



# **Comportement alimentaire, sédentarité, estime de soi et image du corps de l'adolescent obèse**

Prise en charge des adolescents en souffrance avec leur poids au sein  
de l'Association PREVART réseau cardiovasculaire

## **Bilan de l'action 2007-2011**



**INTRODUCTION..... 5**

**I) PRESENTATION DU PROGRAMME..... 6**

**1.1 LES OBJECTIFS DU PROJET ..... 6**

**1.2 LE PARCOURS DU PATIENT ..... 7**

**1.3 ..... 7**

**1.4 LE DIAGNOSTIC EDUCATIF ..... 8**

**1.5 ..... 8**

**1.6 PROFIL DES PARTICIPANTS ..... 8**

**1.7 COMITE DE PILOTAGE : ROLE ET COMPOSITION ..... 9**

**1.8 PROGRAMMATION ET DEROULEMENT ..... 10**

**1.9 L'ENTRETIEN BILAN ET LE SUIVI..... 11**

**1.10 ..... 11**

**1.11 LES ATELIERS ..... 12**

1.11.1 Atelier psycho-diététique : « S'observer pour changer » ..... 12

**1.12 ..... 13**

1.12.1 Remise à l'activité physique ..... 13

**1.13 ..... 14**

1.13.1 Médiation danse ..... 14

**1.14 ..... 15**

1.14.1 Médiation Socio-esthétique ..... 15

**1.15 ..... 16**

1.15.1 Médiation Arts-Graphiques..... 16

**1.16 ..... 17**

**1.17 ..... 17**

**1.18 ..... 17**

**1.19 ..... 17**

**1.20 ..... 17**

**1.21 ..... 17**

**1.22 ..... 17**

**1.23 ..... 17**

**1.24 ..... 17**

1.24.1 Médiation théâtre ..... 17

1.24.2 Médiation Musicale : le Gamelan ..... 18

1.24.3 La sortie de fin de programme ..... 19

1.24.4 Les réunions parents ..... 20

**II) EVALUATION..... 21**

**2.1 EVALUATION QUANTITATIVE A LONG-TERME ..... 24**

**2.2 ..... 26**

**2.3 EVALUATION QUALITATIVE A LONG-TERME ..... 29**

**2.4 TAUX DE PARTICIPATION AU PROGRAMME..... 32**

**III) EVOLUTION DU PROGRAMME DEPUIS SA CREATION ..... 35**

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| <b>3.1</b>  | <b>LE PHOTO « LANGAGE/EMOTIONS » .....</b>              | <b>36</b> |
| 3.2.1   | Utiliser des contenus multimédias.....                  | 38        |
| 3.2.2   | Rendre la démarche plus progressive .....               | 39        |
| 3.2.3   | Favoriser des supports patients pertinents .....        | 41        |
| 3.2.4   | Travailler la motivation pour éviter les abandons ..... | 41        |
| <b><u>DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....</u></b>        |   | <b>42</b> |
| <b><u>ANNEXE : TRAME POUR L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF .....</u></b> |   | <b>46</b> |

# Introduction

Depuis 2007, nous nous sommes engagés, grâce au soutien de nos financeurs, dans le défi de la prise en charge en éducation thérapeutique des adolescents qui souffrent de et par leur obésité... Au cours de ces années de fonctionnement, nous avons pu travailler au développement d'une prise en charge ambulatoire globale de ces adolescents. Son originalité est de chercher à aller « plus loin », en ne se limitant pas aux questions de poids mais en travaillant activement l'estime et la confiance en soi pour améliorer au long terme leur bien-être global.

Différentes étapes ont émaillé notre parcours. Nous avons vécu des moments de doute, de remise en question aboutissant à la nécessité de travailler plus, d'affiner notre approche, de développer de nouveaux outils, de nouveaux partenariats, de nouvelles activités.

