaye qu'ils passent me voir, ou bon on en parle par téléphone.*

- Avantages perçus par les infirmiers du contact téléphonique

La discussion téléphonique avec les parents permet, contrairement à une transmission écrite, d'adapter le discours à la réaction des parents afin de mieux faire passer le message.

***IDE 3** : C'est pour ça qu'il vaut mieux téléphoner. (…) Au téléphone, on peut avoir un écho de suite et à un moment donné là, euh là…(…) Donc simplement expliquer simplement sur le dépistage tu vois qu'il y avait une petite surcharge etcétéra, qu'est-ce que, qu'est-ce qui se passe, est-ce-que vous avez eu un conseil. On peut l'approcher et voir l'écho et on peut agir en feed-back en fait et ajuster son discours en fait. Plutôt que…*

ii. L'avis infirmier

- Description

***IDE 5** : Alors nous on a un système aussi de, on appelle ça des avis infirmiers hein, euh c'est-à-dire que c'est un des, des documents tout, tout prêts là. (…) Ouais. Donc euh ou, qui est adressée à la famille où on conseille au vu d'un bilan qu'on a, qu'on a fait, un conseil donc une consultation médicale et en général y'a la réponse du médecin. Cet avis doit nous être retourné par l'intermédiaire de la famille.*

- Limites

Mais l'avis infirmier est décrié :

***IDE 4** : (…) parce que le système d'avis c'est fait un peu, je trouve que ça fait un peu violent comme euh…(…) Oui, on peut mettre qu'on a fait tel test, votre enfant à tel, tel œil a ça, voilà. Euh, mettre dessus problème de poids euh non, moi je me vois pas marquer ça sur un avis quoi.*

iii. Au cours d'un rendez-vous

***IDE 5** : Donc moi en général c'est contact téléphonique et si je sens qu'il y a besoin d'aller plus loin, je donne rendez-vous à la famille.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***IDE 1** : (…) ou bon j'essaye qu'ils passent me voir*

***IDE 2** : La maman. Et c'est vrai que, bon je reviens encore sur elle, mais bon, excusez-moi, hein, euh, ce que je compte faire par exemple, enfin ce que je pensais faire à peu près à la rentrée, c'est les voir ensemble, peut-être voir la mère aussi, parce que c'est vrai que quand on voit les parents, hein, quand on les voit de visu, qu'on discute, on apprend énormément, énormément.*

iv. Discussion à la sortie de l'école

***IDE 6** : Mais les vrais obèses, euh, y'en a un qui était suivi par le médecin, j'en avais un à 6 ans qui faisait 71 kilos donc euh, j'ai rencontré la maman à la sortie de l'école en fait.*

b. Un contact des parents non systématique

- Avec l'accord de l'adolescent

***IDE 2** : S'ils sont mineurs, moi déjà je leur demande s'ils veulent bien que j'appelle leurs parents. J'appelle pas leurs parents sans leur, sans leur avoir demandé. (…) Moi je travaille comme ça. Si j'ai vraiment besoin d'appeler les parents, à moins que ce soit quelque chose de très, très important, là je leur dis, il va falloir que j'appelle tes parents, tu, voilà, ils sont devant, ils sont devant. Mais sinon je leur demande si tu, est-ce que je peux appeler tes parents ? Qu'est-ce que tu en penses ? Et quelquefois ils veulent pas.*

***IDE 4** : Oui, c'est toujours, c'est toujours avec leur accord. (…) Oui, si l'enfant est pas en accord, moi j'appelle pas les parents.*

- Si pas de notion de prise en charge

***IDE 3** : Non, ça dépend vraiment de l'écho qu'on a eu avec le, avec le gamin. Si le gamin il me dit, il me dit qu'il y a eu des choses qui ont été déjà faites, que ses parents en ont conscience etcétéra, qu'il y a déjà une prise en charge. (…) Non, en fonction du retour que l'on a, si on a un gamin qui nous dit que oui, ça fait des années, je sais. Bon, apparemment sa maman gère, gère le problème, euh elle s'en occupe, dans un premier temps on va pas systématiquement, systématiquement appeler les parents.*

- Si l'adolescent est en demande

***IDE 1** : Et oui. Moi j'en parle aux parents quand l'enfant, quand l'enfant pense, enfin, a envie qu'il y ait quelque chose qui change. C'est-à-dire qu'il est prêt à entendre qu'effectivement il y a vraiment quelque chose à faire.*

***IDE 3** : (…) Par contre, si on voit qu'il y a quelque chose qui accroche, qu'on voit que le gamin est un peu en demande, que y'a de la curiosité, y'a des choses qui interpellent, ben, oui. Si on, si on y voit un intérêt en fait, autrement, systématiquement non, on peut pas dire qu'on fait systématiquement un appel aux parents, quoi.*

***IDE 5** : Euh, la place des parents, pas systématique, sauf s'il y a, je sens une demande (…)*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

c. Difficultés

i. Parents non réceptifs

***IDE 2** : Justement, ouais mais là, justement c'était, par rapport à cette fille aussi, apparemment elle aurait un problème au cœur mais on sait pas, quand j'avais discuté avec sa mère, elle avait pas très, très, je pense même, je sais pas réellement si elle en a un réellement. Mais moi dans ce cas de figure, on sent vraiment que…je sais pas moi, quoi leur dire parce que ils, ils s'en rendent pas vraiment compte que, effectivement il faut faire quelque chose pour elle (…) Mais quand c'est euh par rapport à cette jeune fille, où j'ai contacté sa maman, là j'avais contacté sa mère devant, devant, et c'est vrai que ça avait été compliqué quoi. On aurait dit qu'elle euh, qu'elle entendait pas ce que je lui disais.*

ii. Une autonomisation de l'adolescent nécessaire

L'adolescent, pour changer de comportement, doit progressivement selon les infirmiers, se détacher des croyances familiales et s'autonomiser.

***IDE 2** : Moi c'est ce que j'essaye de faire, et c'est vrai qu'on sent que par rapport à ça qu'il y a, que ça demande quand même une remise en question énorme par rapport à…c'est d'être aussi, là peut-être que je m'éloigne de la, la question, mais je pense qu'ils doivent se remettre pas mal en question par rapport à leurs familles.*

***IDE 4** : (…) Mais ça reste très marginal, c'est vraiment à partir de 15, 16 ans, on a une relation directe avec eux et ce que je disais tout à l'heure c'est qu'aussi, à partir de cet âge-là, ils sont capables de se nourrir eux-mêmes euh et d'arrêter d'aller s'acheter des sandwiches à midi, de se faire à manger et en tout cas, moi les quelques-uns qui se sont pris en main et qui ont eu le déclic, euh, quand je leur demande comment ils ont fait pour perdre leurs 20 kilos, c'est parce que, ils disent, c'est moi qui me fais à manger.*

iii. Manque de temps

***IDE 1** : Parce que dans les écoles c'est très difficile parce que d'avoir, parce que vous venez, si vous voulez, vous venez, vous passez un temps, après vous repartez dans une autre école. Donc d'avoir le contact avec les parents, aller chercher le numéro de téléphone. Pendant ce temps, en partie ils sont en classe, c'est très compliqué.*

d. Peurs

i. De la réaction des parents : peur de la mauvaise interprétation d'un message écrit

Les infirmiers ont peur d'une mauvaise interprétation de leur message écrit par les parents qui pourraient se sentir remis en cause dans leur mode éducatif.

***IDE 1** : Oui, on est toujours, on est toujours là. Par contre sur le primaire, parce que ça c'était toujours mon truc, moi j'arrivais pas à faire un avis en marquant – fait mine d'écrire sur sa feuille-. Donc, en ayant parlé avec les médecins scolaires, en disant bon ben voilà, moi j'arrive pas, j'y arrive pas et pourtant il*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

faut que, que j'y arrive. Voilà. Donc euh bon, en mettant le poids, la taille, l'IMC, et à côté j'ai marqué euh bon euh c'est vrai, je marque avis médical conseillé. Voilà. Point à la ligne.

***IDE 6** : Moi j'avais les mêmes difficultés qu'elle à écrire quelque chose donc j'étais contente de moi, j'avais fini par trouver une formule, j'avais marqué veiller à l'équilibre alimentaire quand il y avait du surpoids, voire de l'obésité. (…) Et j'avais marqué surveiller l'équilibre alimentaire, je trouvais ça assez neutre. Et j'ai eu une maman qui m'a appelée, furieuse, non, qui m'a écrit en rouge et puis après on s'est parlé au téléphone, mais, furieuse parce que son enfant était déjà suivi, il avait vu un endocrino, il avait fait tous les bilans et que, et que c'était pas un problème d'alimentation. Euh donc c'est, c'est toujours délicat, et donc là, ça m'a refroidie et je me suis dit qu'est-ce qu'on…qu'est-ce qu'on marque, qu'est-ce qu'on marque pas…*

***IDE 3** : Elle devait se sentir remise en cause la maman et se dire non mais attendez qu'est-ce que…on me dit que je donne à manger de la merde à mes enfants tout simplement, que je cuisine très mal et qu'en fait je nuis à mes enfants par rapport à mon mode d'alimentation. Alors que si simplement on peut l'avoir au téléphone, et c'est pas du tout ce qu'elle a voulu dire.*

ii. D'être intrusif

Les infirmiers ont peur que les parents vivent leur implication dans le problème de poids de leur enfant comme quelque chose d'intrusif.

***IDE 3** : Y'a un problème, y'a une problématique telle, il faut quand même et je pense pour tout le monde, mais moi ce que je ressens c'est quand même à un moment donné aussi, on est infirmiers scolaires, donc à un moment donné, euh se mettre en lien et conseiller pour la famille entre guillemets, on est un peu intrusifs parfois…(…) De quoi il se mêle. (…)Et très sincèrement moi qui ai jamais fréquenté une infirmerie de ma jeunesse. (…) Je me demande ce que mes parents auraient compris qu'une infirmière appelle à un moment donné et me dise euh votre fils il devrait faire ci, il devrait faire ça ou euh, même si c'est abordé de façon diplomatique.*

iii. De perdre la relation de confiance établie avec l'adolescent

***IDE 3** : Oui. Un truc qui est très, très important c'est quand même d'entretenir une relation de confiance avec les enfants quoi. C'est-à-dire qu'à un moment donné, il faut aussi le faire en coopération avec le gamin, quoi. Si le gamin adhère, on lui dit qu'est-ce que t'en penses, on va peut-être en parler à…Parce qu'ils nous le disent hein, oh oui c'est bien que vous appeliez maman parce que…Ou ils disent, non, n'en parlez pas parce qu'à chaque fois…*

***IDE 2** : La confiance.*

e. Réaction des parents

i. Réaction positive

En fait le message est souvent bien perçu, contrairement aux peurs des infirmiers.

Les infirmiers sont confrontés à des parents soit impuissants face au problème de poids de leur enfant :

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***IDE 4** : Ben souvent ils sont pas étonnés de ce qu'on leur annonce hein, mais ils sont aussi impuissants face à la problématique hein.*

Ils sont aussi confrontés à des parents heureux de trouver une ressource professionnelle prête à les aider :

***IDE 1** : Moi je trouve que bon les familles avec qui j'ai eu l'occasion de parler, au collège, hein, si on se resitue dans l'âge…Euh, non, la maman était très contente de, qu'on puisse poser les choses parce que ben voilà, la réponse du médecin généraliste c'était euh…(…) Fais attention.*

ii. Réaction négative

Les parents sont indispensables à l'adhésion à une prise en charge des adolescents en surpoids (soutien moral et matériel), mais se révèlent parfois être des freins à cette prise en charge.

***IDE 5** : (…) j'ai un enfant qui a un problème d'obésité et, qui est tout à fait partant pour participer à ces ateliers, j'ai pu en parler très facilement avec lui, il m'a donné tout de suite, non seulement son accord, mais je sens qu'il est partant, mais par contre, bon ben, derrière il y a une problématique familiale telle que ça bloque, et que pour le moment, je vais pas aller plus loin parce que je sens que je peux pas.*

4. UNE MALADIE COMPLEXE

a. Une maladie qui apparait aux yeux de tous

***IDE 1** : (…) très discriminatoire dans les cours d'écoles.*

***IDE 2** : (…) l'obésité pour moi, c'est une, pour moi c'est un jeune qui est en surcharge pondérale et c'est vrai que par rapport au reste des, des, des jeunes dans le lycée (en faisant un geste en arrondi avec ses deux mains) c'est vrai que je rejoins comme F. (l'IDE 1), c'est que c'est quelque chose qui se voit de suite.*

b. Mais qui cache une problématique globale et complexe

En effet, derrière, se cachent de nombreux problèmes :

***IDE 3** : Ça c'est la partie visible de l'iceberg (…) Et puis, euh, et puis c'est une problématique d'image de soi, et de globalité en fait.*

***IDE 5** : (…) Mais euh, j'aborderai, enfin, le problème du poids il est souvent abordé dans quelque chose de plus global, parce qu'on a quand même beaucoup de, de jeunes qui passent dans nos infirmeries et qui ont des problèmes psychologiques et des problématiques familiales derrière. (…) Donc c'est ça, je crois qu'il y a ça aussi que sur certains, alors pas tous, mais sur certaines euh situations, on a bien d'autres choses encore derrière. Du coup le problème de poids c'est ça, (montre l'IDE 3 du doigt) la partie visible.*

***IDE 6** : Non, parce que c'est souvent juste un élément de sa personnalité. (…) Euh et la difficulté elle est que le poids de l'enfant il est lié à plein de facteurs autres. (…) ce qui manque c'est que pour moi l'obésité, c'est pas juste un facteur alimentaire, c'est qu'il y a autre chose, des facteurs euh biologiques donc euh, nous on a juste l'aspect de l'adolescent, on n'a pas la vision complète de euh, de son état de santé euh de*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

tout ça, et de ce qu'on peut lui demander parce que c'est pas le tout de se mettre à la salade, s'il a un problème d'hormones donc euh, c'est pour ça que c'est compliqué.

i. Souvent un contexte familial difficile

***IDE 3** : Et de de toutes problématiques hein familiales je veux dire hein, sociale, financière et autres et le et la problématique de poids ça leur passe vraiment bien au-dessus.*

***IDE 5** : (…) euh problèmes familiaux plus larges, euh souvent contexte familial compliqué aussi, derrière. (…) Parce que je pense que quand même derrière les problèmes de poids, il y a parfois de très grosses problématiques de famille. (…) Qui vont faire que les parents ils vont freiner euh, ils vont freiner voilà.*

ii. Une prise en charge multidisciplinaire

***IDE 3** : (…) Après, c'est comme on l'a, on l'a énoncé, c'est multifactoriel la prise en charge et euh…et euh… c'est pas que nous, infirmiers, je dirais notre rôle finalement il est relativement restreint par rapport à ce qui est multifonction mais par contre on a notre rôle.*

5. *ROLES DES INFIRMIERS SCOLAIRES DANS LA PROBLEMATIQUE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE DES ADOLESCENTS*

a. Vécu de leur rôle

Les infirmiers se sentent en difficulté vis-à-vis de leurs actions pour prendre en charge le surpoids chez les adolescents.

***IDE 5** : (…) donc, moi j'avoue que mon rôle, je me sens très (en appuyant sur chaque syllabe du mot) inefficace, euh sur ce plan là*

***IDE 4** : (…) Euh, moi ce qui me pose un peu plus de soucis (…) c'est comment faire pour les aider (…) Oui, ils sont là, oui, il faudrait faire quelque chose, mais quoi, n'on arrive pas, c'est ça qui me pose souci.*

i. Un rôle pas toujours bien connu des adolescents et des familles

***IDE 6** : Et j'en ai beaucoup qui me disent mais je savais pas qu'on pouvait vous poser ce genre de questions, je savais pas que vous saviez répondre à ça. Je dis je suis pas diététicienne, je suis pas nutritionniste mais les bases de l'alimentation équilibrée, on les a toutes quoi.*

***IDE 3** : De quoi il se mêle. Parce que des fois, c'est ils connaissent pas trop notre rôle d'infirmier scolaire, des fois ils savent même pas qu'on est là, hein, heu certains, certains parents. (…)*
(Soupirs amusés de certaines IDE.)

ii. Difficultés à faire adhérer les adolescents à une prise en charge

***IDE 4** : (…) ils sont conscients de leurs problèmes de poids, mais on n'arrive pas à trouver le petit truc qui fait qu'ils accrochent, quoi. (…) Ben ils savent ce qu'on pourrait faire, les parents sont au courant,*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

bon tout le monde dit qu'ils seraient d'accord de faire quelque chose pour que ça change, mais c'est après l'investissement, la motivation peut-être qui manquent. Pour certains on avait abordé peut-être les centres de prise en charge euh… « Oui, oui, j'suis d'accord, j'suis d'accord. ». Après, bin, ça demande une lettre de motivation du jeune, faut faire un dossier, y'a tout un dossier à faire, et c'est là où ça bloque quoi. (…) Qu'est-ce qui se passe dans la tête de, de l'enfant, des parents euh. Comment faire pour euh, pour que ça puisse aboutir ? Pour que y'ai un, un début, je sais pas.

***IDE 5** : (…) Euh, n'empêche que, je crois quand même que, c'est aussi la difficulté de faire adhérer un ado, au-delà du problème que ça peut-être l'obésité, la difficulté qu'on peut avoir à en parler, d'adhérer, d'adhérer à quelque chose sur un temps euh, assez long (…)*

b. Conseil

***IDE 6** : Moi je veux bien, parce que, je me vois d'abord comme un conseil, trouver des éléments de réponse à des questions euh, des, voilà des conseils en matière d'alimentation, d'équilibre, des choses comme ça.*

***IDE 2** : Ben, je rejoins ce que disait D. (l'IDE 6), c'est vrai que ça m'ait, c'est plus un rôle de conseil (…) Qu'est-ce que tu bois, ou alors ils boivent du coca, ils ont, enfin des fois ça sent le redbull ou des trucs comme ça quand, s'ils attendent dans la salle d'attente. Donc d'essayer de discuter là-dessus. Nous c'est vrai, enfin moi je vois, on, on peut être un rôle de, on leur donne quelques petites bribes comme ça. On laisse par exemple des, des prospectus dehors, euh sur la pyramide, on discute un peu voilà.*

c. Evaluer une situation complexe dans sa globalité

***IDE 3** : (…) là et surtout de savoir s'il y a quelque chose qui se joue derrière, un problème de, si y'a un problème pathologique ou un traitement cortisone ou autre qui peuvent générer cette problématique.*

***IDE 1** : (…) Bon, donc moi j'ai pas euh…mon, mon rôle, à proprement parler sur ce plan là, je dirais qu'il est, je le vois dans quelque chose de beaucoup plus global.*

d. Entretenir la motivation

***IDE 6** : (…) Et comme euh, une ressource pour entretenir la motivation (…) Parce que du coup, si on voit qu'il est pas assidu, on peut re-questionner avec lui : pourquoi t'y es pas allé ? Pourquoi ça a pas marché ? Pourquoi tu t'es découragé euh ?*

e. Comme élément déclencheur

***IDE 2** : (…) On doit toujours envoyer un petit peu des infos et c'est vrai qu'on peut avoir un rôle déclencheur aussi hein de…*

***IDE 3** : (…) c'est-à-dire que à un moment donné nous on peut-être à un moment donné un catalyseur.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

f. Suivi et accompagnement

***IDE 6** : (…) c'est-à-dire que quand un élève dit, j'suis pas bien, j'ai envie de changer quelque chose, on va déjà faire le point sur son alimentation, et après c'est, tu reviens aussi souvent que nécessaire ou je vais te donner des rendez-vous réguliers si tu veux te remotiver, là c'est plus dans la démarche d'un accompagnement.*

g. Sensibilisation

***IDE 2** : (…) d'esssayer de leur faire voir un peu autre chose, y'a un peu autre chose qui se passe ailleurs aussi, d'essayer de les ouvrir vers d'autres façons de voir les choses.*

h. Rôle éducatif collectif

i. Education alimentaire

***IDE 3** : Y'a quand même des approches, enfin, on a parlé des approches individuelles, mais on fait aussi les approches aussi collectives, parce qu'il quand même, on fait, moi j'interviens notamment sur toutes, dans l'intégralité des classes de sixième. Donc euh sur euh, quatre interventions par classe donc euh… (…) Dans les classes hein. Donc plus un repas qui se fait avec, intégrer le repas donc euh un plus adapté on va dire, un plus orienté mais euh voilà, donc on est sur l'alimentation dans sa globalité.*

ii. Sensibilisation sur les risques du surpoids et de l'obésité

***IDE 3** : (…) bien évidemment on est sur les conséquences en termes de surcharge pondérale et d'obésité. Donc on l'approche ça, on l'approche ça mais c'est une approche collective et pas systématisée sur le, sur l'obésité euh voilà.*

i. Dépistage

***IDE 3** : Je pense que pour les gens qui travaillent sur le secteur, pour les plus petits, il y a quand même un aspect dépistage également quoi, hein.*

***IDE 4** : Si l'enfant n'est pas suivi par un médecin (…) Qui ont contact avec la PMI, après, c'est terminé, quand il y a plus de vaccinations obligatoires, ils vont plus voir le médecin. (…) Dans ce cas-là, oui, ça peut faire partie de notre, ça fait partie de notre rôle puisqu'on est le seul référent paramédical du parcours de l'enfant.*

i. Déroulement

- <u>Remplir le carnet de santé</u>

***IDE 1** : (…) alors j'en ai eu trois, dans la même journée bon où l'IMC était un peu…Y'en a deux, j'ai pas…bon, je l'ai écrit parce que je remplis le carnet.*

- <u>Pour certains, discussion avec l'enfant</u>

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***IDE 1** : J'ai dit là…donc euh, je lui ai demandé, voilà j'ai dit, qu'est-ce que tu en penses ? (…) « Ben à la maison, on me dit que je suis gros. » D'accord. Et toi, qu'est-ce que t'en penses ? Voilà, après moi je rebondis, et tant que, je veux dire l'enfant là je l'ai senti, bon y'a quelque chose*

- Outil : les courbes du carnet de santé

***IDE 1** : (…) Alors je leur montre (se penche et fait mine de montrer les courbes sur le carnet de santé) voilà, tu vois, là, il y a les grilles, le poids, la taille et puis là, sur les carnets…(…) Donc, ça m'a permis…(en regardant l'IDE 3) mais parce que j'étais sur ça. Parce que j'avais un poids, j'avais quelque chose de concret.*

ii. Difficultés

***IDE 3** : Je pense que pour les gens qui travaillent sur le secteur, pour les plus petits, il y a quand un aspect dépistage également quoi, hein. Donc à un moment donné je pense quand tu, vous faites le poids, la taille, etcétéra, et puis vous faites même les indices de masse corporelle, bon ben y'a quand même, quand ça dépasse un peu des barrettes je dirai, quand on passe à l'orange, je pense que c'est de votre, enfin du rôle de l'infirmière quand même de mettre un petit peu les…(en regardant l'IDE 1)*

***IDE 1** : (en faisant non de la tête) Oui ça devrait, mais c'est pas toujours évident.*

- Des enfants pas toujours bien connus des infirmiers

***IDE 1** : (…) Donc là, on fait le dépistage, poids, taille et quand on se retrouve avec des IMC 25, 26, 29. Euh (elle souffle) …sauf que bon, on les connait pas véritablement. Je veux dire, moi je les connais pas tous (…)*

- Un problème multifactoriel

***IDE 6** : (…) Et euh, avoir des éléments cartésiens, comme un IMC objectif, ça suffit pas à démarrer quelque chose parce que comme tu dis, déjà, ça se voit dans la cour d'école, on n'a pas besoin de peser l'enfant, ça se voit. Euh et la difficulté elle est que le poids de l'enfant il est lié à plein de facteurs autres.*

- Pas de consensus de l'Education Nationale : initiatives individuelles

***IDE 1** : Voilà, là c'est le dépistage mais ça c'est chez les primaires, parce qu'au collège, on fait pas du dépistage, comme ça, hein (en se tournant vers ses collègues) à part si vraiment eux peuvent…*

***IDE 4** : Pour les classes de sixième, moi j'ai des collègues avec qui j'en avais discuté, toutes les classes de sixième, elles voient tous les sixièmes, et elles font dépistage, poids, taille, à l'entrée en sixième pour tous les sixièmes. Bon après, ça c'est une façon de travailler. Moi ça je le fais pas, ça. (…) Les dépistages sont faits sur le secteur par l'infirmière qui passe dans les écoles primaires. (fait un geste de la main pour montrer l'IDE 1).*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***DrAS** : C'est une initiative individuelle locale quoi, y'a pas une ligne directrice de l'Education Nationale.*

***IDE 4** : C'est très flou. C'est en fonction du médecin scolaire aussi, un peu.*

- Le médecin traitant

Pour les infirmiers, le rôle de dépistage revient plutôt au médecin traitant qui voit régulièrement l'enfant, mais celui-ci ne remplirait pas toujours son rôle.

