

Particularités de la prise en charge de l'excès pondéral chez l'adolescent : résultats d'une enquête exploratoire et implications pour la pratique

par Sophie Grignard (1), Jean-Pierre Bourguignon (2), Michel Born (3), Philippe Mairiaux (1) et Chantal Vandoorne (1)

Mots-clés : excès pondéral, adolescence, prise en charge, relation médecin-adolescent, approche qualitative, enquête exploratoire, Belgique.

Cette étude évoque les difficultés émaillant les relations entre adolescents et professionnels de santé, en analysant les démarches réalisées par des adolescents en excès de poids. Trente et un adolescents âgés de 14 à 18 ans et présentant un excès de poids diagnostiqué par un médecin ont été inclus dans l'étude. Les informations ont été récoltées par un questionnaire écrit, un test d'insatisfaction corporelle, un test d'estime de soi et une interview. Les médecins traitants de ces adolescents ont été interrogés par téléphone. Des méthodes d'analyse qualitative et quantitative ont été employées.

Cette étude a examiné les liens entre l'insatisfaction corporelle, l'excès de poids et les caractéristiques de sa prise en charge. Ainsi les principaux déterminants d'une prise en charge efficace sont l'adhésion à une démarche, la continuité des démarches, la présence d'un malaise lié au poids, et l'appropriation des démarches par l'adolescent. Cette recherche a également mis en lumière le clivage existant entre aspects somatiques et psychiques de la prise en charge.

Les facteurs psychosociaux occupent une place importante dans la problématique de l'obésité. Leur abord est d'autant plus difficile pour le praticien qu'il y est peu formé et qu'il existe un réel clivage entre aspects somatiques et psychiques. Sur base des résultats dégagés, l'article présente quelques recommandations pour la prise en charge des adolescents obèses.

Introduction

Les professionnels de santé connaissent bien les difficultés qui les séparent de la population adolescente. Que l'on parle du malentendu fondamental entre le système de soins et le jeune [1], du malaise ressenti face à cette tranche d'âge ou du sentiment d'être démuni face aux problèmes changeants des adolescents [2], la prise en charge d'adolescents comporte des aspects spécifiques qui parfois mettent le praticien en difficulté.

Les obstacles relevés sont multiples : les adolescents s'impliquent faiblement dans leur prise en charge et éprouvent des difficultés pour exprimer leur demande face aux médecins [3,4]; les problèmes de santé qu'ils évoquent présentent d'importantes composantes psychosociales [5,6]; l'attitude et la place que prennent

les parents dans la dyade médecin-adolescent constitue également souvent un obstacle [7,8].

Les précédentes recherches relatives à la prise en charge par l'adolescent de ses problèmes de santé se sont surtout attachées au contenu et aux modalités de la consultation de professionnels de la santé. Nous avons voulu nous intéresser au contexte et au parcours dans lequel s'intègre cette consultation. Ainsi nous avons examiné les démarches effectuées sans référence à des professionnels de la santé de même que les composantes chronologiques et psychosociales dans la prise en charge d'un problème de santé par un adolescent.

Ces questions ont été abordées dans le cadre du lancement du Centre de Santé de l'Adolescent de Liège. Depuis le départ, l'équipe de ce Centre est

(1) Chercheurs, Service de Santé au Travail et d'Education pour la Santé, Université de Liège, Sart-Tilman, Bât. B23, B-4000 Liège.
Tél. : ++ 32 (0)4 366 28 97
Fax : ++ 32 (0)4 366 28 89
E-mail : stes.apes@ulg.ac.be

(2) Service de Pédiatrie Ambulatoire et Médecine de l'Adolescent, Université de Liège.

(3) Service de Psychologie de l'Adolescent, Université de Liège.

convaincue de la bipolarité somatique et psychique de nombreuses questions de santé posées par l'adolescent et propose aux jeunes une prise en charge conjointe par le médecin d'adolescent et par le psychologue ou le pédopsychiatre. Dans ce cadre, la présente recherche accorde une importance particulière à ce clivage entre aspects psychologiques et aspects somatiques de la prise en charge.

Pour explorer cette problématique, nous avons choisi comme sujets d'étude des adolescents souffrant d'excès de poids. Cette recherche exploratoire vise donc à mieux cerner les caractéristiques et le contexte du parcours que suivent ces adolescents dans leur lutte contre l'excès pondéral. Elle aborde également des questions relatives aux caractéristiques de la prise en charge et à son efficacité. Finalement, les résultats suggèrent quelques recommandations pour aider ces adolescents dans la prise en charge de leur excès de poids.

Méthodologie

Protocole de l'étude

D'emblée, l'étude a été située dans un cadre laissant une large place à l'analyse qualitative, afin de pouvoir prendre en compte d'une part les grandes variations individuelles et d'autre part l'ambivalence attendue des adolescents sur la thématique envisagée.