Aujourd'hui encore, notre travail est en constante évolution. Les données actuelles <sup>1</sup> semblent montrer que les approches trop restrictives, trop coercitives quant au changement attendu donneraient plutôt des effets paradoxaux : une perte de poids à court terme pouvant se traduire, sur du plus long terme, par une reprise de poids voire par l'apparition de troubles des conduites alimentaires... Comment arriver à mieux prendre en charge et surtout, comment amener une modification durable du comportement qui permettra de prévenir à long terme les problèmes de poids et leur lot de conséquences somatiques mais aussi leurs conséquences sur les sphères psychoaffectives et sociales de l'individu ?

Notre approche a été globalement empirique dans les premiers temps de la mise en place du projet. Par ailleurs, les évaluations réalisées chaque année montrent des tendances cohérentes, à savoir, une amélioration des indicateurs retenus. Il nous apparaît donc important de faire un point théorique pour montrer en quoi cette approche apparaît comme étant en accord avec, d'une part, les données scientifiques actuelles et les recommandations fournies par l'Agence Régionale de Santé, d'autre part.

Après une présentation de l'organisation du projet, nous ferons un point sur les aspects d'évaluation quantitatifs et qualitatifs de ces dernières années pour conclure sur les constats, les évolutions et les perspectives de développement du projet pour les années à venir

---

<sup>1</sup> ANSES - Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail - (2010) – *Rapport d'expertise collective : Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement (novembre 2010)*.

# I) Présentation du programme

Le programme « Les Z'Ados » a vu le jour en 2007 et a connu de nombreuses évolutions depuis sa création. Nous avons choisi de vous présenter son organisation actuelle dans cette première partie. Les diverses évolutions et adaptation seront discutées dans la troisième partie de cet exposé.

## 1.1 Les objectifs du projet

D'un point de vue général, le projet vise à **améliorer le bien-être de l'adolescent en souffrance avec son poids**. Ce projet de santé global s'articule plus précisément autour des objectifs spécifiques suivants :

- améliorer l'indice de masse corporelle (permettre à la courbe d'indice de masse corporelle de se rapprocher de la zone de normalité : les adolescents étant encore en phase de croissance, l'objectif est de stabiliser le poids alors qu'ils grandissent encore),
- favoriser une meilleure estime de soi en travaillant à l'aide des différentes médiations (théâtre, danse, socio-esthétique) les différents aspects de l'estime de soi : sentiment de sécurité et de confiance, connaissance de soi (son corps, ses atouts, ses faiblesses), sentiment d'appartenance à un groupe, sentiment de compétence (autonomie, initiative, créativité), persévérance et motivation dans l'implication dans un travail au long cours, affirmation de soi, expression devant un groupe,
- augmenter le niveau d'activité (physique, artistique ou de loisir) et en impliquant les adolescents dans une démarche au long cours,
- permettre un investissement, suite à la prise en charge, dans des activités extrascolaires (sport, activités artistiques...),
- inclure les parents dans la prise en charge.

## 1.2 Le parcours du patient

La figure 1 présente le parcours du patient dans le réseau cardiovasculaire. L'adolescent est adressé au réseau via un professionnel de santé adhérent au réseau (médecin traitant ou spécialiste, infirmière scolaire, etc.) et le secrétariat lui propose un rendez-vous individuel avec un membre de l'équipe au cours duquel sera réalisé un diagnostic éducatif qui permettra de l'orienter au mieux.

Le parcours normal consiste à intégrer l'adolescent dans une prise en charge de groupe. Dans des cas particuliers, il peut être proposé aux familles une prise en charge individuelle préalable ou, éventuellement, une réorientation vers une prise en charge spécialisée (pédopsychiatrie ou addictologie par exemple, si la personne qui consulte présente des comorbidités pouvant mettre en échec la prise en charge de groupe).

Suite à la participation au groupe, des séances de rappel semestrielles ont lieu. En fonction des difficultés rencontrées et de la demande, pendant le cycle ou lors du suivi, des consultations individuelles (diététiques, psychologiques ou orientées sur l'activité physique) peuvent être effectuées.