***IDE 6** : Donc c'est là que je tique, parce que moi je me dis, le médecin il remplit la courbe de croissance, il fait les petites croix, est-ce que c'est nous, quand on vient une fois dans l'année, dans l'école et qu'on voit dans la scolarité, dans le meilleur des cas, deux fois, en primaire, dans le meilleur des cas, on est d'accord, qui avons un pouvoir d'influencer les choses ou est-ce que c'est le médecin quand il suit l'enfant régulièrement chaque année au minimum, qui, qui a le, le pouvoir d'influencer la famille qu'il connait. (L'IDE 1 hoche la tête pendant l'intervention de l'IDE 6 en signe d'agrément.)*

***IDE 1** : (…) Je leur dis et ton médecin, qu'est-ce qu'il dit ? Il dit de faire attention. (…)Ah oui, ah là…attention à quoi, attention.*

- **Difficultés de positionnement de l'infirmier par rapport au médecin**

***IDE 1** : Ça s'arrête là. Et c'est difficile de rebondir après, nous en tant qu'infirmières, parce que je reviens là, c'est passer sur un rôle qui en principe quand même est du domaine médical, nous paramédical, alors c'est toujours très…nous on est obligés de jongler quand même hein, infirmiers il faut rester bien dans notre rôle, pas trop déborder et quels…(…) Donc Mazan, et tous les petits villages aux alentours. Euh, ben, moi je sais re…euh je vois maintenant par rapport aux médecins, voilà, qui suivent les enfants, euh, ben ceux qui pèseront et mesureront systématiquement, qui mettront un IMC et là, je pense que, à partir du moment où on cherche un IMC, c'est que, on va un peu plus loin. (…)Donc, moi, en fonction des médecins qui suivent les enfants, je sais qu'il y a peut-être…(…) Alors, j'interviens, enfin, disons, mais c'est vrai que c'est toujours très embêtant.*

- **Peur de manquer de crédibilité**

***IDE 1** : (…) les parents qui l'ont pas entendu de la part des…d'un médecin, euh effectivement c'est difficile de la part d'une infirmière qu'on aille pointer un enfant…*

***IDE 4** : Euh, ça nous est difficile d'aller, nous, dire à la famille, y'a un problème de poids, alors que la famille peut nous dire…(…) Voilà, mais mon médecin, je le vois toutes les années ou deux fois par an, il m'a jamais parlé de ça. Nous, on arrive là, comme un cheveu sur la soupe, votre enfant a un problème de poids.*

- Peur de redite

***IDE 6** : Est-ce que c'est pas déjà dit, déjà fait ?*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

j. Lien avec les parents

***IDE 5** : (…) mais par contre, je, alors si le programme existe toujours à la rentrée, j'ai vraiment l'intention de vraiment de travailler avec la famille pour l'amener.*

k. Orientation

***IDE 6** : (…) et d'une orientation vers un professionnel si ça va (fait un geste de la main en avant)*

***IDE 5** : (…) Après, heu, il me semble que ce qui est important pour nous c'est d'avoir euh, un relai, un relai où on sait que le problème va être pris en charge.*

***IDE 2** : Parce que nous, nous notre rôle c'est les envoyer aussi, nous on est toujours des intermédiaires.*

***IDE 3** : (…) mais à un moment donné quand l'enfant est obèse, je pense réellement que nous on doit avoir un relai extérieur, une ressource extérieure qui a, à qui on peut réellement euh, si les parents sont, sont coopérants euh sentir qu'il y a ce relai qui se fait de façon sérieuse et avec un suivi, je dis pas à un moment donné de tabler sur un mois, deux mois.*

i. Vers qui ?

- Le médecin traitant

***DrAS** : A qui vous adressez pour un avis ?*

***IDE 6** : Le médecin traitant.*

- Le programme d'éducation thérapeutique de Carpentras pour les adolescents

***IDE 2** : Mise à part votre programme dont maintenant on a entendu parler…*
***DrAS** : Vous avez des correspondants (…) ?*
***IDE 3** : Donc depuis quand c'était, vous vous êtes fait connaitre vous, hein, on a orienté déjà.*
***IDE 4** : Maintenant, vous.*

- Institutions spécialisées

***IDE 3** : Après, y'a les institutions spécialisées donc que je connais sur le Var donc si, si les familles sont coopérantes (…)*

***DrAS** : C'est Les oiseaux, etcétéra ?*

***IDE 3** : Oui. (…) Non, non si, à titre informatif, c'est-à-dire qu'il y a des écoles avec prise en charge multidisciplinaire globale, et il poursuit sa scolarité, donc il existe ce type d'établissement et que à un moment donné, bon, ben, voilà, on peut en avoir besoin. C'est une ressource qui peut être nécessaire. C'est pas un luxe, quoi, en fait.*

ii. Vécu des infirmiers sur leur rôle d'orientation

Il s'agit de quelque chose de difficile, les infirmiers se sentent démunis :

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

***DrAS** : (…) Et puis aux relais que vous pouvez trouver à l'extérieur du lycée puisque votre mission, on l'a bien compris elle est à l'intérieur de l'établissement scolaire euh qu'…à l'heure d'aujourd'hui, qu'est-ce vous avez comme relais extérieurs pour les, les enfants obèses ?*

(Tout le monde soupire.)

***DrAS** : Vous vous sentez démunis ?*

***IDE 5** : Très peu, très peu de…*

- Des contacts vagues ou absents

***IDE 5** : Sur Avignon, je crois qu'à un moment donné je m'étais un peu renseignée justement parce que j'étais un peu démunie et je m'étais dit, il doit y avoir quand même sur Avignon euh un service, après c'était pour les enfants qui rentraient dans le cadre de la pédiatrie. J'avais un nom, moi, j'avais noté un nom que j'ai oublié.*

***IDE 3** : C'est vraiment une problématique de santé. Donc euh, voilà, et puis après c'est vrai qu'au niveau euh ressources, moi je travaille depuis 2 ans et demi ici dans le Vaucluse, et je, je connais pas particulièrement de diététicien ou de médecins spécialisés ou orientés vers l'ado, parce que l'ado le problème c'est que, c'est pas l'adulte hein, donc y'a quand même une approche qui est vraiment très différente (…)*

6. *Le programme d'éducation therapeutique de Carpentras*

a. Représentation de l'éducation thérapeutique par les infirmiers

i. Des comportements adaptés en matière de santé

***IDE 6** : C'est appendre à avoir les bons comportements, à mettre en œuvre tout ce qui peut favoriser la santé en termes de comportements et d'habitudes.*

ii. Autonomisation du patient

***IDE 3** : Ouais. Y'a la notion d'autonomie quand même euh, c'est une formation, information de manière à donner un peu tous les éléments à la personne qui est en demande en fait de manière à ce qu'il reprenne un niveau d'autonomie pour prendre en charge sa santé tout simplement quoi.*

***IDE 1** : Oui, trouver une part active dans, par rapport à la santé. C'est-à-dire pas être juste, je prends…(…) C'est euh, y'a quelqu'un qui fait à ma place. Voilà, c'est, la santé c'est quelque chose dont on s'approprie.*

b. Communication faite autour du programme : avis des infirmiers

i. Insuffisante

***IDE 5** : Alors, déjà, moi je dois vous dire que c'est un peu le hasard qui fait qu'on est là, quand même, parce que c'est vrai que dans les collèges, alors y'a plus, donc y'a une personne qui est venue nous présenter effectivement en début d'année. Moi, honnêtement, je n'avais pas du tout visualisé l'ensemble de la*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

prise en charge. Il se trouve que c'est parce que Sabrina m'a appelée euh…(…) c'est comme ça que vous avez été invitées à notre réunion de territoire des infirmières scolaires. Donc ça a été un peu le fruit du hasard, donc je pense qu'au niveau de la communication sur ce programme, ça, ça a manqué. Voilà, donc à notre niveau, hein, moi c'est mon constat.

ii. Mais un projet récent

***IDE 3** : Le bilan est un peu court pour vous quoi, c'est-à-dire que ça…(…) Ca fait qu'un an quoi.*

iii. Qui va porter ses fruits

***IDE 3** : (…) Y'a ce gros travail que vous avez fait cette année de communication, je pense que ça va payer. (…) Et par contre, moi je pense que le boulot que vous faîtes sur les adultes hein, aura des répercussions sur les enfants. (…) Oui, ben ils vont dire oui, ben écoute moi y'a cette maison, ils vont dire…y'aura un écho en fait. Mais ça se fait pas en un jour quoi, y'a un gros boulot de de réseau, de temps, quoi.*

c. Comment parler du programme avec les adolescents pour les faire adhérer

i. Présenter le programme

- Les différents aspects de la prise en charge

***IDE 4** : Y'a un côté, le côté sportif. (…) Le côté euh, diététique et psychologique.*

- Du sport adapté

***IDE 5** : (…) Alors je lui ai dit, ben justement, je vais te parler de quelque chose qui s'est mis en place où y'a tout un côté sport qui est complétement adapté euh, justement aux gens*

- Un problème commun

***IDE 5** : (…) j'ai dit, ben, tu vois, ça peut-être important parce que dans ce programme, y'a aussi des groupes alors, alors je parle pas d'accompagnement psychologique, y'a des groupes où y'a des, des jeunes qui ont le même problème que toi*

- Proximité

***IDE 3** : Moi j'argumente sur le côté proximité, hein, notamment les élèves qui sont du côté de Carpentras quoi, on va dire. Je leur dis, bon, c'est à côté quoi, l'avantage c'est que c'est pas loin quoi, donc euh…*

- Gratuité

***IDE 3** : Donc, à un moment donné leur dire, vous allez pouvoir, y'a des professionnels de santé, vous allez pouvoir être pris en charge, y'a une diététicienne, y'a des ateliers, etcétéra, et tout ça c'est gratuit quoi.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ii. Techniques de communication adoptées

- Partir du problème de l'adolescent

***IDE 5** : Et ben par exemple le, l'ado en question à qui j'en ai parlé parce qu'on est parti sur du sport, donc du coup, mon truc ça a été de lui dire, donc le sport c'est quelque chose que tu aimes pas ? Mais si j'aime bien. Mais alors, qu'est-ce qui pose soucis ? Ben parce que, je m'essouffle facilement.*

- Un discours adapté en fonction de l'intérêt de l'adolescent

***IDE 4** : j'en avais parlé…ben ça dépendait des jeunes, certains qui étaient plus intéressés par le côté sport, ben, je les abordais par ce biais-là. Après, les autres qui avaient plus un intérêt par rapport à l'alimentaire, par là. Et les deux, trois que j'ai vus, oui, voilà, en fonction de…*

- Une attitude positive

***IDE 3** : (…) Donc, à un moment donné c'est réellement une opportunité pour vous quoi.*

iii. Difficultés

***IDE 1** : Ben non, j'aurais pas su le présenter. (…) J'aurais à la limite orienté à la maison médicale, en disant voilà, y'a quelque chose qui est adapté pour les ados euh…vous allez voir.*

iv. Solutions envisagées par les infirmiers pour améliorer la promotion du programme

- Une plaquette de présentation du programme

***IDE 3** : Moi je pense qu'il faudrait que vous ayez une plaquette, une plaquette de communication par rapport à votre programme, lisible, facile quoi pour les parents et les enfants qu'ils comprennent vite quoi et facilement sur quoi ils s'engagent et euh ça je pense que ça vous permettra réellement et ça nous permettra de communiquer d'autant plus facilement et que euh communiquent entre gamins, entre parents d'autant plus facilement parce qu'ils auront réellement une visibilité. Pas y'a un programme là-bas, à la Maison de santé à Carpentras. Mais former une petite plaquette vraiment didactique qui donne des éléments très concrets sur quoi on s'engage et sur la gratuité de la prise en charge. Et ça, ça réellement, ça peut-être un moteur, quelque chose les parents vont faire hop. Alors que là, les parents ils rentrent le soir, ils ont bossé, ouais y'a un programme à Carpentras, ouais, ouais y'a du sport, bon ben c'est bien. Ouais mais toi tu fais ton sport déjà, tu vas, tu vois, donc ça marche pas ça. Il faut une plaquette, mais quelque chose clair, clair, facile.*
Accord unanime des autres infirmiers devant cette proposition : *Les autres IDE acquiescent.*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

SYNTHESE DES RESULTATS DES INFIRMIERS

Rôle des infirmiers et ressenti

Vécu de leur rôle et freins : les infirmiers se sentent en difficulté dans leur rôle auprès des adolescents obèses. Ils l'expliquent par plusieurs raisons : c'est une maladie complexe qui cache d'autres problématiques derrière le surpoids, qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et leur rôle est souvent mal connu des parents et des adolescents.

Perception de leur rôle : Cependant, malgré leurs difficultés exprimées, leurs actions sont variées : conseiller, éduquer sur les habitudes de vie, suivre et motiver les adolescents, être à l'initiative d'une prise en charge, dépister les problèmes de poids plutôt pour les enfants plus jeunes, établir un lien avec les parents, orienter les adolescents vers d'autres professionnels.

Les difficultés et les freins en pratique : Le rôle de dépistage qui est de leur ressort pour certains, présente en pratique des difficultés pour d'autres : dépistage et annonce de diagnostic à des enfants vus pour la première fois, rôle parfois déficient du médecin traitant, pas de systématisation du dépistage en collège. Le rôle d'orientation pose aussi des problèmes du fait de l'absence de réseau de proximité. Ils rencontrent aussi des difficultés à faire adhérer l'adolescent à un changement.

L'abord du surpoids avec les adolescents : quand et comment ?

Ils sont unanimes : il fait partie de leur rôle mais ils prennent des précautions sur la manière et le moment de l'aborder.

Les freins des infirmiers dans leur approche : ils n'abordent le sujet jamais directement et jamais immédiatement par peur de blesser l'adolescent, de le stigmatiser ou de le braquer.

Les freins liés aux adolescents repérés par les infirmiers : les adolescents sont difficiles à intéresser, l'absence de conscience de leur problème de poids et la mauvaise estime de soi fréquente, freinent l'adhésion à une prise en charge.

Le moment de l'abord, les leviers : quand l'adolescent exprime une souffrance, quand il consulte pour des problèmes physiques pouvant être reliés au poids ou quand l'infirmier ressent que l'adolescent est prêt.

La manière de l'abord, les leviers : être patient, mettre les adolescents en confiance, adopter un discours positif pour favoriser le changement, des outils comme la pyramide alimentaire ou la tablette numérique peuvent enclencher une discussion sur les habitudes de vie.

L'abord du surpoids avec les parents : quand et comment ?

Les leviers : ils contactent les parents plutôt par téléphone que par écrit pour mieux adapter leur discours à la réaction des parents. Puis ils convoquent les parents s'ils estiment qu'une prise en charge peut aboutir.

Mais le contact des parents n'est pas systématique.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les freins liés aux parents : peu réceptifs, non conscients du problème.

Les freins liés aux adolescents : difficultés à prendre du recul par rapport aux habitudes familiales.

Les freins liés aux infirmiers : manque de temps, peur que leur implication soit vécue comme intrusive ou culpabilisante pour les parents, peur de perdre la relation de confiance qui les unit aux adolescents.

Communication autour du programme d'ETP

Freins dans la communication liés aux infirmiers : certains ne savent pas ce qu'est l'ETP et avouent ne pas savoir comment présenter le programme.

Freins repérés par les infirmiers et liés au programme d'ETP : la communication a été insuffisante pour une infirmière, la communication et l'action ont été simultanés pour un autre infirmier.

Leviers dans la communication liés aux infirmiers : ils adoptent des techniques de communication pour faire passer au mieux le message : partir de la demande de l'adolescent, adapter son discours en fonction de l'intérêt de l'adolescent, avoir une attitude positive.

Leviers repérés par les infirmiers et liés au programme d'ETP : réaliser une plaquette informative, laisser du temps : le succès du programme adulte va se répercuter sur le programme adolescents.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

III. DISCUSSION

A. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

1. *BIAIS DE MEMOIRE*

Notre étude a été confrontée à un biais de mémoire. En effet, les entretiens des adolescents ont été menés plusieurs mois après le début du programme d'ETP de Carpentras. Or, certaines questions portaient sur leur motivation au changement en début de programme. Plusieurs adolescents ont d'ailleurs reconnu ne plus se souvenir de certaines informations.

2. *BIAIS DE SELECTION*

Un biais de sélection a pu concerner les adolescents et les infirmiers de notre étude.

Les adolescents participant à notre étude ont accepté de parler avec une inconnue de leur obésité, on peut donc supposer qu'il y a eu un biais de recrutement qui a pu être de deux types. D'une part, nous avons probablement interrogé des adolescents dont le vécu de l'obésité était suffisamment tolérable pour qu'ils veuillent bien s'exprimer sur le sujet. Et d'autre part, les adolescents ayant participé à l'étude étaient probablement conscients et concernés par leur surpoids.

Les infirmiers scolaires pour le focus groupe ont été recrutés sur la base du volontariat. On peut donc présupposer que les infirmiers qui ont accepté de participer à notre étude se sentaient suffisamment concernés par le sujet. Ils sont de ce fait relativement sensibilisés aux diverses problématiques quotidiennes sous-tendues par le surpoids.

3. *BIAIS D'ANALYSE*

Les données qualitatives peuvent être analysées manuellement ou informatiquement. Nous avons choisi d'utiliser un encodage manuel horizontal entretien par entretien puis vertical afin de déterminer les idées communes aux différents entretiens. Certaines notions, qu'un encodage informatique aurait repérées, nous ont peut-être échappées.

B. DISCUSSION DES RESULTATS PAR RAPPORT AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

1. *LES ADOLESCENTS*

a. Freins et facteurs favorisants à participer à un programme d'ETP

i. Information sur le programme d'ETP de Carpentras

Les personnes ayant informé les enfants sur le programme sont des professionnels médico-sociaux pour la plupart ou les parents eux-mêmes. Tous les professionnels connaissaient bien les adolescents qu'ils suivaient régulièrement. Les adolescents les considèrent comme des personnes de confiance. Deux

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

adolescentes précisent l'importance de la proposition de participation au programme d'ETP par des professionnels connus. Cécile dit : *Parce que, ça aurait été l'infirmière du collège ou quoi je me serais dit, ben en fait, elle regarde que ça quoi, je l'aurais mal pris.* En effet, **la parole est mieux perçue et entendue s'il existe un lien de confiance établi entre le professionnel et les adolescents.** Ainsi, le docteur Claudine Sansonnetti-Perrin, conclut une réunion d'échange de pratique sur le poids des mots dans l'obésité de l'enfant en disant [46]: « *Alors, et ce sera le mot de la fin, il n'y a que le lien. Le lien c'est-à-dire la relation, certes professionnelle, mais qui n'en est pas moins une rencontre avec l'autre, autant que faire se peut une rencontre placée sous le signe de l'authentique et de l'empathie. « La parole et le lien » : car la parole n'est rien sans le lien ; sans le lien, la parole a peu de chance d'être investie, entendue, métabolisée (tout au plus incorporée…) et le lien (…) se tisse tout au long de l'existence éminemment par… la parole. »*

L'information des adolescents est nécessaire mais il faut aussi informer les parents.

De plus, pour être efficace, le professionnel doit choisir **un moment où l'adolescent est prêt** à recevoir l'information. Par exemple, Cécile, avait reçu une première information sur le programme mais elle ne l'avait pas saisie : *(…) mais le médecin m'en avait déjà parlé, mais on avait pas très, très fait, on avait pas fait attention. (…) Parce que j'étais malade. Donc, j'étais pas très, très bien, donc…*

Il est plus aisé pour le professionnel de proposer une prise en charge **quand l'adolescent est en demande.** Or, l'étude ISERM de 1994 [47] montre que les adolescents consultent moins le médecin que la population générale et parlent moins de leurs problèmes de santé. Plus de 10 % des adolescents déclarent ne parler à personne de leurs problèmes de santé ; s'ils en parlent, c'est à leurs parents dans les deux tiers des cas et à un médecin dans 14 % des cas seulement. De plus, il n'y a plus, à cet âge-là, de consultation systématique remboursée par l'Assurance Maladie qui permettrait d'aborder les problèmes de santé spécifiques à l'adolescence. Du coup, on peut se poser la question suivante : doit-on attendre que l'adolescent en surpoids ou obèse formule une demande par rapport à son poids ou doit-on provoquer la discussion ? Pour l'INPES [48], chaque consultation peut-être l'occasion pour le professionnel d'aborder la question du poids. Trois possibilités se présentent. Premièrement, il peut s'agir de répondre à une demande d'emblée explicite d'une famille venue consulter pour ce motif. Deuxièmement, parfois, le motif de la consultation s'avère être en lien avec le surpoids (par exemple, une demande de dispense de sport, un problème orthopédique, un problème respiratoire...). Dernièrement, que le surpoids soit manifeste ou non, il peut aussi être dépisté à l'occasion d'une consultation pour un tout autre motif. Dans ce cas, commencer par répondre à la demande initiale du jeune ou de la famille permet d'établir un climat de confiance propice pour aborder ensuite la question du poids. De plus, l'INPES [34], dans un autre communiqué, affirme que les adolescents consultent parfois pour des motifs cachés qu'il faut savoir repérer et explorer. Ainsi, derrière les recours pour des pathologies bénignes se cachent des demandes d'aide, notamment chez les adolescents en difficulté. Les adolescents plus âgés présentent plus fréquemment des plaintes d'ordre général (malaise, fatigue) qui pourraient être la porte d'entrée de problèmes autres, d'ordre psychologique ou social.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Mais, malgré les recommandations de l'INPES, dans la pratique, ce n'est pas toujours si évident pour les professionnels comme en témoignent les infirmiers interrogés.

ii. Adhésion au programme d'ETP de Carpentras

La majorité des adolescents avancent **l'argument de la perte de poids** pour adhérer au programme. La pratique d'une activité physique, la santé future, la connaissance de nouvelles personnes sont les autres motivations des adolescents à participer au programme.