Ainsi, nous avons utilisé une technique de triangulation pour le recueil des données : plusieurs personnes ont été interrogées (médecin scolaire ou médecin de la consultation spécialisée, adolescents et médecins de famille de ces derniers) et plusieurs types d'outils ont été utilisés (formulaire administratif et médical, consultation des dossiers médicaux, questionnaire écrit auto-administré, test d'insatisfaction corporelle, interview et interview téléphonique).

De même, l'analyse des résultats est basée sur une combinaison d'approches quantitatives et qualitatives, les deux approches ayant été employées en étroite synergie. L'approche qualitative s'est concrétisée par l'analyse de cas et par la construction de variables complexes (typologies de variables) sur la base du regroupement des réponses à plusieurs questions. L'analyse quantitative a été utile pour un premier dépouillement des occurrences des variables de base et tout particulièrement des données médicales de référence ainsi que pour tester la signification statistique de liens entre ces données objectives et les variables complexes.

Sujets

L'étude porte sur 31 sujets âgés de 14 à 18 ans (14 garçons et 17 filles). Le critère d'inclusion dans l'étude est le diagnostic d'excès pondéral porté soit par le médecin scolaire (25 cas), soit par le médecin d'une structure spécialisée (Centre de Santé de l'Adolescent aux Polycliniques Universitaires à Liège ou Consultation Pédiatrique au C.H.R. de la Citadelle à Liège : 6 cas).

Instruments de recueil de données

Dans un premier temps, une fiche de renseignements administratifs et médicaux (les antécédents familiaux et personnels ainsi que l'évolution du poids et de la taille) est remplie par le médecin scolaire ou le médecin de la structure spécialisée. Lorsque des informations manquent, cette fiche est complétée lors de l'entretien avec l'adolescent et/ou avec son médecin de famille.

Ensuite l'adolescent est interviewé soit à son domicile soit dans les locaux de l'Inspection Médicale Scolaire, à l'occasion de son passage pour un screening systématique bisannuel, obligatoire en Belgique. L'accord écrit des sujets pour participer à l'étude est obtenu en début d'entretien.

Les instruments d'enquête sont administrés dans l'ordre suivant :

- Un questionnaire écrit dont le but est d'une part d'obtenir quelques informations générales sur l'état de santé du jeune, sa conception personnelle de la santé, son estime de soi, ... et d'autre part de mettre l'adolescent à l'aise en introduisant le contenu général de l'interview.
- Un test validé d'insatisfaction corporelle, le *Contour Drawing Rating Scale* [9], composé de deux séries de neuf silhouettes, de la plus maigre à la plus obèse. Le sujet est invité à choisir celle qui lui ressemble le plus ainsi que celle à laquelle il aimerait le plus ressembler. La différence entre les deux silhouettes est considérée comme une indication du niveau d'insatisfaction corporelle ressentie par le sujet.
- Une interview semi-structurée visant à cerner la façon dont l'adolescent envisage son excès pondéral, les causes qu'il estime être à l'origine de celui-ci et les essais réalisés pour le résoudre. On y aborde aussi l'implication de l'adolescent dans ce parcours de démarches et son avis général sur les démarches réalisées. Finalement, cette interview recueille quelques informations sur la vie familiale de l'adolescent ainsi que sur ses relations avec ses pairs.
En fin de rencontre, l'accord de l'adolescent est sollicité pour l'interview de son médecin de famille.

Les médecins généralistes de 26 jeunes ont été interviewés par téléphone, dans le but de compléter la fiche de renseignements médicaux de l'adolescent, de connaître le diagnostic et le pronostic du médecin quant au problème d'excès pondéral de son patient, de recueillir des informations sur la relation médecin-adolescent à l'occasion de l'abord de ce problème et d'évaluer la façon dont le problème d'excès pondéral est abordé (ou non) dans le cabinet médical.

Modalités d'analyse des résultats

Certaines données ont fait l'objet d'une analyse quantitative. C'est le cas des variables de base (renseignements administratifs, composition familiale, perception du corps, score d'estime de soi, insatisfaction corporelle, ...) et des données médicales de référence. Le poids et la taille ont permis de calculer le BMI - Body Mass Index - puis de coder celui-ci en termes de déviation standard (SDS). On a pu mesurer l'évolution de l'obésité de ces jeunes en comparant leur BMI actuel au BMI maximal antérieur connu, sur base de leur dossier médical.