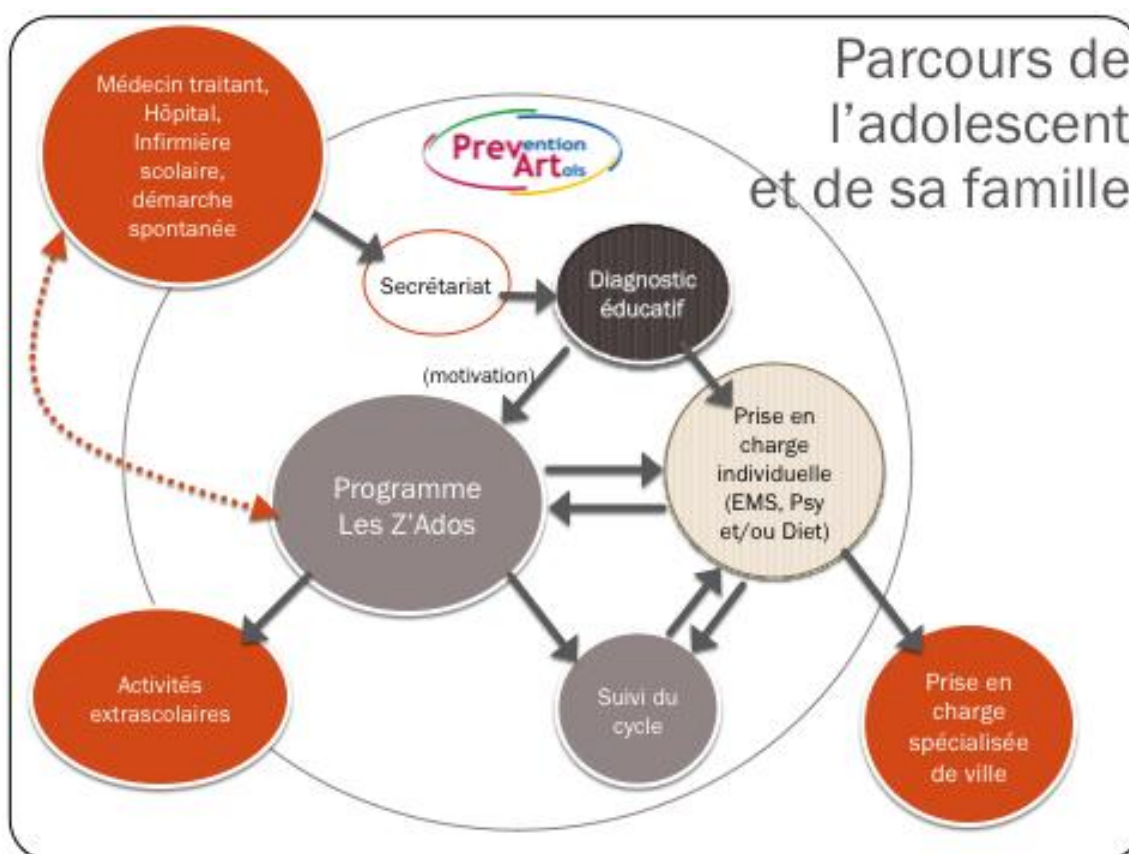


Figure 1 : Le parcours du patient dans le réseau cardiovasculaire

### **1.3 Le diagnostic éducatif**

Pour chaque personne prise en charge, un entretien individuel est réalisé. Pendant cet entretien, le consultant (un des professionnels de santé de l'équipe) effectue un diagnostic éducatif au cours duquel il va tenter de cerner au mieux les attentes, les motivations, les problèmes somatiques et le contexte d'évolution de chacun des adolescents. Celui-ci dure 45 minutes et peut se dérouler en deux temps : l'adolescent peut être d'abord vu avec un de ses parents puis seul. Le déroulement dépend de la relation entretenue par l'adolescent avec ses parents.

Cet entretien conditionne l'intégration de l'adolescent au groupe ou éventuellement, l'orientation sur une prise en charge individuelle au sein de la structure ou en dehors.

Un guide de diagnostic éducatif a été réalisé, explorant la dimension biomédicale, socioprofessionnelle, cognitive et psychoaffective de manière à harmoniser l'entretien, quel que soit le type de consultant qui le réalise<sup>2</sup>.