Un des freins à participer au programme que l'on retrouve chez trois adolescents est **la peur d'être jugé, la peur du regard des autres.**

La motivation parentale, surtout de la mère, est importante dans la participation au programme pour quatre adolescents. Le soutien et l'implication de la famille sont aussi indispensables dans la prise en charge de l'obésité. Ainsi, pour un professionnel d'activité physique [16], le rôle des parents dans la prise en charge de leur enfant en surpoids c'est de faire les bons choix : par exemple est-ce que je vais acheter pour mon enfant une console ou un vélo ? Est-ce que je vais inscrire mon enfant dans un club de sport ? Ca responsabilise les parents : ils ont aussi un rôle à jouer dans le fait qu'ils offrent plus facilement des loisirs sédentaires à leurs jeunes. Les parents d'un enfant en surpoids pris en charge en ETP ont une place fondamentale : des aspects éducatifs à la gestion de l'offre alimentaire, en passant par l'implication de toute la famille pour ne pas mettre l'enfant en difficulté s'il est le seul à devoir opérer des changements dans ses habitudes de vie [8].

Pour cinq adolescents, la prise en charge en groupe avec des adolescents partageant **le même problème**, les rassure et les motive.

Un autre frein à l'adhésion au programme que nous pouvons déduire par rapport au profil des adolescents interrogés est **la présence de difficultés sociales familiales**. En effet, parmi les six adolescentes en surpoids suivies au CCAS et donc confrontées à des difficultés sociales, quatre ont été interrogées dans la thèse et une seulement participe régulièrement au programme d'ETP de Carpentras. L'enquête ObÉpi de 2012 retrouve un net gradient social de l'obésité [49]. Pendant l'enfance, l'adolescence et tout au long de la vie, la consommation de portions trop grandes, une activité physique insuffisante, trop de temps passé devant la télévision et le fait de manger en regardant la télévision sont des déterminants de l'obésité plus fréquemment observés dans les populations défavorisées. De plus, les aliments recommandés pour la santé, tels que les fruits et légumes, le pain complet, les viandes maigres et les poissons et crustacés, sont sous consommés dans ces populations, dont l'alimentation est principalement à base de féculents raffinés pour des raisons économiques. Les enfants issus de foyers défavorisés consomment aussi plus de boissons sucrées. Ainsi, ce qui caractérise l'alimentation des populations défavorisées, c'est sa faible teneur en nutriments essentiels et sa forte densité calorique. De plus, on retrouve chez les personnes de faible statut socio-économique, une faible connaissance du lien alimentation-santé, un faible intérêt pour la santé à long terme (puisque les

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

préoccupations immédiates dominent largement) et une perception erronée du poids corporel [50] ; ce qui peut en partie expliquer qu'elles adhérent moins à une prise en charge de l'obésité.

iii. Participation effective au programme d'ETP

Les motivations à participer au programme sont de plusieurs ordres : **la dépense énergétique, l'action sur le poids et l'abstraction de ses problèmes.**

Mais, le frein principal à participer au programme est **la distance avec le problème du transport.** Dans le document de l'HAS [7] guidant la mise en place d'un programme d'ETP, il est spécifié que la distance géographique est à prendre en compte et ne doit pas être discriminante.

Un autre frein est **la difficulté d'initiation du mouvement des adolescents** : ils ont une attitude ambivalente et émettent des hésitations entre l'effort à fournir pour aller faire du sport et le plaisir qu'ils éprouvent quand ils le pratiquent. Selon le stade de Prochaska, ils oscillent entre les phases de préparation à l'action et l'action. Une attitude d'encouragement est nécessaire de la part des parents par exemple pour les faire basculer pleinement dans l'action.

Par ailleurs, une adolescente du programme, exprimant **ne pas avoir trouvé le soutien social espéré lors des cours de sport**, est moins régulière dans sa pratique d'activité physique. En effet, les adolescents identifient le manque de soutien des pairs comme étant une barrière importante à la pratique de l'activité physique [51]. Une autre étude [52] sur l'influence des pairs et des amis sur la pratique d'activité physique chez les jeunes en surpoids conclut qu'une expérience négative avec un pair comme une attitude discriminatoire, diminue l'activité physique du jeune.

La motivation parentale est aussi importante dans la participation au programme des adolescents. Elle est importante à tous les stades menant à la participation au programme d'ETP.

b. Le bilan du programme d'ETP de Carpentras

Le programme d'Education Thérapeutique de Carpentras est un élément déclencheur de changement de comportement pour les adolescents qui y participent principalement sur la pratique d'activité physique. En effet, il y a une évolution dans le stade de motivation pour trois des quatre participants réguliers, avec des changements de comportement effectifs voire des effets sur le poids. Le programme constitue un cadre qui leur permet d'évoluer dans leurs habitudes alimentaires et sportives.

Il y avait plusieurs profils d'adolescents : Maxime, en obésité morbide, pour qui le programme est à l'initiative d'une prise de conscience de son obésité et d'une reprise de l'activité physique à laquelle il prend goût (*Je me dis non, il faut que j'y aille, et puis après j'y vais, je suis trop content.).* Cécile et Elsa, en surpoids, qui se sont liées d'amitié et pour qui le programme a eu des effets bénéfiques sur le plan de l'activité physique avec une participation régulière aux séances dans le cadre du programme et une inscription à des activités en dehors du programme qui sont la zumba et la gymnastique. Une motivation à deux pour le sport

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

les dynamise. Cécile est allée plus loin dans le changement de comportement avec une rééquilibration de son alimentation, une diminution de ses activités sédentaires (limitation du temps passé devant la télévision) et a ainsi perdu huit kilogrammes depuis le début du programme. Ces changements s'inscrivent dans la durée. Pour Inès, bien qu'elle vienne régulièrement aux séances d'activité physique du programme, il n'y a pas eu d'évolution de sa motivation. Peut-être est-ce expliqué en partie par le fait qu'elle n'ait pas trouvé la motivation de groupe qu'elle espérait : *Ben, j'sais pas, je…Ben par exemple le groupe. (…) Je me sens un peu seule. Et donc ouais, j'aime pas trop en fait.*

Selon Anzieu et Martin (La dynamique des groupes restreints, 1968), **la prise en charge en groupe d'adolescents partageant les mêmes problèmes présente de nombreux avantages**. Les auteurs expliquent que, les systèmes défensifs habituels pouvant être ainsi remis en question, les adolescents supporteront plus facilement de la part de leurs pairs des commentaires qui pourront susciter un intérêt pour leur propre fonctionnement. De plus, la prise de conscience que d'autres ont le même type de difficultés que soi-même, agit comme un agent thérapeutique puissant, en particulier en dissipant ou diminuant l'angoisse et la culpabilité. Cela permettrait aussi à cet âge de se détacher du milieu familial et d'appartenir à un groupe. Par ailleurs, le fait de voir les mêmes difficultés que soi chez les autres, de travailler ensemble sur des projets communs et d'appartenir à un groupe, avec des individus qui ont le même type de difficultés, favorise l'estime que l'adolescent a de lui-même et lui permet d'améliorer la connaissance de son trouble et de ses propres difficultés.

Pour l'HAS [7], les séances collectives d'ETP ont comme avantages de rassembler en un même lieu des patients qui ont en commun les mêmes objectifs éducatifs, d'optimiser la disponibilité des ressources et des professionnels qui dispensent l'ETP. Elles sont propices au partage d'expériences et à la transmission des savoirs d'expérience. Elles permettent des échanges entre les participants, et par leur convivialité elles sont susceptibles de rompre l'isolement et d'augmenter la réceptivité du patient à la démarche d'éducation.

Le bilan du programme d'ETP de Carpentras est positif quand on l'envisage du point de vue de l'évolution du stade de motivation des adolescents plutôt que par rapport à la perte de poids effective. D'ailleurs, pour l'HAS [5], **la perte de poids n'est pas un objectif prioritaire** chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse. Par exemple, la reprise de l'activité physique peut être le premier objectif chez certains patients. L'HAS précise que, pour pérenniser l'activité physique, il est recommandé que l'un des premiers objectifs soit de leur en faire retrouver le goût et, quelle que soit l'intensité apparente de l'effort, d'obtenir une progression qui soit ressentie comme agréable par l'enfant. Les notions de plaisir, de rencontre et de bien-être doivent être mises en avant pour la reprise d'activité physique et son maintien au long cours. Permettre à l'enfant d'éprouver du plaisir et d'éviter les blessures est un élément clé pour obtenir des effets bénéfiques à long terme.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

c. Freins et facteurs favorisants à changer de comportement

i. L'alimentation

Pour les adolescents du programme, **la motivation** principale à changer leur régime alimentaire est **la perte de poids.** Mais plusieurs d'entre eux s'inquiètent aussi pour **leur santé**. L'inquiétude pour la santé n'est pas commune chez les adolescents. En effet, les adolescents ont habituellement du mal à se projeter dans l'avenir et leur santé est vécue plutôt comme un capital du présent [53]. Peut-être les adolescents de notre étude sont-ils plus sensibles aux problématiques de santé du fait de leur surpoids et des soucis de santé familiaux ? En tout cas c'est ce qui ressort par rapport aux deux sœurs dont la mère et la grand-mère sont diabétiques avec un traitement injectable et des contrôles glycémiques quotidiens. Elles s'inquiètent et ne veulent pas devenir à leur tour diabétiques et tributaires d'un traitement lourd car elles font le lien entre le surpoids et le risque de diabète.

Parmi les freins à changer son comportement alimentaire, il y a **l'habitude** : il est difficile de modifier ses habitudes ancrées depuis longtemps. De plus, nombre d'entre eux **aiment manger** mais reconnaissent **manger de manière non équilibrée**, comme le dit Maxime : *Manger équilibré, ça je sais pas, moi j'aime bien manger ! (en rigolant).* Deux adolescentes de notre thèse précisent qu'elles n'ont pas d'attrait pour les fruits et légumes. Pourtant, le PNNS explique dans le guide nutrition pour les ados [14] que les fruits et légumes sont bourrés de vitamines, minéraux et fibres et sont indispensables et protègent la santé. En plus, ils sont très peu caloriques. Ce sont des aliments de choix pour ne pas grossir, et donc utiles pour la prévention de l'obésité et du diabète, par exemple. L'OMS [54] ajoute qu'une plus grande consommation de fruits et légumes peut contribuer à remplacer les aliments riches en graisses saturées, en sucre ou en sel. (…) Il est manifeste que les fruits et légumes permettent de réduire le risque d'obésité.

Deux adolescentes de notre étude **mangent de manière déstructurée avec des sauts de repas**. L'étude INCA 2 [55] constate que les jeunes adultes et les adolescents ne prennent pas systématiquement de petit-déjeuner, contrairement à leurs aînés. Le saut systématique du petit déjeuner reste cependant rare mais sa prise irrégulière est beaucoup plus fréquente et reconnue par 29 % des 11-14 ans et 50 % des 15-17 ans. L'étude INSEE [56] confirme cette tendance des jeunes à être plus nombreux à sauter le petit-déjeuner : seuls 64 % des moins de 25 ans ont une prise alimentaire entre 5 heures et 11 heures contre 90 % des personnes de 50 ans et plus. De plus, les jeunes sont aussi les premiers concernés par le grignotage. Or, cette même étude confirme le lien, au-delà de facteurs génétiques et de la nature des aliments consommés, entre rythme alimentaire et risque d'obésité. Ainsi, le rythme alimentaire et l'excès de poids sont également liés : les personnes qui effectuent moins de trois prises alimentaires par jour sont plus souvent obèses que les autres, à autres caractéristiques ou comportements identiques. On retrouve ici l'importance de la régularité des repas pour notamment éviter les facteurs de prises de poids que sont les repas trop copieux et le grignotage.

De plus, l'OMS [57] affirme que la prise quotidienne d'un petit-déjeuner semble être l'un des éléments les plus protecteurs contre l'obésité chez l'adolescent.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

De plus, nombre d'entre eux reconnaissent leurs **difficultés à modifier leurs habitudes alimentaires dans la durée.** Or, **le changement est d'autant plus difficile à maintenir sur le long terme qu'il est contraint**. C'est le cas pour Sophie par exemple qui modifie son comportement alimentaire et sportif suite aux réflexions de sa mère. La théorie de l'autodétermination [58] part du principe que, pour qu'un changement soit durable, il est considéré comme essentiel d'associer le développement des compétences à une motivation et une raison sous-jacentes intrinsèques. Ainsi, une étude durant laquelle la prise en charge a été basée sur la théorie de l'auto-détermination, a évalué le contrôle du poids sur un an de 250 personnes obèses ou en surcharge pondérale. À la fin de la période d'essai, la motivation autonome pour l'activité physique était plus élevée pour le groupe d'intervention. Les niveaux d'activité physique ont augmenté au bout de 2 ans et le contrôle du poids au bout de 3 ans. Cette intervention a également eu un impact positif sur les comportements alimentaires.

Les adolescents de notre étude, dans l'ensemble **ont de bonnes connaissances sur l'équilibre alimentaire mais pour autant ils ne vont pas toujours les mettre en pratique** : il y a souvent une divergence entre leurs valeurs (ce qu'ils savent être bon pour eux) et leurs comportements. [59]

Un des points positifs réside dans le fait que les adolescents ne se font **pas d'illusion quant aux régimes alimentaires restrictifs qu'ils jugent inefficaces et inadaptés.** L'étude de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) le démontre [59]. Elle a publié en décembre 2010 un rapport sur les régimes amaigrissants : ils sont inefficaces sur le long terme et nocifs pour la santé physique et mentale.

Deux adolescentes, qui ont été interrogées dans notre étude, adoptent un regard critique sur leur dérive alimentaire, ce qui est positif, mais elles n'ont pas l'intention de les modifier. Elles ont une **attitude ambivalente**. Or, devant tout changement, une attitude ambivalente est normale et adaptée face à une situation de choix difficile. La technique de l'entretien motivationnel s'appuie d'ailleurs sur cette ambivalence pour favoriser la motivation au changement de comportement [60].

Une adolescente qui a modifié son comportement alimentaire de manière effective motivée par la participation au programme, reconnait et constate des bénéfices à ce changement : *Ben j'ai l'impression d'être plus légère du coup, quand je sors de table, d'être mieux.*

ii. L'activité physique

Les motivations à pratiquer une activité physiques avancées par les adolescents sont de plusieurs ordres. Pour trois d'entre eux, c'est **pour agir sur le poids**. Il y en a une qui précise qu'il s'agit de stabiliser son poids ; les autres de perdre du poids. Or, l'effet de l'activité physique seule sur l'IMC n'est pas démontré, elle agit sur la composition corporelle [61].

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Deux autres adolescents avancent **l'argument de la santé.** L'OMS [62] reconnait que l'activité physique a des effets bénéfiques sur la santé physique, psychologique, sociale.

Pour trois d'entre eux, le sport est **un moyen d'évacuer les tensions.** Ainsi, Ingrid repère les moments de fortes tensions et fais alors une sortie à vélo pour aller mieux : *Ouais. Mais le vélo, c'est plus pour euh…comment dire ? M'évacuer. (…) En fait, ça dépend des jours, si je suis très énervée, je prends le vélo.* La moitié d'entre eux déclarent faire du sport **par plaisir**. Dans le cadre de la prise en charge de l'obésité, le fait de faire du sport par plaisir plutôt que pour perdre du poids permet de maintenir le changement de comportement sur la durée [5][16].

Mais, les adolescents font preuve d'une certaine **inertie, une difficulté d'initiation du mouvement** lors des préparatifs avant une activité physique : *Ben c'est que, le matin j'suis fatigué. Enfin, parce que je viens de me lever mais…*

Neuf d'entre eux se plaignent **d'une gêne physique** lors de la pratique de sport. La gêne physique rapportée est de plusieurs ordres : douleurs articulaires, endurance, palpitations, transpiration excessive entrainant pour certains des performances moindres par rapport aux adolescents de poids normal, comme le rapporte Alice qui, en danse n'arrive pas à réaliser toutes les figures demandées.

Il y a aussi une **gêne psychologique avec la peur du regard des autres** (surtout des pairs), **la stigmatisation, le manque de confiance en soi**. Ainsi, Cécile qui aime pourtant beaucoup la danse, n'ose pas s'inscrire dans un club de danse de peur de subir les critiques des autres filles. Ces souffrances doivent être prises en compte afin d'adapter l'activité physique aux capacités de l'adolescent pour qu'il réinvestisse le sport [5].

De plus, **la dépendance envers les parents** (motivation des parents et dépendance matérielle liée au transport) pour pratiquer une activité physique est avancée par deux adolescentes comme un frein.

Au contraire, **la motivation parentale**, voire même **l'engagement de toute la famille** à modifier ses habitudes d'activité physique, comme pour la famille de Maxime, est un facteur stimulant pour les adolescents. Les parents jouent un rôle dans les habitudes de vie adoptées par l'adolescent, incluant l'activité physique. En effet, les parents peuvent soutenir l'adoption et le maintien d'un mode de vie actif chez l'adolescent. Le soutien des parents en contexte d'activité physique peut prendre diverses formes. D'une part, les parents peuvent offrir un soutien de nature instrumentale qui favorise l'accès de l'adolescent à un mode de vie actif. Par exemple, ils peuvent fournir le transport requis pour se rendre à l'endroit où s'effectue l'activité physique. D'autre part, ils peuvent soutenir la pratique de l'activité physique en adoptant une attitude et des comportements qui encouragent cette pratique. Par exemple, ils peuvent encourager l'adolescent à faire de l'activité physique, le complimenter sur ses efforts [63]. Enfin, les parents peuvent soutenir l'activité physique de leur adolescent en adoptant eux-mêmes un mode de vie actif. Selon certaines études, l'activité physique des parents est effectivement liée à celle de leur adolescent [64]. Une autre étude conclut que l'activité physique des enfants est associée à celle des parents et ce, indépendamment du statut socioéconomique [65].

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Mais, même si la motivation parentale est importante dans la pratique d'une activité physique chez l'adolescent, ce-dernier ne doit pas ressentir l'obligation de faire du sport pour répondre à la demande de ses parents. La motivation de l'adolescent doit rester autodéterminée pour favoriser l'installation d'un comportement dans la durée [66]. **L'insistance voir l'obligation parentale serait au contraire un frein** pour l'adolescent à modifier ses habitudes sportives dans la durée.

Le sentiment de compétence en matière d'activité physique est avancé par trois adolescentes de notre étude. C'est un sentiment que ressent la personne, qui se développe graduellement au fil de ce qu'elle peut réussir et la met en confiance en la rendant fière de sa valeur personnelle, ce qui l'engage à persévérer dans ses activités d'apprentissage. Il a un impact positif sur la pratique de l'activité physique [67].

De plus, Cécile et Elsa reconnaissent le rôle de **leur motivation mutuelle** dans la pratique de la zumba pour l'une et de la gymnastique pour l'autre. En effet, à l'adolescence, le développement psychosocial et la recherche d'indépendance à l'égard du milieu familial favorisent l'émergence de **l'influence des pairs dans les habitudes de vie adoptées**. Ainsi, une étude indique que le degré d'activité physique des pairs est positivement associé à celui de l'adolescent. Au contraire, comme vu précédemment, l'absence de soutien des pairs ou une mauvaise expérience diminue l'activité physique. [68]

Il y a aussi, dans le cas d'Inès notamment, **une ambivalence motivationnelle en sport**. Elle aimerait faire du sport plus intensif, mais elle a du mal à s'impliquer lors des cours de sport du programme. Un colloque organisé en 2006 à Villefontaine, dans le cadre de la prévention de l'obésité, a réuni des professionnels de santé et de l'éducation autour du thème « *Obésité de l'enfant : le poids des mots* »[46]. Les acteurs de cette journée d'échange ont aussi constaté cette ambivalence des adolescents. Ils reconnaissent la motivation comme l'élément essentiel du travail mais aussi le plus difficile à éveiller. Ils ont été confrontés régulièrement à des comportements contradictoires de jeunes ayant compris l'importance de devoir se mobiliser mais trouvant toujours de bonnes raisons pour éviter l'effort (ce qu'ils reconnaissent souvent être propre à beaucoup d'adolescents en général). La difficulté réside selon eux dans le fait de parvenir à les motiver sans les braquer et à leur donner l'envie de se dépasser, de se prouver leurs capacités. Donner envie c'est d'abord proposer du choix et positiver les résultats de leurs efforts, leur montrer le plaisir que l'on peut ressentir en améliorant sa condition physique globale (monter un escalier facilement par exemple).

- Les particularités du sport scolaire :

Le sport scolaire n'est pas toujours adapté comme en témoignent deux adolescents dont Elsa qui est dispensée de sport scolaire depuis 2 mois et Maxime, qui du fait de ses limites physiques ne peut pas courir comme ses camarades : *Et un petit exemple, je crois que c'était ce jeudi, on a fait un contrôle en sport, et c'était une course d'orientation, moi qui suis très bon en orientation, j'ai mis un quart d'heure, et les autres mettaient tous cinq minutes. (…) Parce que, ils couraient.*

De plus, certaines situations en cours de sport peuvent entrainer **une stigmatisation** de l'adolescent comme pour l'escalade pour Inès qui la renvoyait à son excès de poids : *A part quand c'était escalade. (…)Et*

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

puis j'aime pas, quoi, surtout vu qu'on devait m'assurer, et vu que, on va dire que je suis le personne la plus… (rires) en surpoids de la classe quoi, forcement quand on m'assure, si c'est une personne plus légère, elle s'envole donc euh…j'étais gênée par rapport à ça.

Pour quatre adolescents **le sport scolaire se passe bien**. Maxime mentionne **l'encouragement des professeurs d'activité physique** comme quelque chose de positif pour lui. En effet, le soutien du professeur d'éducation physique scolaire est important pour les enfants obèses que ce soit en termes de soutien moral, d'accompagnement vers une progression personnelle ou en coopérant avec les parents [69].