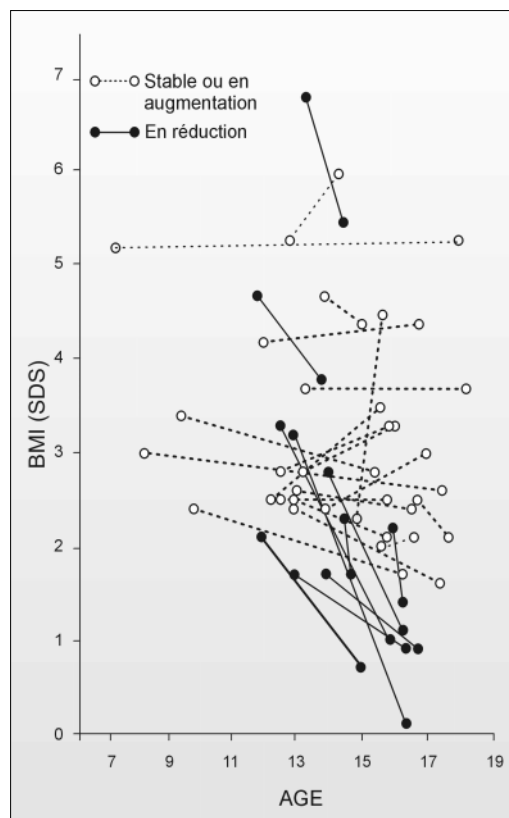


Figure 1 : Evolution de l'indice de corpulence.

Les données issues de l'interview des adolescents ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Cette approche qualitative a permis de construire trois typologies ou variables de synthèse, qui ont ensuite été corrélées avec les données « objectives » (données médicales, insatisfaction corporelle, ...).

Les variables de synthèse construites sont les suivantes :

- Typologie des démarches

Selon les démarches qu'ils ont ou non réalisées, les sujets peuvent être répartis en 4 catégories :

- **Type I** : adolescents n'ayant jamais entrepris aucune démarche pour perdre du poids.
- **Type II** : adolescents ayant entrepris une ou plusieurs démarches pour perdre du poids, sans jamais entrer en contact avec un professionnel

de la santé à ce sujet (régime par soi-même, sport, ...).

- **Type III** : adolescents ayant consulté un ou plusieurs professionnels de la santé concernant leur poids mais n'ayant entrepris aucune autre démarche.
- **Type IV** : adolescents ayant non seulement consulté un professionnel de la santé, mais ayant également entrepris d'autres démarches, telles que celles visées dans le type II.

- Continuité des démarches

- **Catégorie « continuité »** : on y classe les adolescents pour lesquels on ne note pas de changement d'orientation dans la manière dont ils prennent en charge leur obésité.
- **Catégorie « discontinuité »** : s'y retrouvent les adolescents pour lesquels on note un ou plusieurs changements dans les démarches réalisées. Un changement peut être une modification de la stratégie employée pour perdre du poids ou un changement de référent professionnel.

- Appropriation des démarches par le jeune

Cette variable reflète la position qu'occupe le jeune dans la décision d'entreprendre des démarches, de consulter, de poursuivre ou d'interrompre un traitement, ...

- **Niveau 1** : le jeune rejette la responsabilité des démarches sur autrui (les parents ou le médecin) et ne se considère pas comme impliqué dans ces démarches.
- **Niveau 2** : il y a une co-responsabilité et une concertation entre le jeune et les parents.
- **Niveau 3** : la responsabilité des démarches repose essentiellement sur l'adolescent; il s'est approprié les démarches entreprises et considère qu'il s'y implique activement et personnellement.

Les relations entre les variables complexes et les données « objectives » ont été étudiées au moyen du Chi-carré, du test de Kruskal-Wallis et de l'analyse des corrélations. Le résultat était considéré comme significatif si p était inférieure à 0.05.

Résultats

Evolution de l'obésité et insatisfaction corporelle

Le BMI actuel moyen des sujets de l'échantillon varie entre +0.1 et +6.0 SDS. La moyenne se situe à +2.80 SDS. Pour rappel, un adolescent est considéré comme obèse s'il se situe au-delà de deux déviations standard par rapport à la moyenne.

L'obésité s'avère stable ou en augmentation pour 19 sujets. Elle est en réduction pour 10 sujets (cfr. figure 1, ci-contre).

Le score moyen au test des silhouettes est de - 2.47, ce qui est une valeur importante si on la compare aux chiffres obtenus dans une étude belge en 1996 [10] : - 1.24 dans un échantillon de sujets en excès de poids. L'insatisfaction corporelle moyenne dans notre échantillon est donc importante.

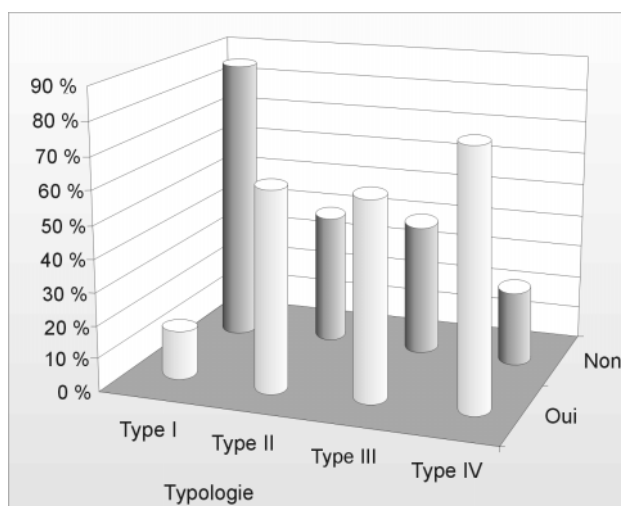


Figure 2 : Reconnaissance d'un malaise.