### **1.4 Profil des participants**

La tranche d'âge ciblée dans le projet est de 13 à 18 ans. En dépit de l'âge et/ou du niveau de scolarisation, les participants ont pour caractéristiques communes les critères suivants :

- une obésité avérée
- une souffrance liée au poids
- la plupart du temps, une sédentarité importante (pas d'activité extrascolaire sportive ou autre).

Selon les situations, des adolescents de moins de 13 ans ou de plus de 18 ans peuvent être inclus. L'inclusion des plus jeunes est possible si les adolescents sont à un niveau de maturité suffisante (à l'appréciation de l'équipe pluridisciplinaire d'animation). Pour les plus de 18 ans, elle est possible s'ils sont scolarisés au lycée ou au collège et qu'ils vivent chez leurs parents. Des adolescents de plus de 18 ans en études supérieures sont réorientés vers d'autres prises en charge.

---

<sup>2</sup> D'Ivernois J-F et Gagnayre, R (2004). Principales dimensions du diagnostic éducatif d'après le modèle de Green et Kreuter



## **1.5 Comité de Pilotage : rôle et composition**

Dans le cadre du projet, un comité de pilotage a été mis en place. Il réunit les différents partenaires, opérationnels ou non dans le but d'échanger sur la mise en place du projet, son organisation, son évaluation (un groupe de travail spécifique a été créé pour réfléchir aux outils à utiliser), la communication et les axes de travail futurs. Il doit se réunir au moins une fois par an.

Il est composé des partenaires suivants :

- Programme Territorial de Santé de l'Artois
- Comédie de Béthune / Virgine Labroche
- Cyril Vialon, Chorégraphe
- Florence Christoffel, Art-thérapeute
- Danse à Lille / Centre de Développement Chorégraphique
- Université d'Artois (SUAPS),
- Université de Lille 2 (Faculté de sport),
- Université Lille 3 (UFR Dialogue des Arts, UFR Psychologie),
- Université d'Amiens (UFR Psychologie)
- Mairie de Béthune, Service des Sports et Service Culture
- Comédie de Béthune
- Centre Hospitalier de Béthune, Services d'Endocrinologie, de Pédiatrie, de Diététique et de Réhabilitation
- Maison du Département Solidarité – Antenne de Béthune
- Réseau OSEAN
- Éducation Nationale
- Professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, pédiatres, pharmaciens, I.D.E., etc.)
- MIPPS Communauté du Bruaysis,
- Association Tout en Rondeur
- Les professionnels de l'association Prévention Artois intervenant dans le projet.

## 1.6 Programmation et déroulement

Le programme est constitué de différents types d'ateliers thématiques qui s'enchaînent au cours de l'année, commençant par une réflexion sur le comportement alimentaire et son incidence dans la vie de l'adolescent avant d'étendre le travail aux autres champs (comme illustré dans la figure 2, ci-dessous).