Le groupe d'experts de l'INSERM [70] a émis des recommandations pour les professionnels scolaires impliqués dans l'obésité des enfants et des adolescents. Pour lutter contre la stigmatisation des enfants obèses et leur mise à l'écart dans la vie scolaire qui les incitent souvent à se faire dispenser d'éducation physique, il faut former les éducateurs sportifs pour qu'ils puissent adapter leur enseignement à ces enfants. Si l'enfant a besoin d'une mise ou remise à niveau personnelle, il faut lui proposer des activités physiques adaptées à ses capacités dans un cadre spécifique, hors structure scolaire. (…)L'organisation du temps scolaire en France laisse un temps limité à l'activité physique. Le groupe d'experts recommande de mettre en place au niveau du primaire une heure par jour d'activité physique encadrée par un professeur d'activité physique montrant la diversité des activités possibles. Cette approche sous diverses formes permettrait de développer le goût des activités sportives chez les adolescents.

iii. La sédentarité

La passion voire l'addiction pour les jeux vidéo est un frein à la modification d'un comportement sédentaire. La pratique régulière de jeux vidéo est reconnue par les deux adolescents de sexe masculin, qui jouent aussi avec leurs parents. Dans ce monde virtuel, Maxime, s'affranchit des contraintes physiques liées à son obésité qui le handicapent quotidiennement : *Ben par exemple sur l'ordi on peut marcher, on peut grimper des montagnes sans avoir mal aux genoux. Je monte trois marches et j'ai mal aux genoux. (…) Voilà, dans la vraie vie.* Mais, la pratique excessive de jeux vidéo a un impact sur la santé avec la réduction de la pratique d'activité physique, et l'augmentation du risque de surpoids et d'obésité [71].

Six adolescents reconnaissent se connecter de manière très régulière aux **réseaux sociaux** et pour certains avoir **une utilisation excessive et incontrôlable de leur téléphone portable.**

Leur manque d'autonomie et le manque de disponibilité de leurs parents est avancé par deux adolescentes. Or, comme nous l'avons déjà vu, le soutien matériel des parents est indispensable pour les adolescents pour avoir un mode de vie actif plutôt que sédentaire [72].

Les adolescents du programme passent aussi **beaucoup de temps devant la télévision et revendiquent une habitude ancrée et la peur de s'ennuyer comme raisons à l'absence de changement de comportement.** Mais, cette propension à passer du temps devant les écrans, n'est pas spécifique aux adolescents obèses. Selon une étude de l'INPES de 2010 [73], la grande majorité des adolescents (91,5%),

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

contrairement aux recommandations internationales, passe plus de 2 heures par jour devant les écrans (télévision, ordinateur et jeux vidéo). La télévision est l'écran qui capte le plus l'attention des jeunes. Ils sont ainsi 61 % à consacrer plus de deux heures par jour face à leur télévision, 45% à leur ordinateur et 40 % aux jeux vidéo.

Une adolescente ayant augmenté son temps consacré à l'activité physique, a par la force des choses, diminué son temps passé devant la télévision. Il s'agit d'un des objectifs fixés par l'HAS [5] conseille de moduler et d'ajuster le temps passé devant les écrans pour libérer du temps quotidien propice à la pratique d'activités physiques.

Un intérêt reconnu par trois adolescentes pour diminuer leur temps d'activité sédentaire est une **meilleure utilisation de leur temps libre.** Mais, du fait de leur ambivalence, elles ne diminuent pas pour autant leur temps passé devant les écrans.

d. Le rôle des parents, de la famille

Deux adolescentes font le constat que **leurs parents ont des croyances erronées notamment en matière d'équilibre alimentaire**. Or, les croyances et perceptions parentales d'une alimentation saine ont un impact sur leur comportement alimentaire [74].

L'attitude des parents pour soutenir leurs adolescents en surpoids dans leurs perspectives de changement n'est pas toujours adéquate selon ces derniers : reproches, rabâchages, restrictions, absence de limites, différences entre les frères et sœurs, dédramatisation, sujet tabou ou abordé lors des disputes, absence de soutien, menaces… La majorité des adolescents remettent en question ces attitudes.

Une étude montre que les jeunes qui n'ont pas de routines, d'habitudes, de limites et de supervision à la maison sont plus vulnérables à l'obésité [75]. Les adolescents qui n'ont pas de limites éducatives sont en demande comme le témoigne Sophie CARDINAL, infirmière puéricultrice sur le site du réseau RéPPOP Franche-Comté [16].

Au contraire, l'attitude restrictive des parents vis-à-vis de l'alimentation de leur enfant favorise la prise de poids de ces-derniers [76]. Danielle GRILLET [16], diététicienne, conseille sur l'attitude à adopter par les parents : favoriser la convivialité des repas, laisser plus d'autonomie aux jeunes, soit en quelque sorte essayer de relâcher le contrôle parental quand celui-ci est trop restrictif. Ainsi, l'adolescent a besoin de limites mais aussi d'une part de liberté dans son comportement alimentaire comme en témoignent deux adolescentes à propos de sodas et des sucreries : ils sont pris occasionnellement mais pas interdits : *Du coup de temps en temps, on boit du coca ou du ice-tea, c'est vraiment. Par exemple, quand on est en famille ou quoi.*

Les adolescents subissent aussi des **moqueries qui sont perpétrées le plus souvent par les pères et les frères des adolescents obèses, sur le ton de la rigolade ou sous forme de surnoms discriminants**. Les

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

adolescentes de notre thèse disent ne pas tenir cas de ces moqueries. Une étude [77] à propos d'adolescents en surpoids pris en charge dans des centres pour traitement de l'obésité rapporte que ceux-ci sont victimes de stigmatisation majoritairement de la part de leurs pairs mais aussi d'adultes dont leurs propres parents. Une autre étude [78] rapporte que les commentaires négatifs des parents et frères et sœurs sur le poids et les habitudes alimentaires et sportives des collégiennes étaient associés à un plus grand risque de surpoids. Cette stigmatisation est importante à évaluer et à modifier car elle entraîne une baisse de l'estime de soi et aggrave l'obésité par des phénomènes de comportements alimentaires compensatoires [79].

Deux adolescentes nous parlent de leur **difficulté à instaurer un changement de comportement alimentaire pour toute la famille** tout en tenant compte des goûts de chacun. Leurs petites sœurs, se sentant moins concernées, ne voulaient pas respecter ce changement d'autant qu'elles n'aiment pas les légumes. Or, l'HAS [5] recommande l'harmonisation des pratiques à l'échelle familiale afin que les changements de comportement s'inscrivent dans la durée. Hélène DESJARDINS, diététicienne, rappelle aussi l'importance de la participation de toute la famille à l'effort de changement alimentaire et non pas uniquement l'enfant ayant des problèmes de poids [16]. En effet, il risque de se sentir différent de ses frères et sœurs. Il y a aussi un risque de stigmatisation de toute la famille sur le comportement alimentaire de l'enfant. Ainsi, le changement ne se mettra pas en place sur le long terme du fait du décalage, du risque de sentiment d'échec. Il s'agit plutôt de demander aux parents les changements qu'ils se sentiraient capables de mettre en place pour toute la famille pour qu'il y ait un équilibre alimentaire et familial. Il faut mettre en avant les notions de partage, de plaisir et non pas l'objectif seul de perdre du poids. De plus, une étude [80] montre que les parents ayant de mauvais comportements alimentaires et qui imposent aux enfants de se comporter différemment provoquent un effet inverse de l'effet escompté : les enfants prennent du poids.

Une adolescente du programme apprécie tout particulièrement les repas en famille : « *On mange tous ensemble, on parle. On s'raconte notre journée, on rigole.* » **Les repas conviviaux sont importants** : les enfants et adolescents tirent d'énormes bienfaits des repas réguliers en famille. Selon une méta-analyse d'études longitudinales [81], les adolescents qui mangent **en famille** au moins trois fois par semaine réduisent leur risque d'embonpoint et de désordres alimentaires et accroissent leur probabilité d'opter pour des aliments sains. Les bienfaits psychosociaux des repas partagés incluent du temps pour échanger en famille.

Les repas traditionnels orientaux ne sont pas toujours équilibrés selon deux adolescentes. Mais, selon l'HAS [5], il s'agit de respecter les coutumes familiales en matière d'alimentation afin de garder l'adhésion de la famille : « Il est recommandé que les objectifs soient retenus en accord avec le patient et sa famille en tenant compte de leurs goûts et des représentations familiales de l'alimentation, liées au contexte social ou culturel. »

Ainsi, pour résumer, le rôle des parents dans l'alimentation de l'enfant est défini comme suit selon l'HAS [5] : « Les parents ont un rôle capital à jouer ; ils guident l'enfant en lui transmettant toute une histoire imprégnée des traditions de la famille, lui servent de modèle à imiter et se portent garants du cadre éducatif. »

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

En matière d'activité physique en famille, quatre adolescents disent **ne pas partager d'activités en famille soit par manque de temps des parents, soit par choix d'un mode de vie sédentaire**. Quatre autres nous font part de leurs sorties hebdomadaires en famille. Les habitudes de vie parentales, en particulier la pratique d'une activité physique régulière, retentissent sur la corpulence de l'enfant. Ainsi, lorsqu'aucun parent ne déclare pratiquer une activité sportive régulièrement, il y a plus de risque de surpoids et d'obésité pour leurs enfants. Si ce type d'activité est déclaré par au moins l'un des parents, les pourcentages d'enfants en excès de poids sont divisés par presque deux [82]. Dans une autre étude [83], l'activité physique des enfants est associée à celle des parents, et ce indépendamment du statut socioéconomique.

Pour conclure sur le rôle de la famille dans la prise en charge de l'obésité des adolescents : **l'implication et le soutien de toute la famille dans les changements d'habitudes de vie alimentaires et sportifs est indispensable pour une réussite du projet.**

e. Le rôle des pairs

Les adolescents rapportent **des comportements stigmatisants des pairs de plusieurs ordres** : sous forme de critiques et moqueries, de harcèlement moral, de violence physique. Cette stigmatisation entraîne une peur du regard des autres, un manque de confiance en soi. Une étude [84] s'est intéressée à la perception par les adolescents des comportements des pairs dont sont victimes les jeunes en surpoids. Ils rapportent des moqueries, des critiques pendant les activités physiques, une exclusion des pairs des activités sociales. Ils peuvent aussi être victimes de mauvaises rumeurs à leur sujet. Ils ont également remarqué que les adolescents obèses pouvaient être victimes de violences physiques.

A contrario, les adolescents rapportent aussi **des attitudes positives de leurs pairs qui les soutiennent** dans leur problème de poids : *Il y en a qu'un seul qui me dit rien ! (…) Il fait même pas de blagues dessus. Il me dit rien ! Et quand il peut il me félicite.* Or, le soutien affectif des pairs est important comme en témoigne une étude qualitative sur les sources et types de support sociaux importants pour les adolescents en surpoids [85].

Plusieurs adolescents souffrent **d'un retentissement scolaire important de leur obésité** avec notamment **un complexe important à passer à l'oral par peur du jugement.**

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. *LES INFIRMIERS SCOLAIRES*

a. Rôle des infirmiers scolaires dans le surpoids et l'obésité des adolescents

i. Les textes

Le décret n°2012-762 du 9 mai 2012 statut le rôle des infirmiers de l'Education Nationale : « les membres des corps d'infirmiers (…) qui sont affectés dans les établissements d'enseignement participent aux actions de **prévention et d'éducation à la santé** auprès des élèves et des étudiants. Ils assurent **un accompagnement et un suivi personnalisé des élèves tout au long de leur scolarité.** ». La prévention et la prise en charge de l'obésité des adolescents fait donc bien partie de leur domaine de compétence.

Les experts de l'INSERM [70] émettent des recommandations quant aux rôles des infirmiers scolaires dans l'obésité des enfants et adolescents. Ils doivent :

- Etre formés au dépistage et à la prévention de l'obésité : Le médecin et l'infirmier scolaires ont un rôle important à jouer dans le dépistage de l'obésité chez les enfants. Leur formation doit être en phase avec l'évolution des connaissances. Le groupe d'experts recommande que médecins et infirmiers scolaires soient formés au dépistage de l'obésité chez l'enfant (calcul de l'IMC) et qu'ils puissent en cas d'obésité détectée conseiller la famille pour une prise en charge médicale. Le médecin et l'infirmier scolaire doivent être parties prenantes des actions de prévention et d'éducation mises en place localement, régionalement ou au niveau national par un travail en réseau.
- Lutter contre la stigmatisation des enfants obèses
- En matière de dépistage :
    - **Mesurer et peser les enfants tous les ans pour suivre l'évolution de la courbe de corpulence**. Le groupe d'experts recommande que dans le cadre de la médecine scolaire, tous les enfants soient pesés et mesurés systématiquement chaque année à partir de l'âge de six ans pour le dépistage de l'obésité (calcul de l'IMC) et que les parents soient informés des résultats.
    - **Identifier les enfants à risque de développer une obésité et repérer les enfants obèses nécessitant une prise en charge médicale la plus précoce possible.** Le groupe d'experts recommande que tous les enfants présentant un IMC supérieur au 97ème centile après leur rebond d'adiposité (vers 6 ans) soient considérés comme obèses et pris en charge médicalement. Si le dépistage a lieu en milieu scolaire, les parents doivent être informés et incités à consulter leur médecin traitant ou les services compétents.
- En matière de prévention :
    - **Prévenir le développement d'une obésité chez l'enfant à risque par un rééquilibrage de son alimentation et la lutte contre la sédentarité.**

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- **Ils doivent aussi promouvoir pour tous les enfants l'activité physique comme facteur de bonne santé.**

Mais, **il n'y a pas de législation émise par le ministère de la Santé pour statuer le rôle des infirmiers scolaires en matière d'obésité.** Ainsi, en 2012, les infirmiers de l'Education Nationale du collectif « unis contre l'obésité infantile » réclament dans une lettre ouverte à la Ministre de la Santé une législation en matière de « lutte contre l'obésité ». Ils sont soutenus par le SNIES (Syndicat National des Infirmiers Educateurs de Santé). Dans un communiqué de presse, le SNIES rappelle l'importance des infirmiers scolaires dans la prise en charge de l'obésité infantile. Ils peuvent **consulter les enfants en grande section maternelle, systématiquement une à deux fois en primaire et une fois au collège.** Ces bilans infirmiers sont l'occasion **d'aborder l'hygiène de vie** (petit-déjeuner, habitudes alimentaires, pratique sportive, activités extra-scolaires). Lorsqu'ils **dépistent un surpoids ou une obésité, ils mettent en place un suivi personnalisé consistant en un accompagnement et à faciliter l'accès aux soins.** (…)Depuis plusieurs années, priorité est mise sur le calcul de la courbe d'indice de masse corporelle, intégrée au logiciel de gestion infirmier. Des statistiques annuelles nous permettent de mettre en évidence des pourcentages d'élèves en surpoids ou en obésité afin de suivre son évolution. Riche de ces données, les infirmiers mettent en place **des actions collectives ou individuelles d'éducation à la nutrition**. En tant que **référent santé auprès des directeurs et chefs d'établissements**, ils impulsent une **réflexion sur les collations en milieu scolaire** (remplacement par des produits sucrés par des fruits). Ils sont souvent à l'initiative de « **commissions menus »**, auxquelles participent élèves, personnels de restauration et de santé. Ces commissions sont chargées d'élaborer les menus en respectant l'équilibre alimentaire, l'attrait gustatif et les contraintes budgétaires et organisationnelles de la restauration collective.

Même si le rôle des infirmiers scolaires dans l'obésité infantile n'a pas été légiféré, des mesures pour **la prévention du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire ont été prises par le gouvernement [86].**

Premièrement, les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants sont interdits dans les établissements scolaires depuis 2005. Les établissements scolaires sont incités à installer des fontaines d'eau réfrigérée.

Deuxièmement, un bilan de santé est obligatoire entre cinq et six ans. Il comprend le repérage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage : problèmes visuels, auditifs, troubles du langage. Il prévient et détecte les cas d'enfants maltraités. Puis, des examens médicaux sont effectués tout au long de la scolarité. Si des problèmes de santé ont été repérés une prise en charge et un suivi adaptés à l'enfant sont réalisés. **Mais, finalement, il n'y a pas de bilan de santé systématique mis en place par l'Education Nationale pour les collégiens.**

Troisièmement, une promotion de l'activité physique est recommandée : la prévention du surpoids et de l'obésité implique un apprentissage concernant les apports et les dépenses énergétiques. Les cours d'éducation physique et sportive jouent un rôle essentiel.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Et dernièrement, il y a des recommandations concernant les collations et goûters : la collation matinale à l'école n'est ni systématique, ni obligatoire. D'autres moments de la vie de l'école sont l'occasion d'apports alimentaires supplémentaires : goûters d'anniversaire, fêtes de Noël ou de fin d'année... Ces événements festifs offrent un moment de convivialité, de partage et de plaisir. Il est souhaitable de ne pas les multiplier et de les regrouper par exemple mensuellement, afin d'éviter des apports énergétiques excessifs.

ii. Perception par les infirmiers de leur rôle et de ses limites dans la prise en charge de l'obésité des adolescents

Le sentiment qui ressort est que les infirmiers se sentent **en difficulté, en échec dans leur rôle auprès des adolescents obèses.** Une infirmière dit se sentir « très inefficace » dans son rôle dans ce domaine. En effet, ils l'expliquent parce qu'ils considèrent que l'obésité est **une maladie complexe**. Contrairement à d'autres maladies chroniques comme le diabète, elle apparaît aux yeux de tous, mais cache une problématique complexe : *Ça c'est la partie visible de l'iceberg,* comme le dit un des infirmiers. Il y a souvent pour les infirmiers une problématique sociale et familiale derrière difficile à appréhender. De plus, elle **nécessite une prise en charge pluridisciplinaire** et les infirmiers perçoivent leur rôle comme minime parmi tous les acteurs impliqués dans l'obésité de l'enfant.

Un autre frein repéré par les infirmiers dans l'investissement de leur rôle dans l'obésité chez les adolescents est que **leur rôle n'est pas toujours bien connu des adolescents et des familles** qui ne vont ainsi pas les solliciter.

Même si les infirmiers se sentent souvent en échec dans leur rôle auprès des adolescents obèses, **ils reconnaissent avoir des actions variées face à ce problème** : conseiller et éduquer notamment en matière d'équilibre alimentaire, adopter une approche globale de cette maladie complexe, accompagner l'enfant et entretenir sa motivation, être un élément déclencheur de prise en charge, dépister les enfants en surpoids et obèses.

Le rôle de dépistage a suscité un débat parmi les infirmiers : l'un des infirmiers travaillant en collège estimait qu'il s'agissait d'un rôle important surtout pour les infirmiers travaillant avec les enfants plus jeunes. Alors, qu'une infirmière réalisant les examens systématiques en primaire et confrontée à la situation émettait des réserves. Elle a fait part de ses difficultés : elle est confrontée à l'annonce du diagnostic à des enfants et des parents qu'elle ne connait pas. Par ailleurs, deux infirmières considèrent que le rôle de dépistage reviendrait plutôt au médecin traitant qui voit régulièrement l'enfant. Mais, celui-ci ne remplirait pas toujours son rôle selon elles. Elles relèvent alors deux types de difficultés face au manque d'investissement du médecin traitant dans le dépistage : une difficulté de positionnement vis-à-vis du médecin traitant et la peur de manquer de crédibilité auprès des parents. Dans la thèse d'Emilie DUCREUX [87], les médecins généralistes évoquent plusieurs freins au dépistage et à la prise en charge de l'obésité chez l'enfant : une majorité d'entre eux ne se sentent pas compétents dans le domaine, ils manquent de temps, l'enfant et sa famille n'adhèrent pas toujours au projet thérapeutique.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une limite soulevée par une autre infirmière est qu'il n'y a pas de consensus de l'Education Nationale pour un dépistage systématique des problèmes de santé dans les collèges.

Les autres rôles énoncés par les infirmiers sont : le lien avec les parents, un rôle d'orientation vers une ressource extérieure (le médecin traitant, le programme d'ETP de Carpentras, une institution spécialisée). Mais, les infirmiers se sentent unanimement démunis dans leur rôle d'orientation. Leurs contacts jusqu'à présent étaient très vagues, voire absents.

b. Quand et comment aborder le surpoids avec les adolescents ?

i. Les difficultés et les craintes

Les infirmiers considèrent que parler du surpoids avec les adolescents fait partie de leur rôle. Mais ils émettent des **réserves sur la manière et le moment de l'aborder**. L'abord du sujet du poids n'est **jamais**, et ce de manière unanime, **direct et immédiat** ; sauf s'il y a des critères de gravité précise un infirmier. Ils admettent que c'est un **exercice compliqué. Ils ont peur : de blesser l'adolescent, de le stigmatiser, de le braquer**. Une adolescente confirme d'ailleurs cette crainte de stigmatisation qui freine les infirmiers à aborder le sujet du poids : *Parce que, ça aurait été l'infirmière du collège ou quoi je me serais dit, ben en fait, elle regarde que ça quoi, je l'aurais mal pris.* En fait, en analysant les propos de Cécile, on comprend qu'elle veut transmettre l'idée que l'annonce du surpoids doit venir d'une personne de confiance, ce qu'ont très bien compris les infirmiers.

Pour une infirmière il faut arriver à « **saisir le bon moment**. » pour parler du poids à l'adolescent. Mais quand est-ce qu'il s'agit du bon moment ? Certaines situations permettent d'aborder le sujet du poids et d'être mieux entendu : lorsque l'enfant exprime une souffrance, une demande ; quand il a un souci physique récurrent qui peut être relié au surpoids. Mais parfois le « bon moment » est décrit de manière plus abstraite, basé sur le ressenti du professionnel de santé : *Je pense que c'est, le bon moment c'est l'élève qui…(…) Enfin, on sait que, qu'on peut y aller (…) Il donne des signes hein.* Une infirmière précise que l'abord du sujet est personnalisé, en fonction de l'adolescent.

Les infirmiers expliquent leurs difficultés à aider les adolescents dans leur problématique de poids par plusieurs raisons :

- Il s'agit d'un public difficile à intéresser ;

- Les adolescents n'ont pas toujours conscience du surpoids et de ses conséquences. Lorsque l'enfant a conscience de son surpoids ou de son obésité, il adopte plus souvent une stratégie de contrôle ou de perte de poids [88].