Accompagner les adolescents dans la gestion de leur problème de santé

Caractéristiques de la prise en charge de l'excès pondéral

Une majorité de sujets (24 sur 31) effectuent des démarches pour perdre du poids. Dix jeunes entreprennent des démarches «profanes» (c'est-à-dire ne faisant pas intervenir de professionnel de la santé), 5 jeunes font des démarches orientées vers un professionnel de la santé (médecin généraliste ou spécialiste, diététicien, ...) et 9 jeunes combinent ces deux types de démarches.

Le fait que l'adolescent déclare ne pas éprouver de malaise lié à son poids est lié à l'absence de démarche (cfr. figure 2).

Lorsqu'il y a consultation d'un professionnel, les traitements proposés sont le plus souvent les régimes, combinés ou non à des conseils d'hygiène de vie. Peu de ces traitements et recommandations sont strictement respectés par les adolescents.

L'analyse qualitative montre une prédominance de suivis erratiques. Les résultats concernant la continuité des démarches confirment cette impression: sur les 24 sujets ayant déjà effectué des démarches pour maigrir, 13 ont été codés comme «discontinus» dans leurs traitements.

Finalement, on peut voir que dix adolescents s'impliquent de façon autonome dans les démarches et que onze adolescents partagent la responsabilité des démarches avec leurs parents. Seuls cinq jeunes rejettent toute la responsabilité des démarches sur autrui.

Liens entre les modalités de prise en charge et l'évolution de l'obésité

On dégage un lien significatif entre le **type de démarches** réalisées et la diminution ou non de l'obésité ($p = 0.013$). Les résultats suggèrent que le recours exclusif à la consultation de professionnels est la démarche présentant le plus d'efficacité (cfr. figure 3).

Par ailleurs, le lien est statistiquement très fort entre la réduction de l'excès pondéral et la **continuité des démarches** entreprises ($p = 0.00003$): des démarches continues sont très souvent liées à une diminution de l'excès pondéral (cfr. figure 4).

Finalement, la confrontation de l'évolution de l'excès pondéral avec l'**appropriation des démarches** laisse apparaître une tendance (qui n'est cependant pas statistiquement significative): il y a plus de cas de diminution de poids chez les jeunes qui prennent en charge les démarches seuls et s'y impliquent de manière active.

Clivage entre aspects somatiques et aspects psychologiques

Chez les adolescents, ce clivage se marque surtout dans l'identification des causes de leurs excès de poids. La cause la plus souvent évoquée spontanément est l'alimentation excessive, couplée à l'inactivité. Dans une question fermée à choix multiple, les causes les plus souvent évoquées sont

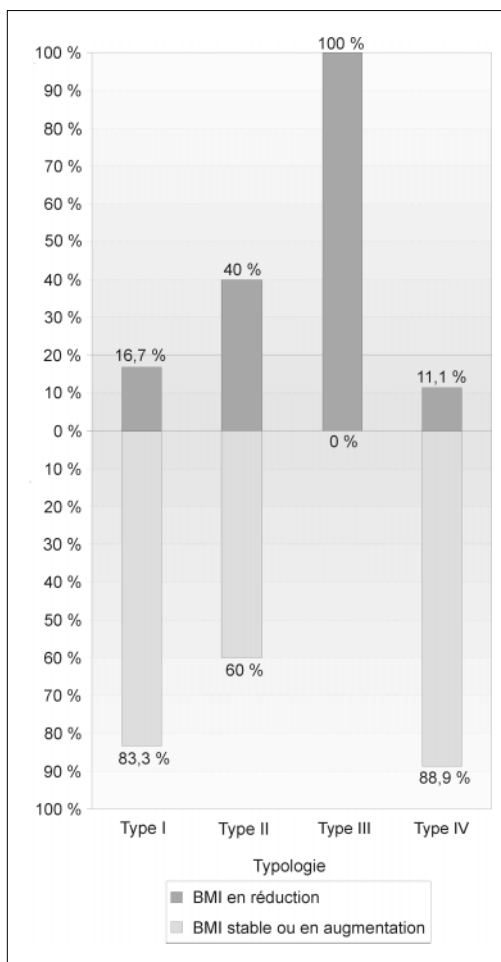


Figure 3 : Liens entre les modalités de prise en charge et l'évolution de l'obésité.

l'alimentation excessive, l'inactivité et la prédisposition génétique. Dans cette même question, on observe un rejet massif des problèmes psychologiques et familiaux. En confirmation de ce résultat, les entretiens montrent un rejet généralisé de l'utilité d'un(e) psychologue. Cependant, l'analyse clinique des entretiens permet d'identifier de nombreuses composantes psychologiques, révélant ainsi l'ambivalence de leur discours.