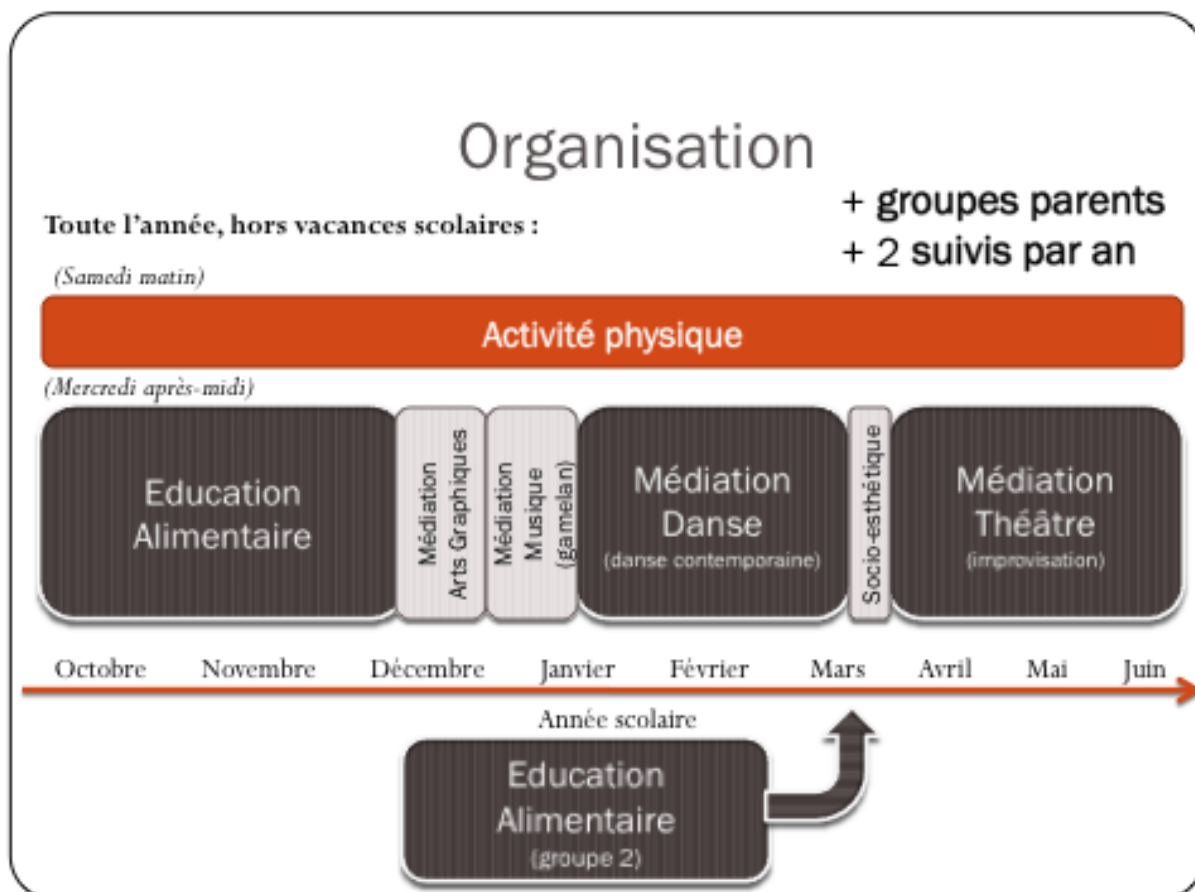


Figure 2 : Programmation annuelle

A l'heure actuelle, étant donné les contraintes nombreuses, liées en grande partie au financement annuel de l'activité, nous avons choisi de réaliser deux groupes d'éducation alimentaires sur l'année, le second intégrant les activités de médiations artistiques dès que possible. Cela entraîne que la prise en charge n'est pas identique pour les deux groupes... Avec une projection pluriannuelle des financements, nous pourrions sans doute proposer une prise en charge plus personnalisée et installée sur du plus long terme<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Remarquons à ce propos que toutes les évaluations réalisées jusqu'à ce jour tendent à montrer que les améliorations les plus importantes sont observées chez les jeunes qui bénéficient des prises en charges les plus longues...

## 1.7 L'entretien bilan et le suivi

A la fin de la prise en charge, un entretien individuel, d'abord avec l'adolescent seul, puis accompagné du parent est proposé. Il a pour objectif d'évaluer les changements et de fixer les objectifs à moyen-terme qui seront repris dans le cadre des séances de suivi. C'est aussi le moment d'aborder les points positifs et négatifs de la prise en charge pour pouvoir la réajuster l'année suivante.

Les séances de suivi sont prévues au rythme d'une fois par trimestre pendant les vacances scolaires. Elles s'organisent autour d'un atelier cuisine, d'un repas en commun, d'un temps d'échange et de discussion et d'une activité particulière (sportive, théâtre, sortie, etc.). Les adolescents sont force de proposition dans le choix des menus et/ou des activités.