- La mauvaise estime de soi, fréquente chez les adolescents en surpoids, rend difficile l'adhésion à une prise en charge.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans la manière d'aborder le sujet avec les adolescents, ils mettent des précautions, des freins : **un abord prudent, adapté en fonction de l'adolescent et de ce qu'il leur renvoie.** Mais finalement ces précautions suscitent des interrogations pour une infirmière : est-ce une bonne ou une mauvaise attitude ? Le mémoire qualitatif de Laura PONTIER [89] s'est intéressé au ressenti des enfants obèses lors du premier abord de la question du poids par le médecin. Elle se demandait si la souffrance était réellement induite par le diagnostic lui-même ou plutôt par la pathologie. Le mémoire conclut que la crainte d'engendrer une souffrance que peuvent avoir les médecins généralistes lorsqu'il faut aborder le surpoids ou l'obésité d'un enfant n'est pas justifiée. C'est la pathologie elle-même qui est source de souffrance physique, morale et sociale chez l'enfant. En parler, expliquer et proposer une prise en charge est vécu de manière très positive par ces jeunes patients. Le poids des mots est ressenti surtout par le médecin, l'enfant lui n'a aucun problème tant qu'on lui explique.

Un infirmier parle aussi de l'importance de poser les choses, de ne pas être trop précautionneux pour faire passer le bon message : *Mais il faut quand même à un moment donné, il faut appeler un chat un chat, il y a réellement une problématique.*

ii. Les solutions utilisées par les infirmiers

Ils constatent qu'il faut **être patient, créer du lien, mettre les adolescents en confiance** avant de pouvoir échanger avec eux sur le poids. L'INPES [34] recommande aux professionnels d'adopter une attitude de mise en confiance avant que la démarche de prise en charge du poids ne s'installe. En effet, les adolescents consultent rarement, alors qu'ils ont des choses à dire pour peu qu'on leur donne « l'envie, la sécurité et les moyens de s'exprimer ». Il faut leur accorder du temps : « Si leur demande spontanée est faible, les entretiens engendrés une fois la démarche et la confiance installées peuvent être longs [90] ». Derrière la demande exprimée par l'adolescent ou par son entourage, il peut y avoir une demande sous-jacente, une entrée en matière, une façon de tester, de se donner le temps. Il est nécessaire de créer du lien pour mettre l'adolescent en confiance et permettre qu'il exprime ses préoccupations, ses attentes. C'est à cette condition qu'il identifiera le professionnel de santé comme une personne ressource, qui sera alors en capacité de répondre de la manière la plus appropriée à ses demandes explicites et implicites. Dans ce contexte, l'adolescent pourra être véritablement acteur de sa santé [91].

Les infirmiers utilisent **différentes accroches pour aborder le sujet avec les adolescents**. Une infirmière utilise comme porte d'entrée **les conséquences en matière de santé à l'âge adulte**. Mais est-ce que cette approche est réellement efficace, car nous l'avons vu plus haut, les adolescents se sentent invulnérables en matière de santé ? La majorité des infirmiers utilisent **des moyens indirects** : en s'appuyant sur un motif de consultation qui puisse avoir un lien avec le poids, lors de demandes de dispense de sport ou d'un incident survenu en cours de sport, au détour d'une conversation. D'autres parlent de l'équilibre alimentaire avec les

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

enfants. Même si les infirmiers ne trouvent pas l'occasion à chaque consultation d'aborder le sujet du poids comme conseillé par l'INPES [48], ils repèrent des situations plus favorables pour échanger.

Les infirmiers utilisent **des techniques de communications pour mieux faire passer le message**. Ils adoptent par exemple **un discours positif**. Ainsi, vis-à-vis de l'alimentation un infirmier conseille de ne pas parler de régime, de privation, mais plutôt des bénéfices d'une alimentation équilibrée. Il s'agit aussi de susciter mais de ne pas imposer le changement. Anne GERBER, Directrice de crèche, témoigne lors de la journée d'échange sur le poids des mots dans l'obésité de l'enfant [46]. Elle conseille de s'adresser directement aux enfants et de tenir un discours positif vis-à-vis des changements alimentaires : présenter le repas de façon appétissante, communiquer sur le plaisir de manger, sur l'importance de partager des repas conviviaux en famille. Lors de la même journée d'échange, Delphine Sauvageon, Professeur en activité physique adaptée, conseille d'adopter un discours éducatif et non moralisateur. « Les jeunes savent que leur hospitalisation est due à leur poids, ils en connaissent les risques physiologiques et en souffrent. Notre rôle et de leur faire comprendre les bienfaits de l'activité physique, ce qu'ils peuvent gagner à augmenter les dépenses énergétiques, à prendre du plaisir dans le mouvement. »

Ils utilisent aussi des outils tels que **la pyramide alimentaire** pour certains, ou **la tablette numérique** pour d'autres ; qui permettent d'engager la conversation autour de l'équilibre alimentaire puis du poids : *On a reçu dans les établissements une petite pyramide euh alimentaire, en forme de pyramide. Du jour où j'ai posé ça sur mon bureau, les élèves se sont mis à me poser des questions sur l'alimentation. (…) Ils prennent la pyramide, ils la tournent pendant qu'on discute, et après ils me posent des questions sur l'alimentation.*

c. Quand et comment aborder le surpoids avec les parents ?

Les infirmiers contactent majoritairement les parents **par téléphone**, plutôt que par écrit (sous forme d'avis infirmier), ce qui leur permet d'adapter leurs discours en fonction de la réaction des parents. Dans certains cas les infirmiers demandent à voir les parents, lorsque ces-derniers sont réceptifs ou quand ils estiment qu'une prise en charge est nécessaire. Une infirmière précise que les échanges de visu sont plus riches et permettent de mieux comprendre et appréhender la situation.

Mais le contact des parents n'est **pas systématique** : les infirmiers le font s'ils ont l'accord de l'adolescent, si le problème n'est pas connu et la prise en charge non initiée et si l'adolescent est en demande.

Les **difficultés** rapportées par les infirmiers sont de plusieurs ordres. Elles peuvent être liées :

- Aux parents qui sont parfois **peu réceptifs** ou **non conscient du problème de poids** de leur enfant ;
- Au positionnement de l'adolescent par rapport à sa famille : **autonomisation** progressive et **une remise en question des habitudes et croyances familiales** sont souvent nécessaires.
- Aux infirmiers eux-mêmes avec parfois **un manque de temps**.

Les infirmiers évoquent aussi des **craintes**. Certains ont peur d'une mauvaise interprétation de leur message écrit par les parents qui pourraient se sentir **remis en cause** dans leur mode éducatif. Ils ont peur

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'engendrer un sentiment de **culpabilité des parents**. De plus, ils pensent que les parents peuvent vivre leur implication dans le problème de poids de leur enfant comme quelque chose d'**intrusif.** Ils ont aussi la crainte, en contactant les parents, de **perdre la relation de confiance établie avec l'adolescent.** Ces craintes sont partagées par d'autres professionnels. Ainsi, une pédiatre, ayant participé à la journée d'échange autour du poids des mots dans l'obésité de l'enfant [46], témoigne de la sorte : « La parole du pédiatre ne sera pas toujours aisée devant une famille avec un enfant obèse à fortiori si elle consulte pour un autre motif. Ceci est parfois encore plus net lorsque l'un des parents est obèse ou en difficulté par rapport à son poids. » Lorsque les professionnels parlent avec les parents de l'alimentation de leur enfant, ils ont peur que les parents ne se sentent brusqués, montrés du doigt, culpabilisés.

Les infirmiers nous font part de leurs expériences vis-à-vis de l'abord du sujet du poids avec les parents. Les réactions des parents apparaissent contrastées. Parfois elles sont positives, avec des parents impuissants face au problème de poids de leur enfant, et contents de trouver une ressource professionnelle prête à les aider : *Moi je trouve que bon les familles avec qui j'ai eu l'occasion de parler, au collège, hein, si on se resitue dans l'âge…Euh, non, la maman était très contente de, qu'on puisse poser les choses parce que ben voilà, la réponse du médecin généraliste c'était euh…(…) Fais attention.* Mais parfois la réaction est négative avec des parents réfractaires à une prise en charge de leur enfant pourtant demandeur, ou non conscient du problème de poids de leur adolescent.

d. Le programme d'ETP vu par les infirmiers et les freins à la participation des adolescents

Ils ne savent pas tous ce qu'est l'Education thérapeutique. Certains expliquent les notions d'autonomisation du patient et d'apprentissage de comportements adaptés en matière de santé.

La communication autour du programme d'ETP pour adolescents de Carpentras n'a pas été suffisante pour une des infirmières. Mais, pour un des infirmiers il s'agit d'un projet récent qui va porter ses fruits : *Y'a ce gros travail que vous avez fait cette année de communication, je pense que ça va payer*.

Afin de favoriser la communication autour du programme d'ETP de Carpentras pour les adolescents, nous avons cherché à savoir comment les infirmiers présenteraient le programme afin de favoriser l'adhésion des adolescents concernés. Une infirmière avoue ne pas savoir comment en parler. D'autres infirmiers mettent en avant plusieurs arguments : du sport adapté en fonction des capacités propres à chaque adolescent, le partage d'un problème commun, l'avantage de la proximité du programme et de la gratuité.

Les techniques de communications à adopter selon les infirmiers sont les suivantes : partir de la demande de l'adolescent, adapter son discours en fonction de l'intérêt de l'adolescent, avoir une attitude positive.

Tous les infirmiers, de manière unanime, proposent la réalisation **d'une plaquette informative sur le programme d'ETP de Carpentras** afin de favoriser la communication autour du programme.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

C. PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS

1. LE PROGRAMME D'ETP DES ADOLESCENTS

Des modifications ont déjà été mises en place pour le programme d'ETP qui reprend sur l'année scolaire 2015-2016. En ce qui concerne la communication autour du programme, suite aux conseils des infirmiers scolaires, **une plaquette d'information** et d'adhésion vient d'être réalisée par les professionnels impliqués dans le programme d'ETP. De nouveaux ateliers ont été intégrés au programme : des ateliers de cuisine thérapeutique, d'art thérapie et de restauration de l'image de soi.

Nous proposons des pistes d'amélioration au vu des résultats, peut-être ne seront-elles pas toutes adaptables au programme d'ETP de Carpentras.

Personnaliser le programme en fonction de chaque adolescent et de ses ressources : **une prise en charge en groupe personnalisée.** L'HAS [5] conseille de prendre en compte le contexte économique, social et culturel dans lequel vivent l'enfant et sa famille et d'établir les conseils en fonction de ce contexte, en particulier quand il s'agit de milieux sociaux défavorisés. De plus chaque objectif sera adapté aux besoins, aux attentes identifiées et aux compétences et à la vie quotidienne de l'adolescent et de sa famille. Pour l'activité physique, l'HAS recommande que les objectifs et conseils en activité physique soient ajustés en fonction des facteurs personnels de l'enfant (âge, sexe, niveau de surpoids, capacités physiques, pratiques physiques existantes, motivation…) et de ses facteurs extrinsèques (possibilités familiales, environnement…).

Dans un programme d'ETP, l'HAS [7] recommande que la taille du groupe permette une bonne connaissance de chaque patient par le soignant qui réalise l'activité d'éducation thérapeutique, afin de personnaliser au cours de la séance le contenu de l'éducation thérapeutique au projet de chaque patient, et de favoriser les échanges entre les participants.

Il serait aussi bénéfique d'**adapter la prise en charge en fonction du stade de motivation de chaque adolescent.** La motivation pour un changement de comportement commence, dès lors, par une question: dans quelle phase du changement le patient se trouve-t-il? L'intervention médicale doit être adaptée au stade du processus de changement. En effet, l'erreur la plus fréquente dans le travail de motivation consiste à ne pas tenir compte du stade dans lequel se trouve le patient [41].

Inclure une prise en charge des parents. Une méta-analyse [92] a examiné les interventions familiales dans les programmes de perte de poids des enfants obèses. Elle a démontré que l'implication des parents dans les interventions induit de meilleurs résultats. Pour une autre étude [93], l'implication des parents dans la prise en charge des adolescents obèses est indispensable pour une réussite à long terme. L'obésité de l'enfant renvoie le parent vers sa propre problématique. L'aider à se rassurer et à se positionner dans son rôle d'éducateur tout en le mobilisant est une étape indispensable à son devenir de parent.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Laisser aux adolescents une part active dans le programme afin de favoriser leur implication. Ainsi, Delphine Sauvageon, professeur d'activité physique adaptée dans un centre de prise en charge des adolescents en surpoids à Grenoble, parle de son expérience [46]. Elle conseille d'entendre les demandes des adolescents et d'y répondre au mieux tout en parvenant à poser nos propres exigences. La pratique physique est imposée dans le programme suivi par les jeunes au sein du centre, et comme tous les adolescents, ils cherchent souvent à se dégager de leurs obligations. Il convient de laisser de la place pour les compromis en écoutant les envies de chacun et en expliquant clairement le pourquoi de nos approches. Des éléments peuvent être négociables (comme par exemple le choix des activités) d'autres non (le nombre d'activité par semaine). En évitant d'imposer sans discussion nous permettons un travail dans l'échange plus que dans le conflit.

Inclure aussi une information et une sensibilisation à l'impact de la sédentarité sur le poids. En effet, les adolescents participant au programme ont peu évolué sur ce point sauf Cécile qui, du fait de ses activités physiques extra-scolaires, a réduit son temps passé devant la télévision. Or, la sédentarité a un impact sur le poids, indépendant de l'activité physique [27][28].

Mais, la solution ne réside-t-elle pas dans une meilleure prise en compte du contexte social et environnemental des adolescents en surpoids pour favoriser leur adhésion ? En effet, nous avons vu dans notre étude que l'implication des parents, dans les modifications du mode de vie, est indispensable. Nous avons aussi constaté que le problème du transport et la distance par rapport aux structures sportives est un frein important pour les adolescents à participer au programme d'ETP. Par ailleurs, les difficultés sociales familiales constituaient probablement un frein à la participation des adolescents à notre programme. Nous pouvons aussi nous demander si ce n'est pas renforcer la stigmatisation que de regrouper les adolescents en surpoids et obèses ensemble ?

L'étude ICAPS [21] s'est basée sur une approche socio-écologique intégrant plusieurs niveaux et types d'actions afin d'augmenter l'activité physique chez les jeunes. Le programme a ainsi été conçu pour cibler les jeunes dans leur milieu de vie en visant simultanément chacun des trois niveaux du modèle socio-écologique : **l'individu**, **l'environnement social** (favoriser le support social : parents, enseignants, éducateurs, animateurs...) et **l'environnement organisationnel et structurel** (fournir des conditions environnementales qui favorisent l'activité physique à l'école et en dehors de l'école). ICAPS a tenu compte des freins à la pratique d'activités physiques (freins qu'on retrouve dans notre étude) : manque de temps, horaires inappropriés, éloignement et inaccessibilité des installations sportives, en proposant de nouvelles activités physiques pendant la pause de midi, les heures de permanence et en périscolaire. L'ancrage sur les établissements scolaires représente une particularité forte du projet ICAPS. Un tel ancrage est bénéfique notamment car les établissements scolaires facilitent l'accès à tous les jeunes, y compris ceux des milieux socio-économiquement moins favorisés, dont il est connu qu'ils sont particulièrement vulnérables en termes d'inactivité physique et d'état de santé.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les résultats du projet ICAPS sont probants : il a été montré des effets bénéfiques sur la prévention du surpoids chez les jeunes et une augmentation de la pratique d'activité physique des élèves (l'activité physique de loisirs mais aussi l'activité physique libre dans la ville et les transports actifs au quotidien) à court et long terme. Il est aussi intéressant de noter que l'intervention a eu le même effet sur les comportements et l'état de santé quel que soit le sexe des adolescents ou leur niveau socio-économique. ICAPS n'a donc pas aggravé les inégalités sociales en termes de comportement et de santé.

S'appuyant sur ces résultats positifs, l'INPES propose un document avec des fiches pratiques destinés aux professionnels afin d'élaborer et de développer un projet de type ICAPS [94] La mise en place d'un tel projet demande beaucoup d'investissement mais est peut-être à envisager…

2. *GUIDE PRATIQUE POUR LES INFIRMIERS SCOLAIRES*

Guide pratique destiné aux infirmiers scolaires pour mieux communiquer autour du surpoids et de l'obésité des adolescents

Quand parler du poids avec les adolescents ?

Selon l'INPES, pour tout professionnel de santé, chaque consultation peut-être l'occasion d'aborder le sujet du poids. Trois types de situations sont identifiés :

- Il peut s'agir de répondre à une demande d'emblée explicite d'un adolescent, venu consulter pour ce motif.
- Parfois, ce n'est que dans un deuxième temps que le motif de la consultation s'avère être en lien avec le surpoids (par exemple, une demande de dispense de sport, un problème orthopédique, un problème respiratoire…)
- Mais le surpoids, qu'il soit manifeste ou non, peut aussi être dépisté à l'occasion d'une consultation pour un tout autre motif. Dans ce cas, commencer par répondre à la demande initiale du jeune permet d'établir un climat de confiance propice pour aborder ensuite la question du poids.

Comment parler du poids avec les adolescents et sa famille et débuter une prise en charge ?

1/ Dépister le surpoids

- **Calculer et reporter la valeur de l'IMC sur la courbe de référence** (courbes du PNNS 2010) [O1]. Outil : Le disque d'indice de masse corporelle [O2].
- **Retracer l'historique de la corpulence**
- **Prolonger la courbe au-delà de l'âge actuel** pour visualiser ce que pourrait être l'évolution spontanée.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

2/ Susciter la discussion autour des habitudes de vie et du poids

La demande spontanée des adolescents est faible, bien qu'ils aient des problèmes de santé. Il est du rôle du professionnel d'engager le dialogue autour des problèmes de santé de l'adolescent.

Utiliser des outils pour amorcer le dialogue : soit pour aborder les sujets dans l'instant, soit pour dire à l'adolescent de revenir après les avoir consultés : « *Je tiens à ta disposition des documents qui concernent différents aspects de ta santé. Je peux les détailler avec toi maintenant ou à un moment que nous pourrions déterminer ensemble.* ». Les outils à proposer :

- **Questionnaire HEADSS** : sont proposés dans ce questionnaire une série d'items adaptés aux adolescents pour recueillir des informations pertinentes qui affectent leur santé [O3].
- **Affiches** : « Ta santé tu peux en parler. » Cette affiche peut être apposée dans la salle d'attente. Au travers de mots (sujets positifs ou négatifs sensibles à l'adolescence), se forme la phrase « Ta santé tu peux en parler » permettant ainsi à l'adolescent d'identifier que tous ces sujets participent à sa santé globale et peuvent être abordés avec son professionnel de santé [O4].
- **Pyramide alimentaire du PNNS :** c'est un outil visuel simple qui permet d'aborder l'alimentation équilibrée [O5].
- **Le guide alimentaire pour les ados du PNNS :** c'est un guide alimentaire destiné aux adolescents qui rappelle les repères nutritionnels du PNNS [O6].
- **Tablette numérique :** pour communiquer sur les problématiques de santé.

Quand l'adolescent n'est pas demandeur d'un échange, quand il ne souhaite pas aller au-delà du motif initial de consultation :

- Il faut s'attacher sans intrusion à lui transmettre une attention et **une ouverture au dialogue possible** :

« À part ça? » ou « Est-ce que tu aurais envie de me parler d'autre chose? » ou « Est-ce que tu as d'autres soucis ou questions? » Éventuellement: « Sache que je ne suis pas là que pour te soigner mais que nous pouvons parler de ta santé plus généralement quand tu le souhaites… »

3/ Ecouter et comprendre

- **Partir de la demande de l'adolescent et ses parents** : Quelle est la demande de l'adolescent ? Quelle est la demande de la part des parents ? Evaluer la confiance que l'enfant et ses parents ont dans leurs capacités à effectuer des changements, identifier des freins éventuels, mais aussi des leviers et des demandes d'aide.
- **Comprendre leur vécu, leurs habitudes et les représentations de l'enfant et de sa famille.**
  Outil : utiliser des **questions ouvertes** qui encouragent l'enfant et sa famille à s'exprimer et permettent de mieux cerner leur vécu, leur expérience, leurs pensées.

Exemple de questions

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le vécu du poids : *Comment te sens-tu (à la maison, à l'école ou au lycée, avec tes amis) ? Qu'est-ce que tu penses de ton poids ? Et tes copains, qu'est-ce qu'ils disent ? Que pensez-vous de la corpulence de votre enfant ? D'après vous, comment le vit-il ?*

Le risque et les conséquences du surpoids : *Es-tu inquiet ou préoccupé par ton poids ? Pourquoi ? Son poids vous préoccupe-t-il ? D'après vous, quelles peuvent être les conséquences de son surpoids pour sa santé ? Et pour sa vie quotidienne ?*

L'alimentation : *Est-ce que manger est important pour toi ? À ton avis, quel est le rapport avec ton poids ? Comment se passent les repas à la maison?*

L'activité physique et la sédentarité : *Qu'est-ce que tu aimes faire comme activités à la maison? Et dehors ? Quels sports aimes-tu? Quelles activités faites-vous le week-end ? Comment les enfants passent-ils leur temps en dehors de l'école ?*

La prise en charge : *Selon vous/toi, qu'est-ce que vous/tu seriez/serais capable de modifier?*

- Puis **évaluer la motivation de la famille à changer ses habitudes** : motivation des parents à guider et accompagner leur enfant, motivation de l'adolescent à s'autonomiser, à prendre ses marques et soin de lui. C'est une étape indispensable avant d'engager un changement avec la famille.

Outil : Le modèle transthéorique de changement de comportement de **Prochaska- Di Clemente [R3]** qui présente différents stades de motivation. Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve. A chaque étape correspond des modes d'intervention adaptés.

1/ Stade précomtemplatif : patient dans le déni de son obésité. Informer le patient.

2/ Stade contemplatif : je sais que j'ai un problème mais je ne suis pas prêt à agir. J'ai besoin d'aide. Discuter à propos des avantages et inconvénients d'un changement et augmenter la confiance en soi du patient.

3/ Préparation à l'action : les patients s'informent sur les différentes possibilités de changement, de manière très concrète. Encourager le patient.

4/ Stade action : j'ai un problème et j'agis. Interroger le patient sur ses expériences. Manifester de l'empathie.

5/Stade de maintien : du nouveau comportement (alimentaire, activité physique). Accompagner le patient et proposer de l'aide si besoin.

6/ Stade de rechute. Garder une attitude positive. Relativiser et remotiver.

4/ Expliquer le diagnostic et la prise en charge

Expliquer l'obésité, prouver sa gravité aux moyens de bilans médicaux, persuader qu'il faut se soigner **ne doivent pas précéder la demande d'aide.** Le patient n'entendra pas.

a. La courbe de corpulence

- Elle est **un outil précieux pour amorcer le dialogue** et **un appui pour expliquer ce qui a été repéré**. Ainsi, elle permet d'expliquer que cette prise de poids est une réalité, et non une impression.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- **Les courbes du PNNS 2010 sont les courbes de référence en France [O1].**

b. Le choix des mots *(selon le témoignage de Sophie Treppoz) [R1]*

- Annoncer les choses avec **diplomatie et franchise**.

  Phrase d'amorce : « *il est en train de se passer quelque chose* ».

- Utilisation possible de **métaphores** pour faire passer le message.