Au niveau des médecins, ce clivage se marque dans la prise en charge. Lorsque les médecins proposent un traitement, il s'agit très souvent de conseils diététiques ou d'hygiène de vie. Aucun médecin ne cite d'intervention ou de conseil portant sur la composante psychologique, alors que presque la moitié d'entre eux [9] identifie des problèmes

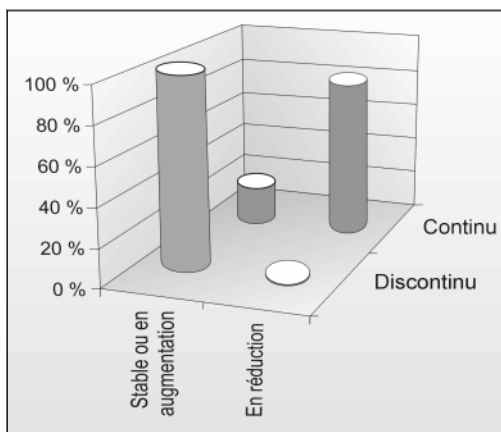


Figure 4 : Lien entre la continuité (ou discontinuité) des démarches entreprises et l'évolution de l'obésité.

Bibliographie

- [1] DESCHAMPS J.-P. (1987), *Ces jeunes sont sans soins ou la non-santé des adolescents et jeunes adultes en France*, dans *Revue Française des Affaires Sociales*, n°41, pp.43-57.
- [2] BLUM R. (1987), *Physicians' assessment of deficiencies and desire for training in adolescent care*, dans *Journal of Medical Education*, n°62, pp.401-407.
- [3] MICHAUD A., NARRING F., DUBOIS-ARBER F., PACCAUD F. (1993), *Recherche romande sur la santé des adolescents de 15 à 20 ans*, dans *Schweiz Med Wochenschr*, 123(40), pp.1883-1895.
- [4] ALVIN P. (1988), *La consultation de l'adolescent*, dans *Gazette Médicale*, n°95, pp.31-37.

.../...

.../...

[5] JEAMMET P., BRACONNIER A., CHOQUET M., HOULLEMAREL L., HUERRE P., JACQUET Y. et coll. (1993), *Adolescences*, Fondation de France et AGF, Paris, pp.9-21.

[6] MARKS A. et coll. (1983), *Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population*, dans *The Journal of Pediatrics*, 102(3), pp.456-460.

[7] ALVIN P. (1986), *L'examen de l'adolescent (1)*, dans *Concours Médical*, 108(24), pp.1977-1981.

[8] ALVIN P. (1986), *L'examen de l'adolescent (2)*, dans *Concours Médical*, 108(26), pp.2150-2154.

[9] THOMPSON M.A., GRAY J.J. (1995), *Development and validation of a new body-image assessment scale*, dans *Journal of Personality Assessment*, 64(2), pp.258-269.

[10] BONHOMME M. (1996), *Estime de soi et insatisfaction corporelle chez les adolescents en excès de poids*, mémoire de fin d'études, Université de Liège.

[11] HOFFMANN-MULLER B., AMSTAD H. (1994), *Body image, weight and eating behavior in adolescents [abstract]*, dans *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, 83(48), pp.1336-1342.

[12] MILLER T.M., COFFMAN J.G., LINKE R.A. (1980), *Survey on body image, weight, and diet of college students [abstract]*, dans *Journal of the American Dietetic Association*, 77(5), pp.561-566.

[13] MORRISON M.A. (1990), *Addiction in adolescents [abstract]*, dans *Western Journal of Medicine*, 152(5), pp.543-546.

[14] SANTONASTASO P., ZANETTI T., SALAA., FAVARETTO G., VIDOTTO G., FAVARO A. (1996), *Prevalence of eating disorders in Italy : a survey on a sample of 16-year-old female students [abstract]*, dans *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65(3), pp.158-162.

psychologiques ou familiaux comme étant la cause flagrante de l'excès de poids de l'adolescent.

Cette distinction entre aspects somatiques et aspects psychiques de la problématique de la prise en charge de l'obésité apparaît également dans l'identification des obstacles au traitement. Les principaux obstacles relevés par les médecins au traitement de l'obésité sont psychologiques ou psychosociaux, alors que chez les adolescents, ils sont de l'ordre de l'inconfort ou encore du manque de résultats des traitements.

Discussion

Cette recherche a permis d'obtenir des informations intéressantes sur la **place des facteurs psychosociaux dans la problématique de l'obésité**. Ces facteurs psychosociaux ont été identifiés au travers de l'ambivalence du discours des adolescents et au travers de la relation existant entre adolescents et médecins de famille.