**Cette Charte fixe les règles de fonctionnement de notre groupe. Les signataires s'engagent à respecter les règles suivantes :**

- *Chacun se doit de respecter l'autre et de l'écouter. Aucun jugement ne sera porté sur ce qui est évoqué dans le groupe.*
  
- *Tout le monde a le droit à la parole mais personne n'est obligé de parler s'il n'en a pas envie.*
  
- *Ce qui est évoqué dans le groupe n'appartient qu'à lui. Aussi, chacun se doit de ne pas raconter à l'extérieur du groupe les propos de ses participants.*
  
- *Les intervenants sont tous tenus par le secret professionnel et médical.*

## 1.8

Encart 1 : La Charte de fonctionnement

## 1.9 Les ateliers

Le programme de prise en charge est constitué de différents ateliers qui se succèdent au cours de l'année de manière à travailler les différents aspects des problématiques de chaque participant.

Les activités thématiques (éducation alimentaire, socio-esthétique et médiations) ont lieu le mercredi après midi et l'activité physique à lieu le samedi matin.

De manière à clarifier le cadre de travail, une charte de fonctionnement a été élaborée (voir l'encart 1). Elle est signée par tous les participants, leurs parents ainsi que tous les intervenants. Quel que soit le type d'atelier, le choix a été d'orienter les activités sur leur aspect ludique et sur le plaisir à participer aux activités.

### **1.9.1 Atelier psycho-diététique : « S'observer pour changer »**

Dans les groupes d'éducation, nous avons choisi de travailler dans une approche psycho-diététique du comportement alimentaire et de la restriction cognitive. Cette approche tend à rendre la personne actrice de sa propre prise en charge en l'aidant à modifier ses consommations alimentaires en fonction de ses sensations de faim et de satiété et à repérer et à gérer les situations qui entraînent des consommations qui ne correspondent pas à une sensation de faim (par exemple, « je mange quand je suis stressé », « je mange quand je m'ennuie », etc.). Ce type de démarche permet de placer le patient au centre de la prise en charge, et à le rendre acteur, voire « auteur de sa santé »<sup>4</sup>.

Les séances sont basées sur l'interactivité, le partage d'expérience (résolution de problème, échanges, jeux dynamiques, etc.) et les expérimentations, avec notamment des exercices sur le rassasiement, des dégustations à l'aveugle, des ateliers cuisine. En aucun cas l'approche ne constitue un régime alimentaire restrictif, lors desquels le risque d'échec est considérable : « *La majorité de ces auteurs s'accordent sur le fait que 90% des personnes qui perdent du poids le reprennent entre 2 et 5 ans, et les plus optimistes parlent de 75 à 80 % de rechutes " seulement "... Plus grave encore, les prescriptions diététiques, voire les conseils d'hygiène alimentaire en vue de perdre du poids, sont accusés d'être iatrogènes et d'entraîner, ou au minimum d'aggraver, différents troubles du comportement alimentaire et d'autres troubles psychopathologiques* »<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Golay A, Lager A, Giordan A (2010). Comment motiver le patient à changer ? *Collection Éducation du patient*, éditions Maloine

<sup>5</sup> Gérard APFELDORFER G, Jean-Philippe ZERMATI J-P (2001). La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. La Presse Médicale, Masson Editeur

Nous tentons de créer une connaissance globale et commune des recommandations en termes d'alimentation et d'activité physique ainsi que d'amener les participants à bien comprendre les liens entre leur activité, leur alimentation, leurs émotions. Cette étape de la prise en charge permettra à chacun de poser des objectifs personnels, réalistes et réalisables qui seront l'objet du travail annuel.

Ce premier atelier est constitué de 9 séances successives. Elles sont animées par un diététicien, un éducateur médico-sportif et un psychologue. L'approche du comportement alimentaire est, par ailleurs, reprise tout au long de l'année par le biais de rencontres individuelles.



*Photographie prise lors d'une dégustation à l'aveugle*

### **1.9.2 Remise à l'activité physique**

En plus de séances hebdomadaires programmées le samedi matin, l'éducateur médico-sportif est un intervenant régulier lors des ateliers relatifs au comportement alimentaire. Sa présence permet au groupe d'aborder plus précisément la notion de balance énergétique ou encore des stratégies de contrôle du poids basées sur une pratique sportive intensive.