  Exemple pratique : **La métaphore du carburant automobile** : « *Il est rentré dans le corps de votre enfant plus de carburant, qu'il n'en a dépensé et du coup votre enfant a stocké. Il a stocké ce qu'il a emmagasiné en trop sous forme de masse grasse. Ce qui explique qu'aujourd'hui l'indice de masse corporelle est plus haut que celui que j'attendais.* »

- **Reprendre les termes utilisés par la famille**.

  Exemples pratiques : si la famille vient en disant « *mon enfant est obèse, on vient parce-que mon enfant est obèse* » : utiliser, si c'est justifié, ce terme-là, en expliquant bien qu'il y a une terminologie médicale et que au sens social du terme, il n'y a pas de jugement de valeur.

  Si en revanche les parents disent : « *il est un peu trop gros* » ou « *il est trop rond* » : reprendre ces termes-là, ça ne les heurtera pas du fait que ce sont eux qui les ont utilisés, même si le profesionnel de santé n'a pas la même perception de ces termes.

c. Attitude à adopter

- **Un discours positif, éducatif mais non moralisateur**.

  Pour les changements alimentaires : communiquer sur le plaisir de manger, sur l'importance de partager des repas conviviaux en famille, sur les bénéfices d'une alimentation équilibrée. Ne pas parler de régime et de privation.

  Pour l'activité physique : faire passer les messages de l'importance d'une pratique physique régulière en communiquant sur les bienfaits de l'activité physique, sur le plaisir apporté par le sport. Le but est de **susciter mais ne pas imposer le changement**.

- **Considérer l'adolescent et s'adresser à lui** : S'adresser directement à l'adolescent permet dès le départ une alliance thérapeutique.

d. Un suivi à initier

- **Etre patient et établir une relation de confiance sur la durée** avec l'adolescent et sa famille. Tant qu'il n'y aura pas de relation de confiance établie entre patient et soignant il n'y aura pas d'action possible. Souvent, derrière la demande exprimée par l'adolescent ou par son entourage, se cache une demande sous-jacente, une façon de tester le professionnel, de se donner le temps. Il est nécessaire de créer du lien pour mettre l'adolescent en confiance et permettre qu'il exprime ses attentes. C'est à cette condition que vous serez identifié comme une personne ressource par l'adolescent, et que vous serez en capacité de répondre de la manière la plus appropriée à ses demandes explicites et implicites. La parole n'est rien sans le lien de confiance ; **sans le lien, la parole a peu de chance d'être investie, entendue.**

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- **Laisser un temps de maturation**. Un deuxième rendez-vous spécifiquement dédié au surpoids peut être proposé quelques semaines plus tard, afin d'aborder avec le jeune et sa famille les moyens à mettre en œuvre pour un changement des habitudes de vie.

  Outil : **Tenir un journal alimentaire et d'activité physique**, que l'adolescent apportera à la consultation suivante pour mieux cerner ses habitudes.
- **Parfois, parents ou enfants ne sont pas prêts à un changement immédiat** : il faut savoir l'accepter tout en leur indiquant la possibilité d'en reparler ultérieurement s'ils le souhaitent : **laisser la porte ouverte au dialogue.**

5 / Aider, soutenir, accompagner

Puis vient l'accompagnement quand la confiance est établie et la motivation présente. Il s'agit de **bâtir en commun, avec l'adolescent et sa famille, un projet personnalisé et raisonnable**.

- **Faire tomber les idées reçues** : **pas de perte de poids** mais ralentir l'évolution de la courbe de corpulence, **pas de mise au régime**.
- **Hiérarchiser les changements possibles** du plus simple au plus difficile.
- **Fixer un seul objectif par consultation, raisonnable et choisi en concertation avec l'adolescent** (ne pas imposer le changement).
- **Renforcer, valoriser tout changement même minime**
- **Maintenir le lien** : Sur le long terme. L'adolescent doit percevoir que vous vous investissez de façon durable dans sa prise en charge. Le maintien du lien favorise un travail de prévention dans la durée. Vous êtes ainsi clairement identifié comme **une personne ressource à long terme.**
- **Lien avec le médecin traitant** : rédiger un courrier de liaison au médecin traitant afin de l'informer de ce qui a été mis en place, de la nécessité d'un suivi.
- Parfois, **déléguer ou orienter** lorsque la prise en charge nécessite un suivi pluridisciplinaire, en gardant le lien avec l'adolescent. « *Je vais te donner les coordonnées d'un spécialiste qui pourra mieux t'aider que moi à trouver des solutions à ton problème. Mais je serai en contact avec lui et n'hésite pas à reprendre contact avec moi s'il y a quelque chose que tu ne comprends pas ou dont tu souhaites discuter*… »

Comment parler du poids avec les parents ?

- **Avoir une attitude empathique, ne pas culpabiliser la famille, ne pas émettre de jugement** quant à l'éducation des enfants. Il faut y aller vraiment **avec douceur et prudence** surtout qu'il n'y a jamais d'urgence.

- **Une confiance mutuelle** : des parents en confiance avec le professionnel et des professionnels qui font confiance aux parents dans la manière d'éduquer leurs enfants. La qualité des échanges avec les parents est importante : s'ils sont empreints de respect et de connivence autour de l'éducation, il est plus facile de faire

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

passer des messages, qui seront mieux reçus. Il sera alors possible de parler aux parents du souci de poids de leur enfant. Un atout est aussi de faire confiance aux parents et de leur laisser leur place, dans ce domaine lié à l'éducation.

- **Valoriser et renforcer les savoirs et les compétences des parents** : Face à la perte de repères des parents sur la question de l'alimentation, les professionnels doivent chercher à valoriser leurs savoir-faire : " *faites-vous confiance* ", " *écoutez-vous* ". Les professionnels cherchent également à renforcer les parents dans leur rôle de « poseurs de limites » : « *C'est vous qui décidez des repas, ce n'est pas votre enfant.* » Il s'agit de repositionner ces difficultés au niveau éducatif entre tendresse et autorité.

- **Ouvrir la porte et savoir attendre** : on peut aborder la question mais si les parents ne veulent pas le dialogue, on peut gratter mais on ne force pas, on laisse la porte ouverte au dialogue ;

- **Transmettre les notions de partage en famille et de plaisir** : Le plaisir de partager des repas en famille. Le plaisir aussi de jouer avec les enfants, de faire des activités de plein air avec eux aussi souvent que possible.

- **Insister sur l'importance de la participation de toute la famille** : On aidera la famille à formuler sa proposition de changement au vu des recommandations actuelles en particulier du PNNS. « *Quel objectif est atteignable ce jour ?* » *« Par quoi selon vous, peut-on commencer aujourd'hui ?* » On voit avec la famille ce qui est modifiable. La prise en charge doit intéresser toute la famille de l'adolescent en surpoids afin de favoriser le soutien de l'adolescent et de limiter le sentiment d'isolement qui peut se développer lorsqu'un enfant est traité séparément du reste de sa famille. Le but est de changer le mode de vie de toute la famille. Il est indispensable que les parents de l'adolescent soient impliqués dans les interventions et il est important d'obtenir leur adhésion ainsi que celle de l'adolescent.

- **Adapter les objectifs** : Il faut prendre en compte les éventuelles difficultés liées aux conditions socio-économiques et adapter la prise en charge.

- Transmettre des messages simples et clairs qui **respectent les valeurs et les cultures de chaque famille.**

Recommandations actuelles en matière d'alimentation et d'activité physique

1/Généralités

- La prise en charge **n'est plus basée sur les régimes alimentaires restrictifs mais sur la modification du mode de vie**. La finalité est de **changer durablement le mode de vie** à différents niveaux (**alimentation, activité physique, sédentarité** principalement).
- La prise en charge doit s'inscrire **dans la durée**. Chez l'adolescent, il s'agit **de stabiliser le poids ou d'en perdre très progressivement.**
- L'approche diététique est nécessaire mais elle n'est pas suffisante à elle seule et doit s'intégrer à la prise en charge globale.

2/ L'alimentation

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Les **repères de consommation du PNNS** sont les suivants :

  Manger au moins cinq fruits et légumes par jour ;

  Manger des féculents à chaque repas et selon son appétit ;

  Manger des protéines une à deux fois par jour ;

  Limiter la consommation des matières grasses ajoutées

  Limiter la consommation des produits sucrés

- Les conseils en matière de **comportement alimentaire** :

  Faire attention à la façon de manger : prendre le temps d'apprécier les aliments, être attentif aux sensations gustatives afin de prendre plaisir en mangeant et de réduire les quantités ingérées.

  Arriver à trouver un équilibre en famille entre une suralimentation et une alimentation restrictive. Un cadre est nécessaire : manger en famille, à table, le plat cuisiné par les parents. Mais il s'agit aussi de laisser le choix à l'enfant de dire s'il aime, s'il a faim.

- Outils : Le PNNS a élaboré **un guide alimentaire pour les adolescents [O6]**.
  Un autre outil est **la fabrique à menus :** donne des idées de menus de saison variés pour manger équilibré toute la semaine en accord avec les repères nutritionnels du PNNS [O7].

3/ L'activité physique

- Pour l'OMS, l'activité physique comprend : le jeu, les sports, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique ou l'exercice planifié, dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.
- Selon le PNNS, pour tous les enfants et adolescents il est recommandé :

  Un minimum d'1 heure par jour d'activités physiques d'intensité modérée ou plus élevée, sous forme de sports, de jeux ou d'activités de la vie quotidienne ;

  De diminuer le temps passé à des comportements sédentaires et de les remplacer par des activités physiques ;

  De pratiquer 3 fois par semaine minimum des activités physiques d'intensité plus élevée pendant au moins 20 minutes par séance, sous forme d'activités physiques individuelles ou de sports collectifs et, pour les adolescents, inclure du renforcement musculaire ;

  De pratiquer une activité sportive une fois par semaine.

- Le PNNS a aussi élaboré des recommandations pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses :

  Pratiquer régulièrement, 2 à 3 fois par semaine, puis progressivement tous les jours, des activités physiques quelles qu'elles soient (toute occasion pour bouger est bonne), **choisies en accord avec l'enfant et ses parents**. La préférence portera sur des activités physiques adaptées, motivantes, ludiques, pratiquées entre amis, en famille voire encadrées par des éducateurs. Pour pérenniser l'activité physique, il est recommandé que l'un des premiers objectifs soit de leur en faire **retrouver le goût** et, quelle que soit l'intensité apparente de l'effort, d'obtenir une progression qui soit **ressentie comme agréable par l'enfant**.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Bibliographie :

[R1] L'obésité des jeunes. Faut qu'on en parle. *http://www.obesitedesjeunes.org/*

[R2] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Surpoids de l'enfant. Le dépister et en parler précocement. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1364.pdf (consulté le 07.09.2015)

[R3] Prochaska et coll. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf (consulté le 07.09.2015)

[R4] Muller B, Saner H. Comment motiver le patient pour changer son mode de vie ? 2008. http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2008/2008-35/2008-35-323.pdf (consulté le 24.08.2015)

[R5] Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? Avril 2007. http://education-sante-ra.org/publications/2007/formob_actes.pdf (consulté le 26.08.2015)

[R6] Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf (consulté le 17.02.2015).

[R7] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie. Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée. Paris: Direction générale de la santé; 2008. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_PNNS_-_Activite_physique_et_obesite_de_l_enfant.pdf (consulté le 22.08.2015)

Outils destinés à la pratique

[O1] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé 2010 adaptées à la pratique clinique. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes_enfants.pdf (consulté le 07.04.2015)

[O2] Disque d'Indice de Masse Corporelle de l'enfant, à consulter et à imprimer sur : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1435.pdf

[O3] Questionnaire HEADSS. A consulter via le lien suivant page 64 : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf

[O4] Affiche Ta Santé Tu Peux en Parler. A télécharger avec le lien suivant : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Affiche.pdf

[O5] Pyramide alimentaire. Télécharger l'affiche via le lien suivant : http://cdn01.foodinaction.com/wp-content/uploads/2012/03/pyramide-A4-Fr.pdf

[O6] J'aime manger, j'aime bouger – Le guide nutrition pour les ados. A consulter et télécharger via le lien suivant : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/747.pdf

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

[O7] La fabrique à menus. A consulter via le lien suivant : http://www.mangerbouger.fr/bien-manger/la-fabrique-a-menus.html

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSIONS

L'obésité est une maladie chronique évolutive dont le développement est fortement associé au mode de vie et donc au comportement de la personne dans son environnement.

Phase de développement identitaire et d'expérimentation de nouveaux comportements, l'adolescence apparait comme la période propice à l'instauration de bonnes habitudes de vie.

L'Education Thérapeutique du Patient est une méthode recommandée pour la prise en charge de l'obésité car elle va aider le patient à adopter des comportements ayant un impact positif sur sa santé.

Les infirmiers scolaires, qui ont pour mission d'assurer un accompagnement et un suivi personnalisé des élèves tout au long de leur scolarité, ont un rôle important à jouer auprès des adolescents en surpoids et obèses qui consultent peu leurs médecins généralistes.

Au travers des dix entretiens individuels des adolescents en surpoids ou obèses de l'étude, des freins et facteurs favorisants se sont dégagés, d'une part concernant les changements de leurs habitudes de vie et d'autre part quant à la participation à un programme d'ETP.

Concernant le changement des habitudes de vie, à savoir l'alimentation, l'activité physique et les comportements sédentaires, des freins et leviers ont été mis en évidence En matière d'alimentation, les adolescents avouent ne pas toujours manger équilibré ou de manière déstructurée avec des sauts de repas. Par ailleurs, ils ne se font pas d'illusion quant aux régimes alimentaires restrictifs qu'ils jugent inefficaces et inadaptés. Mais, même s'ils critiquent leur comportement alimentaire et ont de bonnes connaissances sur l'équilibre alimentaire, ils n'ont pas l'intention de modifier leurs habitudes pour la majorité d'entre eux. Ils sont dans l'ambivalence du stade de contemplation de Prochaska. Ils avancent comme raison à leur immobilité la difficulté à modifier des habitudes ancrées.

L'action sur le poids et la santé, le plaisir et la décompression qu'apportent le sport, sont autant de motivations pour les adolescents à pratiquer une activité physique. Cependant, les adolescents du programme font preuve d'une certaine ambivalence motivationnelle vis-à-vis de l'activité physique : ils se plaignent des efforts à fournir pour se rendre jusqu'aux cours de sport mais finalement reconnaissent prendre du plaisir quand ils y participent. Ils rapportent aussi une gêne physique et pour certains psychologique lors de la pratique du sport. Alors que l'implication matérielle et motivationnelle des parents est importante dans la pratique du sport des adolescents,

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

l'insistance parentale peut devenir un frein à la modification de leurs habitudes dans la durée. Il s'agit, pour les parents, de trouver le juste équilibre. Le sport scolaire, lui, n'est pas toujours adapté aux capacités physiques des adolescents en surpoids qui peuvent parfois se sentir découragés. Le soutien des professeurs d'activité physique est vécu comme un élément positif. La passion voire l'addiction pour les jeux vidéo et les réseaux sociaux sont des freins à la modification du comportement sédentaire des jeunes. Par ailleurs, les adolescents sont dépendants de la disponibilité et des habitudes sédentaires de leurs parents. La plupart des adolescents sont ambivalents quant à la restriction du temps passé devant la télévision. Certains reconnaissent que diminuer le temps passé devant l'écran serait une bonne chose et leur permettrait d'occuper leur temps libre de manière plus active et plus constructive, mais ils revendiquent une habitude ancrée et la peur de s'ennuyer comme raisons à l'absence de changement de comportement.

Les autres acteurs impliqués dans la modification de comportement aux côtés des adolescents sont les parents et les pairs. L'attitude des parents pour soutenir leurs adolescents n'est pas toujours adéquate selon ces derniers avec notamment dans certains cas, des moqueries sous forme de surnoms discriminants. De plus, les adolescents sont dépendants de la disponibilité et de l'habitude des parents en matière d'activité physique. Les pairs peuvent également avoir des comportements stigmatisants envers les adolescents obèses qui peuvent entrainer une peur du regard des autres, un manque de confiance en soi avec un vécu scolaire difficile. A contrario, les adolescents rapportent également des attitudes positives de certains de leurs pairs qui les soutiennent dans leur problème de poids. Or, le soutien des pairs est important, deux adolescentes du programme reconnaissent l'importance de leur motivation mutuelle dans la pratique du sport. La prise en charge en groupe, dans le cadre du programme d'ETP de Carpentras, favorise l'émulation entre les pairs.

Outre la motivation des pairs, d'autres leviers, mais aussi des freins ont été relevés depuis l'information jusqu'à la participation effective des adolescents au programme d'ETP. Il est important pour les adolescents que l'abord du sujet du poids et l'information sur le programme soient faits par une personne de confiance. Lors de l'adhésion au programme, les adolescents appréhendent le regard des autres et leur jugement, mais cette peur est finalement raisonnée par le partage du même problème avec les autres adolescents du programme. La modification de leur poids, la dépense énergétique et l'abstraction de leurs problèmes personnels motivent les adolescents à participer au programme de manière régulière. Cependant, le frein principal à leur participation est la distance géographique au centre qui induit un problème de transport. Un facteur favorisant commun à toutes les étapes menant à la participation au programme d'ETP est la motivation parentale. Le bilan du programme d'ETP de Carpentras est positif : c'est un facteur favorisant de changement de comportement pour les adolescents qui y participent, principalement sur la pratique d'activité physique. En effet, les adolescents ont réellement repris goût au sport en participant régulièrement aux activités proposées par le programme, mais également en s'inscrivant à des cours en complément de la prise en charge. Cependant, ce programme a manqué de recrutement pour sa première année de mise en place, c'est pourquoi nous nous sommes également intéressés aux difficultés des infirmiers scolaires à

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

proposer le programme, et plus généralement à parler du surpoids avec les adolescents. De plus, ils nous ont éclairés sur les freins et les leviers à investir leur rôle auprès des adolescents en surpoids ou obèses.

Les six infirmiers scolaires interrogés en focus groupe se sentent en difficulté dans leur rôle auprès des adolescents obèses. Ils l'expliquent par plusieurs raisons : l'obésité est une maladie complexe nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. Cependant, ils décrivent des actions variées qu'ils mènent face à cette maladie : dépistage, conseil, éducation, orientation, lien avec les parents. Ils rencontrent des difficultés inégales en fonction des actions. Ainsi, ils se sentent unanimement démunis dans leur rôle d'orientation par manque de réseau fiable. Le rôle de dépistage n'est pas toujours aisé non plus. L'annonce du diagnostic à des enfants qu'ils ne suivent pas régulièrement et le sentiment de se substituer au médecin traitant sont les difficultés rencontrées par les infirmiers en matière de dépistage.
Les infirmiers considèrent que parler du surpoids avec les adolescents fait partie de leur rôle. Mais ils émettent des réserves sur la manière et le moment de l'aborder. Ils ont peur : de blesser l'adolescent, de le stigmatiser, de le braquer. Ils préfèrent aborder le sujet avec l'adolescent après l'avoir mis en confiance, de manière indirecte, à un moment où l'adolescent semble être réceptif et en adoptant un discours positif. Par ailleurs, le contact des parents n'est pas systématique. Ils craignent d'être intrusifs, de culpabiliser les parents par rapport à leur mode éducatif et de perdre la relation de confiance établie avec les adolescents. Ils sont parfois confrontés à des parents peu réceptifs, des adolescents attachés aux habitudes parentales et à un manque de temps.

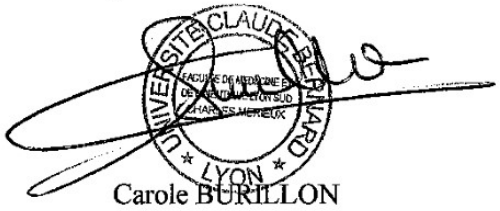
Suite à cette étude, et en s'appuyant sur les données de la littérature, des perspectives d'amélioration ont été formulées concernant le programme d'ETP de Carpentras afin de mieux informer et mieux prendre en charge les adolescents en surpoids et obèses, et des modifications en ont d'ores et déjà découlées. L'importance de l'implication parentale dans la modification de comportement des adolescents nous a fait proposer une prise en charge conjointe parents adolescents. La personnalisation du programme en fonction des ressources et du stade de motivation de chaque adolescent peut être une autre piste d'amélioration à envisager. De même que le fait de laisser aux adolescents une part active dans le programme, dans le choix par exemple des activités physiques, afin de favoriser leur implication. Les modifications qui ont déjà été mises en place par les professionnels impliqués dans le programme d'ETP sont d'une part l'intégration de nouveaux ateliers : cuisine thérapeutique, art thérapie et restauration de l'image de soi. Et, d'autre part, l'élaboration par les équipes du programme, suite à la demande des infirmiers de notre étude, d'une plaquette d'information et d'adhésion au programme.
De plus, un guide pratique destiné aux infirmiers scolaires pour mieux communiquer autour du surpoids et de l'obésité des adolescents a été rédigé dans le cadre de la thèse. Il conseille sur l'attitude à adopter vis-à-vis des adolescents et des parents depuis l'abord du sujet du poids jusqu'aux principes de prise en charge. Des exemples

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

concrets sont donnés sur les termes à privilégier. Des phrases d'accroche et des outils d'aide au dialogue sont proposés. Un résumé des dernières recommandations est également inclus.

Dans le futur, il serait utile d'évaluer la faisabilité et l'impact d'une prise en charge socio-écologique du traitement de l'obésité des adolescents sur la base du modèle ICAPS afin de nous affranchir des freins liés aux problèmes d'accessibilité et aux difficultés sociales qui ont limité la participation au programme d'ETP proposé par la maison médicale de Carpentras.

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux



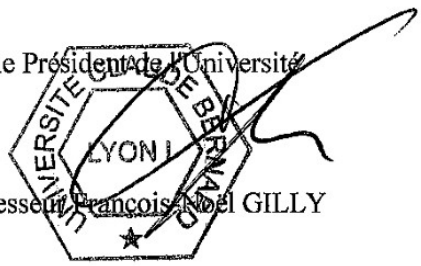
Carole BURILLON

Le Président de la Thèse

Martine Laville

Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le
14/09/15

Vu, le Président de l'Université



Professeur François-Noël GILLY

Le Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Bibliographie

[1] OMS. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf (consulté le 18.02.2015).

[2] De Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr. 2010;92(5):1257-64.

[3] InVS. Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité, chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7297 (consulté le 18.02.2015).

[4] Programme National Nutrition Santé 2001-2005. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf (consulté le 08.08.2015).

[5] HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf (consulté le 17.02.2015).

[6] OMS. Education Thérapeutique du Patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf (consulté le 10.09.2015)

[7] HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf (consulté le 23.03.2015)

[8] Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Obésité. 2014 ;9:302-328.

[9] Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. Brit Med J. 2000;6;320(7244):1240-3.

[10] INPES. Courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé 2010 adaptées à la pratique clinique. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes_enfants.pdf (consulté le 07.04.2015)

[11] The NS, Suchindran C, North KE, Popkin BM, Gordon-Larsen P. The association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. JAMA. 2010;10;304(18):2042-7.