Les interviews d'adolescents souffrant d'obésité sont remplies de contradictions, indice de leur difficulté à se positionner par rapport à ce problème quand ils sont face à un tiers :

- Le poids semble poser un problème à la majorité des adolescents interrogés, bien qu'on observe ici une grande ambivalence dans les discours. Seuls 55% des sujets le reconnaissent explicitement. Néanmoins, la prévalence de l'insatisfaction corporelle est particulièrement élevée par rapport à d'autres recherches [11,12]. Par ailleurs, le contenu général des interviews livre l'image d'adolescents pour la plupart très peu satisfaits de leur corps.
- De même, l'intérêt des jeunes pour la prise en charge de l'obésité est réel, mais reste le plus souvent implicite ou alors il s'exprime de façon ambiguë. Ce déni et cette ambiguïté du discours sont probablement deux difficultés majeures rencontrées lors des prises en charge d'adolescents présentant un excès pondéral. Ces difficultés ne sont cependant pas limitées à la seule prise en charge de l'excès de poids mais sont présentes, ainsi que le souligne ALVIN P. [7], dans toute prise en charge d'adolescent. La présence de phénomènes de déni ainsi que les difficultés potentielles que ceux-ci peuvent causer ont été également mises en évidence dans d'autres études, en lien avec par exemple les conduites addictives ou les troubles de l'alimentation [13,14].

Finalement, on est frappé par la relative absence de relation individualisée entre adolescents et médecins généralistes : le plus souvent, l'excès pondéral est abordé en présence des parents, parents qui restent très impliqués dans la relation médecin-adolescent. On peut poser l'hypothèse (relayée par certains médecins de famille) que ce type de pratique inhibe l'abord de certains problèmes psychologiques ou familiaux qui pourraient, en d'autres circonstances, être identifiés et discutés. Il s'agit d'une difficulté clairement identifiée par MARKS A. et coll. [6] ainsi que par ALVIN P. [7]. D'autres auteurs [15,16,17,18] ont également mis en évidence l'importance des variables psychologiques et psychosociales dans la

problématique de l'obésité.

Mais la prise en compte des aspects psychologiques et affectifs dans le traitement de l'obésité est d'autant plus compliquée qu'on observe un réel clivage à ce niveau. Clivage présent chez les adolescents dans l'identification des causes à leur excès de poids. Clivage présent chez les médecins dans la prise en charge. Cette différence entre le point de vue des adolescents et celui des médecins est également évidente dans l'identification par les uns et les autres des obstacles potentiels au traitement de l'obésité. La distance entre la perception de l'adolescent et celle du médecin est souvent importante, et identifiée par ALVIN P. [7] comme un obstacle important à toute prise en charge.

On voit à quel point le problème est difficile puisque le médecin identifie souvent le besoin mais ne peut concrétiser la prise en charge. Confirmant les conclusions d'autres études [19,20], plusieurs médecins ont souligné leur manque de qualification et leur manque de compétence en ce domaine.

Cette étude a également permis de souligner diverses **caractéristiques de la prise en charge de l'obésité par les adolescents**, ainsi que de dégager certains **facteurs déterminant l'efficacité de ces diverses démarches**. Notons d'emblée que la plupart des facteurs déterminants dégagés ci-dessous sont également présents chez l'adulte obèse, quoique peut-être de façon moins cruciale.

L'analyse des résultats qui précèdent permet de dégager quatre déterminants principaux d'une prise en charge efficace.

- **Continuité dans le traitement** : l'obésité de l'adolescent a beaucoup plus de chance de diminuer si celui-ci entreprend des démarches continues et organisées entre elles, même si celles-ci sont profanes.
- **Malaise lié au poids** : un autre déterminant de la prise en charge est le fait, pour l'adolescent, de reconnaître qu'il éprouve un malaise face à son poids. La présence d'un malaise objectif et reconnu par l'adolescent est significativement corrélée avec la mise en œuvre de démarches, profanes ou professionnelles.
- **Appropriation des démarches et de la relation avec les professionnels** : l'appropriation des démarches par les jeunes est liée à la motivation des adolescents pour la prise en charge de l'excès pondéral. Si les chiffres obtenus dans la présente étude n'appuient que faiblement cette relation entre appropriation et management de l'excès de poids, ALVIN P. [7] fait de l'implication de l'adolescent une condition prépondérante de la réussite de la prise en charge de celui-ci. D'autres études ont également évoqué l'importance de l'implication et de l'appropriation par l'adolescent des démarches de prise en charge de l'asthme [21].
- **Engagement dans une ou plusieurs démarche(s)** : le lien statistique existant entre la typologie des démarches et la réduction ou non de l'obésité montre qu'un des facteurs favorisant la diminution de l'excès pondéral chez les jeunes est le fait de s'engager dans une démarche, surtout, mais pas seulement, si celle-ci est proposée et/ou suivie par

Accompagner les adolescents dans la gestion de leur problème de santé

un professionnel (médecin généraliste, pédiatre spécialiste, diététicien, ...).