Les objectifs généraux du volet « remise à l'activité physique » sont les suivants :

- Apprendre à l'adolescent à s'engager dans une activité régulière,
- Comprendre l'intérêt d'une activité régulière,
- Comprendre quelles activités pratiquer et dans quel but,
- Amener l'adolescent à s'inscrire dans un club suite à la prise en charge.

Les activités sont choisies et développées en fonction des attentes du groupe. On alterne des phases de travail collectif et de travail individuel.

Lors de ces séances du samedi matin, l'accent est mis sur la découverte et la pratique d'activités physiques et sportives. L'aspect ludique est ici prédominant, l'objectif étant de permettre à l'adolescent de découvrir, de se perfectionner dans différentes activités et d'y prendre plaisir.<sup>6</sup>

L'échange autour de l'activité physique et de la santé est privilégié : en plus de pratiquer, on cherche à apporter des connaissances réutilisables pour une pratique ultérieure.

Les activités pratiquées sont plutôt des activités physiques non sportives (il n'y a pas d'objectif de performance) comme de la marche, des jeux collectifs (frisbee, balle au prisonnier, etc.), du stretching ou de la relaxation.

Différents thèmes sont abordés spécifiquement ou transversalement au cours des séances :

- Bilan sur la pratique actuelle
- Travail sur les objectifs de chacun dans la prise en charge
- Connaissance physiologique de base
- Connaissances des activités physiques et sportives et des lieux de pratiques
- Travail sur l'hygiène corporelle.

### **1.9.3 Médiation danse**

La médiation danse est animée par un chorégraphe professionnel, un psychologue et/ou un diététicien. L'enjeu est, dans cette partie, de réaliser un travail sur la perception de son corps, de bouger, de partager avec l'autre et de dépasser ses limites et sa peur. Le travail porte sur l'expression corporelle, le ressenti et l'image du corps, la coordination motrice (travail sur la rythmique) ou encore la relaxation<sup>7</sup>.

Les séances sont organisées de la manière suivante :

- une phase d'échauffement / stretching / relaxation pour se mettre en condition
- des exercices spécifiques, individuels ou en groupe
- une phase de discussion spécifique type groupe de parole où est abordée une thématique particulière liée à l'image de soi (comment je me perçois / comment je pense que les autres me perçoivent, mes qualités / mes défauts, etc). Celle-ci peut avoir lieu avant ou après les exercices de danse.

---

<sup>6</sup> Perrin C (2007). Dossier « la santé... par l'activité physique ! » L'activité physique : une affaire de goûts ? La Santé de l'Homme, n°387. Inpes

<sup>7</sup> Muller-Pinget S, Golay A (2008). Article Danse-thérapie dans les soins, Le rôle de l'art dans les éducations en santé

Des débriefings réguliers sur le ressenti des exercices sont réalisés en cours de séance, il y a donc alternance entre des temps d'action et des temps d'échanges sur le vécu de la séance.

La médiation danse est constituée de dix séances au maximum.



*Photographie prise lors d'une séance de la médiation danse*

#### **1.9.4 Médiation Socio-esthétique**

L'atelier socio-esthétique est composé d'une séance de trois heures. Co-animé par une socio-esthéticienne, un psychologue et une diététicien, il a pour objectif de continuer à travailler l'estime de soi, notamment, se connaître soi-même, la relation aux autres ou encore l'hygiène.

Le travail se fait à l'aide de soins corporels, de massages ou encore de relaxation. L'adolescent est amené à s'imaginer dans un contexte où les contraintes du poids ou le jugement social ne sont pas mis en jeu. Par exemple, chacun doit choisir dans des magazines people ou de mode, des tenues qui correspondraient à un « idéal ». L'adolescent personnifie la tenue vestimentaire choisie par sa photo et est amené à argumenter son choix devant les autres.

Une ambiance apaisante est proposée par le biais d'un éclairage tamisé et d'une musique douce choisie par les adolescents.

Le travail sur l'hygiène, la relaxation et les massages permet aux adolescents de se rendre compte qu'ils peuvent, garçon ou fille, bénéficier de ce type de soins (auxquels, en général, aucun d'entre eux n'a déjà eu recours). Les exercices sont simples pour pouvoir être réutilisés ultérieurement.