[12] Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. New Engl J Med. 1997;25;337(13):869-73.

[13] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. A national clinical guideline. Edinburgh;2010.

[14] Programme National Nutrition Santé. J'aime manger, j'aime bouger. Le Guide nutrition pour les ados. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/747.pdf (consulté le 20.08.2015)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

[15] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine;2003

[16] Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique Franche-Comté. L'obésité des jeunes. Faut qu'on en parle. http://www.obesitedesjeunes.org/ (consulté le 20.08.2015)

[17] Toubro S, Astrup A. Randomised comparisons of diets for maintaining obese subjects' weight after major weight loss: ad lib, low fat, high carbohydrate diet v fixed energy intake. Brit Med J. 1997;4;314(7073): 29–34.

[18] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective; 2010.

[19] Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. J Pers. 1975;43(4):647-60.

[20] OMS. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/2-1_recommandations_aps_oms.pdf (consulté le 22.08.2015)

[21] Simon C, Schweitzer B, Oujaa M, Wagner A, Arveiler D, Triby E, et al. Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. Int J Obesity. 2008;32(10):1489-98.

[22] LeMura LM, Maziekas MT. Factors that alter body fat, body mass, and fat-free mass in pediatric obesity. Med Sci Sports Exerc 2002;34(3):487-96.

[23] Programme National Nutrition Santé. Activité physique et santé. http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SynthesePNNS-AP.pdf (consulté le 20.08.2015)

[24] Physical Activity Guidelines for Americans. http://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf (consulté le 22.08.2015)

[25] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie. Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée. Paris. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_PNNS_-_Activite_physique_et_obesite_de_l_enfant.pdf (consulté le 22.08.2015)

[26] Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire. A l'intention des jeunes âgés de 12 à 17 ans. 2011. http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_SBGuidelines_youth_fr.pdf (consulté le 23.08.2015)

[27] Must A, Tybor DJ. Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. Int J Obesity. 2005; 29 Suppl 2:S84-S96.

[28] Hawkins SS, Law C. A review of risk factors for overweight in preschool children: a policy perspective. Int J Pediatr Obesity. 2006;1(4):195-209.

[29] HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf (consulté le 23.03.2015)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

[30] WHO. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf (consulté le 11.09.2015)

[31] Reach G, Basdevant A, Bertin E. Réflexion sur l'éducation thérapeutique du patient, suivie de propositions. Document de synthèse réalisé à partir des travaux préparatoires de deux groupes de travail. 2014. Repris dans le rapport de l'Académie nationale de médecine 2014, coordonné par Jaffiol C et Corvol P. L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/01/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-3.pdf (consulté le 23.03.2015)

[32] HAS. Recommandations : Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf (consulté le 11.09.2015)

[33] OMS. Santé de l'adolescent. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr (consulté le 24.08.2015)

[34] INPES. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf (consulté le 11.09.2015)

[35] Sommelet D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf (consulté le 11.09.2015)

[36] Birraux A, Lauru D. Le poids du corps à l'adolescence. Albin Michel ; 2014.

[37] Myriam Oury. Les adolescents et leur santé en 1988 : résultats d'une enquête réalisée auprès de 432 lycéens lyonnais âgés de 15 à 16 ans. Thèse d'exercice : Médecine : Lyon 1 ; 1988.

[38] Programme National Nutrition Santé. Pour qui ? Adolescents. http://www.mangerbouger.fr/adolescents/ (consulté le 24.08.2015)

[39] INPES. Baromètre Santé Nutrition 2008. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf (consulté le 24.08.2015)

[40] Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48.

[41] Muller B, Saner H. Comment motiver le patient pour changer son mode de vie ? 2008. http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2008/2008-35/2008-35-323.pdf (consulté le 24.08.2015)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

[42] Institut National de la Santé Et de le Recherche Médicale. Stratégies de promotion de l'activité physique. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=12 (consulté le 24.08.2015)

[43] Université Joseph Fourrier Grenoble 1. Guide pour la conduite d'entretien. http://www.suristat.org/document/documentArticle/guide_entretien_fourier_1.pdf (consulté le 11.09.2015)

[44] Revillard A. Aide-mémoire : préparer et réaliser un entretien. http://www.issit.tn/issit/userfiles/downloads/Aide%20memoire%20entretien.pdf (consulté le 11.09.2015)

[45] Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf (consulté le 11.09.2015)

[46] Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. Obésité de l'enfant : le poids des mots. Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? http://education-sante-ra.org/publications/2007/formob_actes.pdf (consulté le 11.09.2015)

[47] Ledoux S, Choquet M. Attentes et comportements des adolescents. Rapport de recherche. Montpellier : Editions Espaces 34 ; 1998.

[48] INPES. Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1364.pdf (consulté le 11.09.2015)

[49] Institut National de la Santé Et de le Recherche Médicale. Enquête épidémiologique Nationale sur le Surpoids et l'Obésité. http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf (consulté le 08.09.2015)

[50] Darmon N. Le gradient socio-économique de l'obésité. Académie d'Agriculture de France. 2012. Séance du 25 janvier.

[51] Male adolescents' reasons for participating in physical activity, barriers to participation, and suggestions for increasing participation. Allison KR, Dwyer JJ, Goldenberg E, Fein A, Yoshida KK, Boutilier M. Adolescence. 2005;40(157):155-70.

[52] Salvy SJ, Bowker JC, Germeroth L, Barkley J. Influence of peers and friends on overweight/obese youths' physical activity. Exerc Sport Sci Rev. 2012;40(3):127-32.

[53] Ipsos Santé. Relations adolescents-adultes : l'image et l'avenir des adolescents en question. http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/2199-0-Resultatsdeletudequalitative-97.pdf (consulté le 27.08.2015)

[54] OMS. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_fre.pdf (consulté le 11.09.2015)

[55] Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2) 2006-2007. Agence Française de sécurité sanitaire des aliments ; 2009.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

[56] Institut National de la Statistique et des études économiques. Le temps de l'alimentation en France 2009-2010.

[57] OMS. Une nutrition saine à l'école. 2011. http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/news/news/2011/09/healthy-nutrition-in-schools (consulté le 27.08.2015).

[58] Silva MN, Markland D, Minderico CS, Vieira PN, Castro MM, Coutinho SR et al. A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. BMC Public Health. 2008 ;9:8:234

[59] Rouget S. Changer le comportement alimentaire des adolescents : comment les motiver ? Percentile. 2013;18(1):26-28.

[60] Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition. New York : Guilford Press ; 2002.

[61] McGovern L, Johnson JN, Paulo R, Hettinger A, Singhal V, Kamath C, et al. Treatment of pediatric obesity: a systematic review and metaanalysis of randomized trials. J Clin Endocrinol Metab 2008;93(12):4600-5.

[62] Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Activité physique pour les jeunes. Recommandations pour les jeunes âgés de 5 à 17 ans. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/fr/ (consulté le 28.08.2015).

[63] Beets M, Vogel W, Forlaw R, Pitetti L, Cardinal KH. Social supports and youth physical activity: The role of provider and type. American Journal of Health Behavior. 2006 ;30 (3) :278-289.

[64] Vilhjalmsson, R, Thorlindsson, T. Factors related to physical activity: A study of adolescents. Social Science and Medicine. 1998 ;47 (5) :665-675.

[65] Wagner A, Klein-Platat C, Arveiller D, Haan MC, Schlienger JL, Simon C. Parent-child physical activity relationships in 12-year old French students do not depend on family socioeconomic status. Diabetes Metab 2004, 30:359-366

[66] Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Contemporary Educational Psychology. 2000;25:54–67.

[67] Bagøien TE, Halvari H. Autonomous motivation: involvement in physical activity, and perceived sport competence: structural and mediator models. Percept Mot Skills. 2005;100(1):3-21.

[68] Allison KR, JT Dwyer, E Goldenberg, Fein A, KY Yoshida, Boutilier M. Male adolescents' reasons for participating in physical activity, barriers to participation, and suggestions for increasing participation. Adolescence. 2005 ;40 :155-170.

[69] Jodkowska M, Oblacińska A, Tabak I, Radiukiewicz K. The role of physical education teachers to support overweight and obese pupils. Med Wieku Rozwoj. 2010;14(2):197-206.

[70] Institut National de la Santé et de la Recherche. Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/187/?sequence=23 (consulté le 11.09.2015)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

[71] Suris J C, Akré C, Berchtold A, Fleury-Schubert A, Michaud P A, Zimmermann G. Ado@Internet.ch: Usage d'Internet chez les adolescents vaudois. http://www.iumsp.ch/Publications/ pdf/rds208_fr.pdf (consulté le 28.08.2015)

[72] Beets M, Vogel W, Forlaw R, Pitetti L, Cardinal KH. Social supports and youth physical activity: The role of provider and type. American Journal of Health Behavior. 2006 ;30 (3) :278-289.

[73] INPES. La santé des adolescents à la loupe Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010. http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/12/dp120904.pdf (consulté le 28.08.2015)

[74] Adamo KB, Brett KE. Parental perceptions and childhood dietary quality. Matern Child Health J. 2014;18(4):978-95.

[75] Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, Burdette HL. The association between maltreatment and obesity among preschool children. Child Abuse Negl 2007;31(11-12):1187-99.

[76] Nowicka P, Sorjonen K, Pietrobelli A, Flodmark CE, Faith MS. Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child FeedingQuestionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. Appetite. 2014;81:232-41.

[77] Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Weight-based victimization: bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. Pediatrics. 2013;131(1):e1-9.

[78] Taylor CB, Bryson S, Celio Doyle AA, Luce KH, Cunning D, Abascal LB et al. The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. Pediatrics. 2006;118(2):731-8.

[79] Tibere L, Poulain JP, Pacheco da Costa Proenca R, Jeannot S. The stigmatization of obese adolescents. Obesity. 2007; 2(2) :173-181.

[80] Campbell K J, Crawford D A, Salmon J, Carver A, Garnett S.P, Baur LA. Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviors in adolesence. Obesity. 2007 ;15 : 719-730.

[81] Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? Pediatrics 2011;127(6):e1565-74.

[82] Vincelet C, Galli J, Grémy I. Surpoids et obésité en Ile-de-France. Enquête décennale santé de l'Insee 2002-2003. http://orsweb.si2s.com/dmdocuments/Obesite4p.pdf (consulté le 31.08.2015).

[83] Wagner A, Klein-Platat C, Arveiller D, Haan MC, Schlienger JL, Simon C. Parent-child physical activity relationships in 12-year old French students do not depend on family socioeconomic status. Diabetes Metab 2004 ;30 : 359-366.

[84] Puhl RM, Luedicke J, Heuer C. Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. J Sch Health. 2011;81(11):696-703.

[85] Biggs BK, Lebow J, Smith CM, Harper KL, Patten CA, Sim LA et al. Adolescents' preferences for social support for healthful eating and physical activity. J Dev Behav Pediatr. 2014;35(8):494-509.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

[86] Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. De la maternelle au baccalauréat. La santé des élèves. http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html (consulté le 11.09.2015)

[87] Ducreux Emilie. Ressenti des médecins généralistes concernant le dépistage et la prise en charge de l'obésité chez l'enfant de 1 à 10 ans : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Grand Lyon. Thèse d'exercice : Médecine : Lyon1 ; 2014.

[88] Chung AE, Perrin EM, Skinner AC. Accuracy of child and adolescent weight perceptions and their relationships to dieting and exercise behaviors: a NHANES study. Acad Pediatr. 2013;13(4):371-8.

[89] Ressenti de l'enfant obese au moment du diagnostic et de la prise en charge. Mémoire d'initiation à la recherche : Médecine : Lyon 1 ; 2014.

[90] Alvin P. La relation de soin en médecine généraliste avec l'adolescent. Médecine de l'adolescent. Paris: Masson ; 2005.

[91] Karrer M. Expérimentation de démarche d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie auprès de femmes enceintes, de personnes âgées et d'adolescents. Synthèse des résultats et enseignements. Saint-Denis: INPES ; 2005.

[92] Young KM, Northern JJ, Lister KM, Drummond JA, O'Brien WH. A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. Clin Psychol Rev 2007;27(2):240-9.

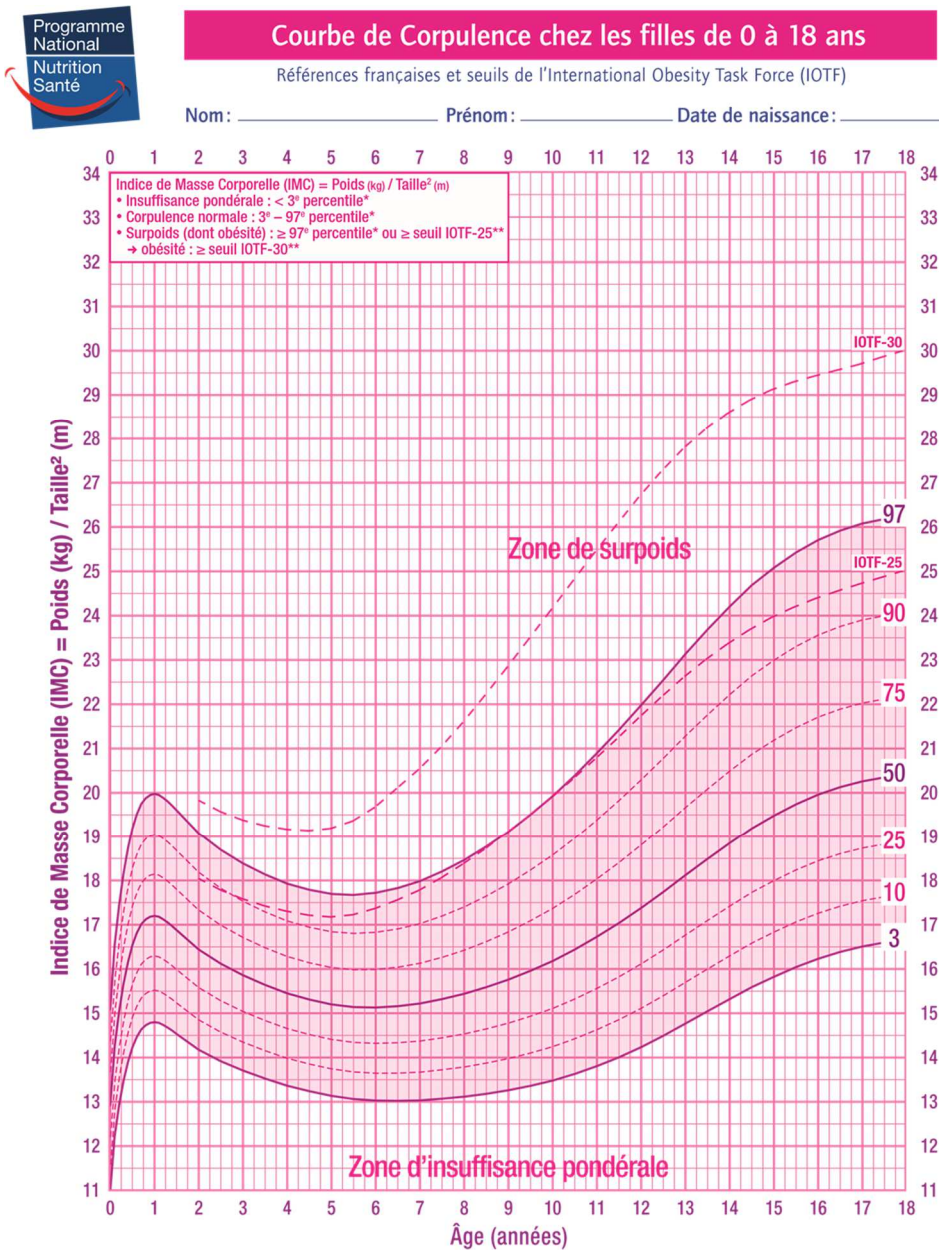
[93] Jouret B. L'obésité des adolescents : l'implication des parents pour une réussite à long terme. Annales d'Endocrinologie. 2012 ;73(4)246.

[94] INPES. Promouvoir l'activité physique des jeunes. Elaborer et développer un projet de type Icaps. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347.pdf (consulté le 08.09.2015).

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexes

ANNEXE 1 : COURBES DE CORPULENCE DU PNNS 2010 ADAPTEES A LA PRATIQUE CLINIQUE



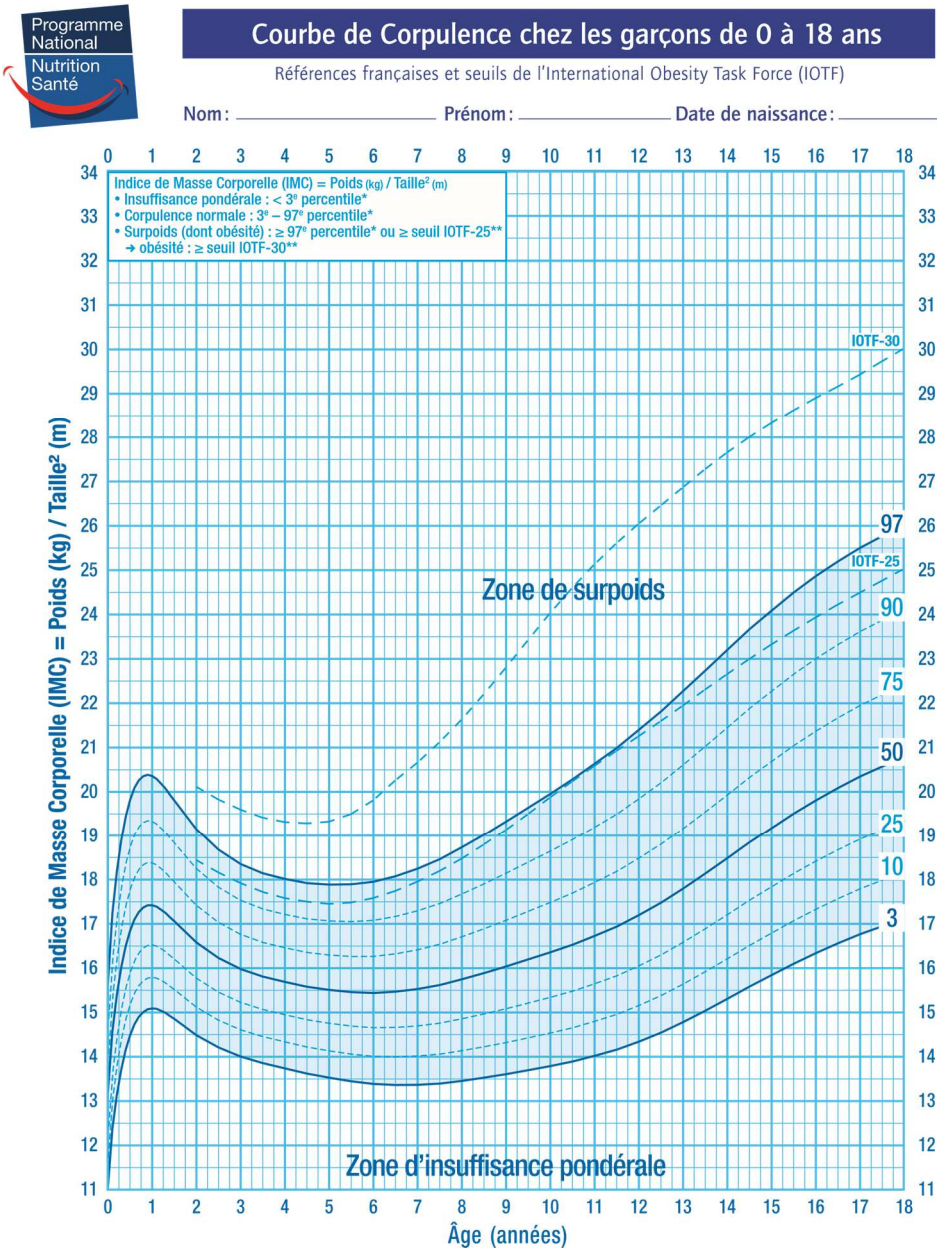
Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

* Références françaises : Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991 ;45:13-21.

** Références internationales (IOTF) : Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises : Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991 ;45:13-21.

** Références internationales (IOTF) : Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DES ADOLESCENTS

Bonjour, je m'appelle Sabrina AYOUB, je suis étudiante en médecine.

En quelques mots, le but de mon travail est d'étudier les facteurs influençant un changement de comportement chez les adolescents qui ont un problème de poids. Il s'agit plus précisément de comprendre les facteurs qui vont freiner ou susciter la motivation à adopter un comportement alimentaire et sportif plus équilibré.

Je tiens à préciser qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que je ne suis pas là pour te juger, ni pour initier un changement chez toi ; je cherche simplement à comprendre ce tu penses, ce que tu ressens personnellement. Je te demanderai donc d'essayer d'être le plus sincère possible.

Certaines réponses pourront te sembler difficiles à exprimer. Il n'y a pas de problème ; prends ton temps pour formuler ta réponse. S'il y a des questions auxquelles tu ne préfères pas répondre, tu peux me le dire, ce n'est pas grave.

Au cours de l'entretien, si certaines questions ne te semblent pas claires, n'hésite pas à me le dire pour que je les formule autrement.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument confidentiel, c'est-à-dire que personne ne saura que c'est toi qui as parlé ; ton nom ne sera pas cité. Par contre, si ça te va, je vais enregistrer notre conversation pour faciliter notre discussion et pour que je puisse me souvenir de ce que tu auras dit.

L'entretien devrait durer moins d'une heure.

Je te remercie beaucoup pour ta participation, cela va beaucoup m'aider pour mon étude.

Questions générales

Pour commencer, afin de te connaitre un peu plus, j'aimerais que tu me dises :

Comment t'appelles-tu ?
Quel âge as-tu (avec date de naissance) ?
En quelle classe es-tu ? Dans quel collège ?
Tu sais ce que tu veux faire plus tard ?
Qu'est-ce que tu fais comme activités en dehors de l'école ? (relance : qu'est-ce que tu aimes bien faire en dehors de l'école ?)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Fratrie et position dans la fratrie.
Profil poids des parents et fratrie : plutôt minces ? Plutôt forts ?
Niveau socio-économique : Qu'est-ce qu'ils font dans la vie tes parents ? Ils travaillent dans quoi ?
Mode de vie (divorce des parents ?) : Vis-tu chez tes deux parents ?

Vécu de son problème de poids

Tu sais que nous sommes là pour parler du programme de Carpentras, mais aussi pour parler de toi et pour savoir comment tu vis au quotidien avec un souci de poids.

Comment vois-tu ton poids ? :

- Comme un problème ? Est-ce-que tu arrives à me dire pourquoi ? (relance : limites physiques, autres ? Qu'est-ce qui te gêne le plus avec ton poids ? Situations qui te gênent ?)
  Si comme un problème : est-ce que tu y vois aussi des avantages ? Lesquels ?
- Comme un avantage ? Pourquoi ?