La présente étude tire sa force de l'utilisation conjointe de méthodes qualitatives et quantitatives pour le recueil et l'analyse des données. Ses résultats doivent cependant être envisagés avec prudence, en raison notamment de la taille restreinte (31 adolescents) et de l'hétérogénéité de l'échantillon (25 jeunes issus d'une consultation de médecine scolaire et 6 issus d'une consultation spécialisée et donc engagés dans un processus thérapeutique par rapport à leur obésité, ce qui n'est pas nécessairement le cas des autres).

Conclusions

Une des questions de l'étude porte sur la manière de faire adhérer la majorité des jeunes obèses à des démarches de prise en charge de leur excès pondéral. Comment favoriser à la fois la continuité des démarches et l'implication du jeune dans celles-ci, clés de toute prise en charge? La prise en compte des dimensions suivantes devrait augmenter la probabilité d'une prise en charge efficace.

Objectivation du malaise

Lorsque le malaise n'est pas objectivé et reconnu d'emblée, la tâche difficile du médecin amené à prendre en charge un adolescent obèse sera d'aider celui-ci à objectiver et exprimer le malaise causé par l'excès de poids. En effet, les résultats de notre étude montrent que la reconnaissance par le jeune d'un réel malaise favorise sa motivation à entreprendre et poursuivre un traitement.

Cette objectivation est une condition nécessaire au processus d'appropriation par le jeune des démarches. Comment un jeune peut-il s'impliquer et se considérer comme acteur dans un projet ayant pour but de supprimer un problème qu'il ne veut même pas reconnaître?

Appropriation des démarches

On voit ici l'importance du travail de la demande, nécessaire dans toute prise en charge, quel que soit le problème de santé envisagé. La première tâche du praticien est d'identifier la demande réelle. Parfois, cette demande est cachée derrière l'expression d'un autre problème. Dans d'autres cas, ce n'est pas l'adolescent lui-même qui est le premier porteur de la demande mais bien ses parents. Il faudra alors beaucoup d'habileté au médecin pour dégager la demande propre au jeune et permettre à celui-ci de l'exprimer. Ce travail de la demande doit précéder la réappropriation des démarches. Le jeune doit en effet être porteur non seulement de la demande mais aussi de la totalité du traitement mis en place.

Les professionnels de santé doivent dès lors s'interroger sur la place qu'ils laissent à l'adolescent et sur le pouvoir de décision qu'ils lui accordent : choix du traitement, choix du moment, implication, ...

Les professionnels de santé doivent aussi examiner la place des parents dans ce processus. Afin de favoriser l'appropriation des démarches par l'adolescent, celui-ci doit sans doute pouvoir bénéficier d'une consultation « en tête-à-tête » avec le



Dessin de Marco Venanzi

professionnel de santé. Cette relation privilégiée permettra aussi d'aborder éventuellement avec l'adolescent des questions plus personnelles.

Abord des questions psychologiques et familiales

Relations familiales, estime de soi, image de soi, satisfaction corporelle et poids réel sont en relation complexe les uns avec les autres. La clarification de ces dimensions avec l'adolescent ainsi que la détermination conjointe (par l'adolescent lui-même ainsi que par sa famille) d'objectifs réalistes offrent sans doute des pistes pour une meilleure prise en charge de son excès de poids.

Abord pluridisciplinaire

La multiplicité des facteurs en cause dans la problématique de l'excès de poids, l'imbrication de ces facteurs ainsi que l'importance des questions psychologiques et socio-affectives montrent qu'il est nécessaire d'offrir à l'adolescent une prise en charge pluridisciplinaire et concertée : médecin, diététicien, psychologue ont chacun leur place dans le traitement des adolescents obèses. L'importance des approches multidisciplinaires de l'obésité est d'ailleurs discutée dans un article de SUSKIND R.M. et coll. [22].

Continuité du suivi

Le suivi régulier du traitement est capital. Idéalement, si un recours à d'autres professionnels est envisagé (diététicien, ...), ou si d'autres démarches sont suggérées, le médecin ayant initié la prise en charge devrait continuer à assurer le suivi des soins et la coordination du traitement.

.../...

[15] DREYFUS M. (1993), *Abord psychologique de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent dans une consultation pluridisciplinaire*, dans *Ann Pédiatr*, 40(5), pp.305-312.

[16] KAWACHI I. (1999), *Physical and psychological consequences of weight gain [abstract]*, dans *Journal of Clinical Psychiatry*, n°60, Suppl. 21, pp.5-9.

[17] BUDEBERG-FISCHER B., KLAGHOFER R., REED V. (1999), *Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents [abstract]*, dans *Psychotherapy & Psychosomatics*, 68(6), pp.325-332.

[18] STRAUSS R.S. (2000), *Childhood obesity and self-esteem [abstract]*, dans *Pediatrics*, 105(1), p.15.

[19] GRAHAM P., JENKINS S. (1985), *Training of paediatricians for psychosocial aspects of their work*, dans *Archives of Disease in Childhood*, n°60, pp.777-780.

.../...

Accompagner les adolescents dans la gestion de leur problème de santé

.../...

[20] CHOQUET M., LEDOUX S. (1991), *Les troubles fonctionnels de l'humeur comme indicateurs de santé à l'adolescence*, dans *Arch Fr Pediatr*, n°48, pp.99-105.

[21] WALDERS N., DROTAR D., KERCSMAR C. (2000), *The allocation of family responsibility for asthma management tasks in African-American adolescents [abstract]*, dans *Journal of Asthma*, 37(1), pp.89-99.

[22] SUSKIND R.M., SOTHERN M.S., FARRIS R.P. et coll. (1993), *Recent advances in the treatment of childhood obesity [abstract]*, dans *Annals of the New York Academy of Sciences*, n°699, pp.181-199.

La question est de savoir si les médecins et autres professionnels de la santé sont bien préparés, dans leur formation, à prendre en compte et à appliquer ces recommandations. Certaines données de notre étude semblent affirmer le contraire.

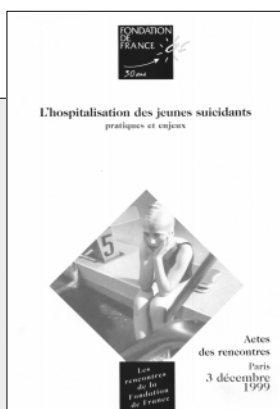
Par ailleurs, certaines recommandations reprises ci-dessus montrent toute l'importance que prend l'éducation pour la santé dans la prise en charge des adolescents obèses. Ainsi, si on a bien montré l'influence de la continuité des démarches sur le succès de celles-ci, il faut également mentionner l'importance de la continuité «interne» au jeune. Certains peuvent quitter un référent médical et pourtant continuer à appliquer, seul, les recommandations ou traitements préconisés. Une grande partie des démarches réalisées par les jeunes dans le cadre de la prise en charge de l'excès de poids se font en effet sans référence suivie à un

professionnel de la santé. L'intérêt des professionnels pour l'excès pondéral ne doit pas se cantonner au seul versant curatif. Il faut apprendre à nos jeunes à adopter une alimentation équilibrée et à prendre conscience des liens qui existent entre leur santé, leur alimentation, et leur activité physique. En d'autres termes, il faut apprendre à nos jeunes à acquérir une gestion autonome et responsable de leur santé, dans toutes ses composantes.

Ainsi que nous avons pu le constater, les principales données tirées de cette étude sont valables pour d'autres problèmes de santé présentés par les adolescents. L'obésité et sa prise en charge représentent dès lors une illustration particulièrement pertinente des difficultés qui séparent adolescents et médecins. Il pourrait être intéressant d'appliquer un schéma expérimental similaire à une autre thématique de santé et à plus large échelle. ■

Bulletin d'Education du Patient, Vol. 19 - n°3 - 2000

L'hospitalisation des jeunes suicidants, pratiques et enjeux



Ce dossier présente les données actuelles en matière de suicide des jeunes en France, ainsi qu'un bilan de la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants de 15 à 25 ans. Quelques pratiques internationales sont présentées (Amérique du Nord et Suède). Enfin, différents professionnels, pédiatre, psychiatres, médecins de santé publique apportent leurs points de vue sur la manière de prendre en charge les jeunes suicidants.

Fondation de France (2000), *L'hospitalisation des jeunes suicidants, pratiques et enjeux*, Actes des rencontres de la Fondation de France, 3 décembre 1999, Paris, Paris, 48p. ISBN 2-907111-85-X

Les résultats de l'étude «*Jeunes suicidants à l'hôpital*» de Marie Choquet et Virginie Granboulan sont accessibles sur internet : <http://www.fdf.org> (site de la Fondation de France) et <http://ifr69.vjf.inserm.fr/~ado472>

«La santé mentale, j'en parle», tel est le slogan de 2001, année de la santé mentale en Belgique. Cette année sera donc ponctuée de nombreux événements et de manifestations publiques, dont la revue «Éducation Santé» se fera l'écho. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, le suicide est la deuxième cause de mortalité (20% des décès chez les garçons, 12% chez les filles) après les accidents de la circulation. «Éducation Santé» consacre son numéro de février 2001 (n°156) à trois articles sur le suicide : l'un sur le Centre de prévention du suicide, le

Le suicide

deuxième sur une stratégie de prévention du suicide en province de Liège. Le troisième article présente une expérience québécoise soulignant l'importance du soutien social et de la résilience communautaire face au suicide.

Renseignements : *Éducation Santé, chaussée de Haecht, 579/40, B-1031 Bruxelles. Tél. : ++ 32 (0)2 246 48 53 Fax : ++ 32 (0)2 246 49 88 E-mail : education.sante@mc.be*