Programme ETP Carpentras

Nous allons parler plus concrètement du programme d'éducation thérapeutique proposé par la maison de santé de Carpentras. L'éducation thérapeutique, je te rappelle juste un petit peu, c'est une méthode de prise en charge qui va permettre au patient d'avoir les outils pour mieux vivre avec son problème de poids. C'est cette méthode qu'utilise le programme de prise en charge de Carpentras. Il s'agit d'une prise en charge en groupe, avec des cours de sport adaptés chaque samedi matin, une prise en charge diététique et psychologique 1 fois par mois.

Comment as-tu appris l'information du programme de prise en charge de la maison de santé de Carpentras ?
La manière dont tu as appris l'existence du programme/dont a été abordé avec toi ton problème de poids t'a convenu ?

- Si non : Comment aimerais-tu qu'on aborde avec toi ton problème de poids ? Qui est le mieux placé pour toi pour t'en parler ?

Quels étaient tes peurs en t'inscrivant au programme ?

- Pour ceux qui participent :

Comment s'est faite l'adhésion au programme pour toi ? (relance : démarche volontaire ? Qui t'a inscrit ? Qu'est-ce qui fait que tu y vas ?).
Qu'attendais-tu initialement de ce programme de prise en charge ? (relance : pourquoi tu t'es inscrit : perte de poids ? autre ?)

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qu'est-ce qui, selon toi, t'a décidé à accepter une prise en charge dans le programme de Carpentras ? (relance : avantages, contraintes ? Qu'est-ce qui te plait dans le programme et qu'est-ce qui te plait un peu moins ?)

Qu'est-ce qui, selon toi, t'a décidé à continuer le programme ?/ Qu'est-ce qui selon toi fait que c'est compliqué d'y aller régulièrement ? (pour ceux qui ne sont pas très observants).

Qu'est-ce qu'il faudrait modifier au programme pour qu'il soit plus adapté à tes attentes ? (organisation/implication famille…)

Il n'y a pas de critiques de ma part, il s'agit juste pour moi de comprendre :

- Pour ceux qui ne participent pas :

Qu'est-ce qui ne t'a pas convaincu dans ce programme ? (relance : qu'est-ce qui selon toi a fait que tu n'as pas participé au programme ?)

Qu'attends-tu d'un programme de prise en charge du surpoids ?

Comment imagines-tu un programme qui pourrait t'aider pour tes problèmes de poids ?

Modification de comportement

Le surpoids est souvent lié à plusieurs problèmes. Mais l'alimentation et l'activité physique sont les deux facteurs sur lesquels on peut agir pour modifier le poids.

Alimentation

Qu'est-ce qu'il faudrait que tu changes en matière d'habitudes alimentaires ? (grignotage, se resservir à table… ?)

Pour ceux qui participent au programme *:*

- Au début du programme, avais-tu envie de modifier tes habitudes alimentaires ?
  Si oui, comment ? Qu'est-ce que ça t'apporte d'avoir modifié tes habitudes alimentaires ?
  Si non, pourquoi ?
- Et depuis que le programme a commencé ?

Si oui :

- Pourquoi as/avais-tu envie de modifier tes habitudes alimentaires ?
- Qu'est-ce que tu te sens capable de modifier dans tes habitudes alimentaires pour que ce soit plus équilibré ? Qu'est-ce qui est plus difficile à modifier ?
- Pourquoi est-ce que c'est/ que ça a été- difficile pour toi de modifier tes habitudes alimentaires ?

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Si non :

- Pourquoi ?

Pour ceux qui ne participent pas au programme :

- As-tu envie de modifier tes habitudes alimentaires ?

Si oui :

- Pourquoi as-tu envie de modifier tes habitudes alimentaires ?
- Qu'est-ce que tu te sens capable de modifier dans tes habitudes alimentaires pour que ce soit plus équilibré ? Qu'est-ce qui est plus difficile à modifier ?
- Pourquoi est-ce que c'est difficile pour toi de modifier tes habitudes alimentaires ?

Si non :

- Pourquoi ?

Activité physique

L'activité physique comprend le sport que tu fais à l'école ou dans le cadre du programme de Carpentras, mais et il y a aussi toutes les activités physiques quotidiennes (les trajets en marchant par exemple pour aller à l'école, le fait de prendre les escaliers…).

- Pour ceux qui participent au programme :

  Au début du programme, avais-tu envie de modifier tes habitudes d'activités physiques ?

  Si oui, comment ? Qu'est-ce que ça t'apporte d'avoir modifié tes habitudes d'activités physiques ?

  Si non, pourquoi ?

  Et depuis que le programme a commencé ?

Si oui :

- Pourquoi as/avais-tu envie de modifier tes habitudes en matière d'activités physiques ?
- Qu'est-ce que tu te sens capable de modifier dans tes habitudes d'activités physiques pour que ce soit plus conforme à la santé ? Qu'est-ce qui est plus difficile à modifier ?
- Pourquoi est-ce que c'est/ que ça a été- difficile pour toi de modifier tes habitudes d'activités physiques ? (limites physiques à l'effort : quand tu fais du sport, est-ce que tu as des difficultés particulières ? Est-ce qu'il y a autre chose qui te gêne quand tu fais du sport ?).

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Si non :

Pourquoi ?

- Pour ceux qui ne participent pas au programme :

As-tu envie de modifier tes habitudes d'activités physiques ?

Si oui :

- Pourquoi as-tu envie de modifier tes habitudes en matière d'activités physiques ?
- Qu'est-ce que tu te sens capable de modifier dans tes habitudes d'activités physiques pour que ce soit plus conforme à la santé ? Qu'est-ce qui est plus difficile à modifier ?
- Pourquoi est-ce que c'est difficile pour toi de modifier tes habitudes d'activités physiques ? (limites physiques à l'effort : quand tu fais du sport, est-ce que tu as des difficultés particulières ? Est-ce qu'il y a autre chose qui te gêne quand tu fais du sport ?).

Si non :

Pourquoi ?

La sédentarité

La pratique d'activités pendant lesquelles on reste immobile, comme par exemple le fait de regarder la télévision, de jouer aux jeux vidéo, peut aussi avoir une influence sur le poids. Ce sont des activités sédentaires.

Est-ce que tu as des activités sédentaires ? Lesquelles ?

- Pour ceux qui participent au programme :

Au début du programme, avais-tu envie de modifier tes habitudes d'activités sédentaires ?

Si oui, comment ? Qu'est-ce que ça t'apporte d'avoir modifié tes habitudes en matière d'activités sédentaires ?

Si non, pourquoi ?

Et depuis que le programme a commencé ?

Si oui :

- Pourquoi as/avais-tu envie de modifier tes habitudes en matière d'activités sédentaires ?
- Qu'est-ce que tu te sens capable de modifier dans tes habitudes d'activités sédentaires pour que ce soit plus conforme à la santé ? Qu'est-ce qui est plus difficile à modifier ?
- Pourquoi est-ce que c'est/ que ça a été- difficile pour toi de modifier tes habitudes d'activités sédentaires ?

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Pour ceux qui ne participent pas au programme :

As-tu envie de modifier tes habitudes d'activités sédentaires ?

Si oui :

- Pourquoi as-tu envie de modifier tes habitudes en matière d'activités sédentaires ?
- Qu'est-ce que tu te sens capable de modifier dans tes habitudes d'activités sédentaires pour que ce soit plus conforme à la santé ? Qu'est-ce qui est plus difficile à modifier ?
- Pourquoi est-ce que c'est difficile pour toi de modifier tes habitudes d'activités sédentaires ?

Histoire du poids

Parle-moi un peu de toi, de l'histoire de ton poids.

- Connais-tu ta taille ? Et ton poids ?
- Depuis quand tu penses qu'il y a un problème de poids ?
- Fais-tu des liens entre ton surpoids et des événements de vie ?
- As-tu déjà suivi des régimes alimentaires ? (relances : comment ? qu'en penses-tu ?)

La famille

Parlons un peu de l'implication de ta famille.

- Comment est l'attitude de tes parents vis-à-vis de ton poids ? (relance : vous en discutez ? Qu'est-ce qu'ils te disent particulièrement tes parents ?)
- Quelles sont les habitudes familiales en matière d'alimentation ? (relance : origine familiale particulière avec plats traditionnels, aliments interdits, aliments consommés régulièrement, contexte d'un repas en famille).
- Quelles sont les habitudes familiales en matière d'activité physique ? (relance : activités ensemble, le week-end par exemple ?)

Les pairs

Maintenant parlons des pairs, c'est-à-dire des autres : des amis.

- Comment ça se passe à l'école ?
- Et le sport à l'école, comment ça se passe ?
- Comment est l'attitude de tes amis vis-à-vis de ton poids ?
- Comment vis-tu le regard des autres ?

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSION

Quelles solutions peux-tu proposer pour t'aider à avoir un comportement plus équilibré au niveau alimentaire et sportif ?

Nous avons fini.
Merci de ta participation. Je te tiendrai au courant des résultats de l'étude.

Y a-t-il des sujets qui te semblent importants dont tu voudrais parler ?
As-tu des questions ?

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 3 : AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme, Mr ……..mère, père, tuteur, autorise Mme Sabrina Ayoub à réaliser un entretien avec mon enfant …… dans le cadre de sa thèse sur la résistance au changement de comportement des adolescents en surpoids.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN DES INFIRMIERS SCOLAIRES

Introduction

Bonjour, merci à tous pour votre présence.

Je m'appelle Sabrina AYOUB, je suis étudiante en médecine.

Je réalise mon travail de thèse sur le thème du surpoids et de l'obésité chez les adolescents avec l'aide de Mme Julie NEVEU, coordinatrice du programme de prise en charge des adolescents et de mon directeur de thèse le Dr Sébastien ADNOT.

En effet, la maison régionale de santé de Carpentras a lancé depuis septembre 2014 un programme de prise en charge des adolescents en surpoids et obèses basé sur l'éducation thérapeutique. Mais on rencontre des difficultés quant à la participation des adolescents au programme ; alors que le programme adulte fonctionne très bien (plus d'une centaine de participants).

Nous essayons, au travers de cette thèse, d'en comprendre les raisons afin d'adapter le programme en fonction des besoins spécifiques des adolescents pour améliorer leur participation. Nous étudions donc les freins et les facteurs favorisant la participation des adolescents en surpoids ou obèses à un programme d'éducation thérapeutique en interrogeant les adolescents, mais aussi en interrogeant les soignants car on a remarqué que proposer le programme n'est pas non plus évident quand la demande ne vient pas directement de l'adolescent.

Ainsi, la question à laquelle nous allons essayer d'apporter une réponse ce jour est : **Comment parler du surpoids et proposer une prise en charge en éducation thérapeutique aux adolescents sans stigmatiser ?**

Cette réunion est un focus groupe, nous cherchons à comprendre ce que chacun d'entre vous pense, ressent. Les questions posées sont des questions ouvertes, vous permettant de vous exprimer librement, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous ne donnerons pas notre avis pour ne pas vous influencer dans vos réponses.

Et, si ça vous convient, nous aimerions enregistrer et filmer le débat pour faciliter la discussion et nous permettre de nous souvenir plus facilement de ce qui a été dit.

Je vous communiquerai les résultats de la thèse pour celles et ceux qui le souhaitent.

Questions :

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

QUESTION GENERALE

Pouvez-vous me dire ce qu'évoque pour vous l'obésité chez les adolescents ?

Tour de table pour se présenter et répondre à la question.

PARLER DE L'OBESITE ET DU SURPOIDS

ROLE **: Comment voyez-vous votre rôle vis-à-vis du problème du surpoids et de l'obésité chez les adolescents ?**

Relances :

- Sensibilisation ?
- Dépistage ?
- Orientation ?
- Suivi ?
- Compétences ressenties ?

COMMUNICATION **:**

Qui vous sollicite au sujet des ados obèses ?

Comment abordez-vous le problème du poids avec les adolescents ?

Relances :

- Abord direct
- Indirect
- Adapté en fonction de l'ado
- Précautions ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- Quels termes ? Quel langage utilisez-vous ? Termes à éviter ?
- Outils utilisés pour vous aider ? (carnet de santé…)

Comment abordez-vous le sujet avec les parents ?

Relances :

- Par téléphone, au cours d'un entretien fixé par vous, par l'adolescent lui-même.
- Précautions ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- Importance du rôle des parents dans l'adhésion à une prise en charge du surpoids des ados

Quel est le bon moment selon vous pour aborder le problème du poids avec l'adolescent ?

Relance :

- Comment évaluer qu'il s'agit du bon moment ?

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Quand ce n'est pas le bon moment : pourquoi ? que pouvez-vous faire ?

POPULATION CIBLE + FREINS **: Avec quels adolescents en parlez-vous ? Pourquoi ?**

- Systématique dès qu'il y a un problème de poids ?
- Quand il y a un retentissement scolaire ?
- Avec des adolescents que vous connaissez bien uniquement ?
- Avec des adolescents qui se sont déjà confié sur leur poids ?
- Ceux à qui vous n'en parlez pas : pourquoi ?
- Obèses ou pas obèses ?

FREINS + CRAINTES **: Quels sont les freins que vous repérez à parler du problème de poids ?**

- Réaction de l'ado, de sa famille
- Freins du soignant lui-même
- Avez-vous des solutions pour que ce soit mieux accepté ?

PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE

Connaissez-vous les principes de l'ETP ?

Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité ?

Comment pensez-vous parler du programme pour faciliter l'adhésion des adolescents ?

- Sur les objectifs du programme
- Les principes de la prise en charge alimentaire et sportive
- Langage à privilégier ?
- Difficultés ?

A quel moment selon vous proposer le programme ?

- Dès la première fois ou plus tard ?
- Avec les parents/Sans ?
- Suivi pour savoir si l'ado y est allé ?

DIFFUSION DE L'INFORMATION **: Quelles solutions voyez-vous pour informer au mieux les professionnels de santé sur le programme d'éducation thérapeutique de Carpentras ?**

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

Avez-vous une idée du chiffre d'adolescents en obésité dans vos collèges ? Participeriez-vous à des séances d'éducation thérapeutique organisées dans vos collèges ?

Merci beaucoup pour votre participation.

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 5 : PLAQUETTE D'ADHESION ET D'INFORMATION DES ADOLESCENTS AU PROGRAMME D'ETP DE CARPENTRAS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant : .....
Prénom de l'enfant : .....
Date de naissance de l'enfant : .....

Autorisation parentale :

Nom(s) et prénom(s) du(des) responsable(s) : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Tél. de la mère : ..... Tél. du père : .....
Email : .....

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant ..... à participer au **programme Sports' Juniors** organisé par le Comité Régional EPGV PACA.

Pour Marseille : ☐ **le mercredi et samedi** ☐ **le samedi uniquement**

Pour Avignon, Carpentras et Nice : ☒ **le mercredi ou le samedi uniquement**

Je m'engage à ce que mon enfant :

- participe à toutes les activités organisées,et ce, durant toute l'année,
- respecte les horaires et avertit l'éducateur sportif en cas d'absence,
- ait une tenue sportive décente et adaptée à la pratique sportive,
- ait un comportement correct avec toute personne,
- respecte le matériel, les locaux et le règlement intérieur de la structure.

Autres personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone : ..... Portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone : ..... Portable : .....

Autorisation de publication :

Je soussigné(e) .....

☐ autorise ☐ n'autorise pas

le Comité Régional EPGV PACA, à utiliser la (ou les) photographie(s) représentant mon enfant. La présente autorisation est concédée à titre gratuit. Les clichés pourront être utilisés pour les publications suivantes : les supports papiers de la FFEPGV, la presse locale, les journaux des collectivités territoriales (Communes, Conseil Général, Conseil Régional, etc.), les supports numériques (sites Internet des collectivités, de la FFEPGV, etc...)

Réf. Article 9 du Code Civil et article 8 de la Convention des droits de l'Homme

Fait à ..... **le** .....

signatures des parents précédées de la mention "lu et approuvé"

Retrouvez toutes les informations sur **www.coregepgvpaca.fr**

PROGRAMME
EPGV PACA

SPORTS' JUNIORS

EPGV
Comité Régional
Provence-Alpes-
Côte d'Azur

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

SPORTS' JUNIORS

Le Comité Régional d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire Provence-Alpes-Côte d'Azur propose aux enfants en surpoids ou obèses de participer à un programme d'activités physiques et sportives adaptées **Sports' Juniors**.

Ce programme a pour objectif de faire découvrir des activités sportives visant à développer des aptitudes motrices, renforcer l'image et la confiance chez l'enfant, afin qu'il retrouve le goût de bouger, pour s'engager durablement dans un sport.

Pourquoi ?

Le surpoids et l'obésité constituent **un problème majeur de santé** : plus de 18 % des jeunes sont touchés en France.

Parmi les principaux facteurs environnementaux en cause, la diminution progressive de l'activité physique joue un rôle crucial.

Or aujourd'hui, **il est démontré** qu'une pratique sportive régulière et adaptée contribue à **l'amélioration des qualités physiques**, **psychiques** et des **relations sociales**, d'où la mise en place du programme innovant, "Sports' Juniors", qui associe de multiples compétences professionnelles des acteurs intervenants autour de l'enfant.

Pour qui ?

Pour **les enfants âgés de 6 à 16 ans** présentant une surcharge pondérale ou une obésité (au delà du 97ème percentile). Sous condition d'un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique sportive.

Comment ?

Le programme Sports' Juniors se déroule sur l'année sportive de septembre à juin, à raison d'une à deux fois par semaine (au minimum 2h00 par semaine).

Durant l'année, votre enfant va pratiquer **6 activités physiques et sportives ludiques et tendances** : rollers, ultimate, VTT (selon les sites), accrosport, bonker-ball ...

Selon les sites, des **ateliers d'éducation alimentaire**, un **suivi psychologique** (groupe de parole), des **cours de cuisine** sont proposés mensuellement. Pour certains sites, ils se déroulent dans le cadre d'ateliers d'éducation thérapeutique..

Les activités sont proposées sous la conduite d'animateurs ou d'animatrices expérimentés et formés spécifiquement au programme. Ils portent à chaque participant toute l'attention nécessaire et s'adaptent aux capacités de chacun.

Le certificat médical

A remettre à votre animateur lors de la première séance

Je soussigné (e), Docteur .....
pédiatre / endocrinologue / médecin généraliste / médecin du sport (rayer la / les mention(s) inutile(s))

certifie que :

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Date de naissance : .....

présente une surcharge pondérale : ☐ oui ☐ non percentile ☐

D'autre part, je certifie que l'enfant ne présente pas de contre-indication apparente à l'examen ce jour, à la pratique des activités ci-dessous du programme **Sports' Juniors** de la FFEPGV.

- ○ activités athlétiques (lancers, course d'endurance et de vitesse...)
- ○ sports collectifs (football, handball, volley ball, hockey sur gazon ...)
- ○ jeux collectifs (ballon prisonnier, passe à dix, ultimate ...)
- ○ circuits trainings (VTT, roller, skate...)
- ○ marche (course d'orientation, jeux de piste, randonnée...)
- ○ danse contemporaine (rythme intense ++), activités d'expression
- ○ techniques douces, stretching ...
- ○ activités aquatiques
- ○ badminton, mini-tennis

nombre de cases cochées → ☐

Fait à..... le .....

signature et cachet obligatoire

Si vous souhaitez obtenir des informations concernant la progression de l'enfant, merci de nous adresser un mail à : coreg.epgv.pacal@orange.fr

ars Région PACA l'Assurance Maladie

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

SPORTS JUNIORS 84

Quand ?

L' Activité Physique et Sportive : tous les samedis (hors vacances scolaires) de 10h00 à 12h00.

Les ateliers d'éducation alimentaire et groupes de parole
Sur rendez-vous, une fois par mois.

Où ?

L' Activité Physique et Sportive : Complexe Sportif Pierre de Coubertin à Carpentras.

Les ateliers d'éducation alimentaire et groupes de parole :
Maison Régionale de Santé - Carpentras.

Coût ?

50,00 € par enfant
Tarif dégressif pour les familles

Inscription ?

Frédérique (animatrice sportive) : 06 23 98 69 87
Julie (diététicienne) : 09 64 18 59 31

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)

AYOUB EL IDRISSI Sabrina :

COMPRENDRE LES FACTEURS INFLUENCANT UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET LA PARTICIPATION A UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DE L'ADOLESCENT EN SURPOIDS OU OBESE

Th. Méd : Lyon 2015 n°

RESUME :

Contexte : Une stabilisation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les adolescents a été obtenue ces dernières années. Cependant, la prise en charge de l'obésité reste compliquée car elle repose sur un changement des habitudes de vie souvent difficile à mettre en place. L'ETP est une méthode adaptée de prise en charge de l'obésité car elle agit précisément sur les comportements des patients afin qu'ils soient conformes à leur santé.

Objectif : Comprendre les facteurs influençant la modification du comportement alimentaire, sportif et sédentaire ainsi que l'adhésion à un programme d'éducation thérapeutique des adolescents en surpoids et obèses.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés des adolescents et focus groupe des infirmiers scolaires.

Résultats : Le frein principal à participer à un programme d'ETP pour les adolescents obèses et en surpoids est le problème de l'accessibilité. Les facteurs influençant les changements de comportement alimentaire, sportif et sédentaire sont multiples. L'implication parentale aussi bien motivationnelle que matérielle est importante dans toutes les étapes menant à la participation au programme d'ETP, mais aussi pour soutenir les adolescents dans leurs efforts de changement d'habitudes de vie. Bien qu'ils rencontrent des difficultés, les infirmiers scolaires reconnaissent avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des adolescents en surpoids et obèses, notamment en matière d'éducation sur les habitudes de vie à adopter , d'orientation et d'information sur le programme d'ETP. Dans la communication autour du surpoids avec l'adolescent et ses parents, ils éprouvent des difficultés sur le moment et la manière d'aborder le sujet. Ils ont peur de stigmatiser l'adolescent et de culpabiliser les parents.

Conclusions : Des modifications du programme d'ETP ont été proposées en tenant compte des freins et leviers soulevés par la thèse avec notamment une prise en charge conjointe parents-adolescents. Un guide pour une meilleure communication autour du surpoids avec les adolescents est proposé pour les infirmiers scolaires.

MOTS CLEFS : Obésité, Surpoids, Adolescent, Education Thérapeutique, Modification de comportement, Changement de comportement, Habitudes de vie, Infirmiers scolaires.

JURY : Président : Madame le Professeur Martine LAVILLE

Membres : Madame le Professeur Sybil CHARRIERE

Monsieur le Professeur Olivier BONIN

Monsieur le Docteur Sébastien ADNOT

DATE DE SOUTENANCE : **09 octobre 2015**

ADRESSE DE L'AUTEUR :

PIRIOU-AYOUB Sabrina
7 impasse des frères Montgolfier
13127 VITROLLES

Mail : ayoub.sabrina@gmail.com

AYOUB EL IDRISSI
(CC BY-NC-ND 2.0)