*Photographie prise lors d'une séance de socio-esthétique*

### **1.9.5 Médiation Arts-Graphiques**

Pour aller plus loin dans notre démarche de prise en charge globale et d'après notre expérience vis-à-vis du public adolescent, nous avons souhaité travailler sur la perception de soi.

Nous nous sommes pour cela mis en relation avec Florence CHRISTOFFEL, artiste peintre, graphiste et art thérapeute.

Sur les propositions de l'artiste, nous avons construit 2 séances d'arts graphiques autour de la perception de soi.

Nous avons pu, grâce à ce travail, amener les adolescents à réaliser un autoportrait photographique (c'est la personne prise en photo qui choisit les accessoires, la pose...) puis, en binôme, afin que l'autre puisse donner sa vision des choses.

Grâce à des appareils photos numériques, de nombreux clichés ont été réalisés, et nous avons procédé à un choix : deux photos par adolescent, une qu'ils choisissent eux même, et l'autre que le groupe choisit.

Pour mettre en avant la manière dont les adolescents se perçoivent, l'animation suivante a consisté, au travers de l'utilisation de support et d'outils comme le papier, la peinture, le feutre, la



colle ... à contextualiser le portrait réalisé précédemment, aboutissant ainsi à une production artistique.

Ces temps consacrés à la perception de soi sont également le lieu de différentes possibilités de valorisations : la valorisation des adolescents par les adolescents, par les professionnels présents, mais également la possibilité d'être amené à valoriser les autres.



*Montage de photographies prises lors d'une séance de la médiation art-graphique*

### **1.9.6 Médiation théâtre**

Cette partie est animée par un comédien formateur, metteur-en-scène professionnel, un psychologue et un diététicien. Le travail porte sur la confiance en soi et aux autres, l'écoute, l'expression des émotions, etc. Elle constitue le prolongement du travail sur soi dans la relation avec l'autre.

De la même manière que dans la médiation danse, il y a une alternance entre des temps d'action et des temps d'échanges sur le vécu des différents exercices.

Différents exercices dit « de chauffe » sont utilisés et un travail plus technique porte sur des matchs d'improvisation.

Le travail avec les techniques théâtrales permet d'aborder beaucoup d'aspects de l'estime de soi. Par exemple, en fonction de la morphologie du groupe, des adolescents plus effacés vont se retrouver en position de leadership et tester certains aspects de leur personnalité qui ne sont pas favorisés habituellement. L'expression des émotions est aussi centrale, avec des jeux qui amènent l'adolescent à réfléchir et à mettre en scène les émotions primaires (joie, peur, tristesse, colère, surprise et le dégoût) pour évaluer leur impact. La communication et l'élocution sont mobilisées dans les échanges entre les participants. Les exercices sont choisis et modulés en fonction des problématiques du groupe.

La créativité, mise en jeu tout au long des séances, trouve son point culminant dans des exercices d'improvisation ou d'expression.



*Photographie prise lors d'une séance de médiation théâtre*

### **1.9.7 Médiation Musicale : le Gamelan**

En 2010, nous avons eu la possibilité de proposer aux jeunes du groupe d'expérimenter une nouvelle forme de médiation artistique : la médiation musicale par le gamelan.

Le gamelan est un ensemble musical originaire d'Indonésie, composé de différentes percussions. La particularité de l'instrument est qu'il ne nécessite pas de connaissances musicales a priori et, donc, est accessible aux non musiciens et est principalement basé sur l'écoute mutuelle.

L'intérêt de cette médiation est multiple puisque, en plus de valoriser par une activité très originale, il recrute largement le corps : la position de jeu, assis en tailleur, la coordination motrice, la

mémoire sont largement utilisées. Enfin, le jeu du gamelan nécessite une écoute de soi et de l'autre et une concentration très importante : l'harmonie du jeu s'installe quand chaque poste instrumental respecte l'autre et s'y imbrique...

Au cours des deux séances réalisées en 2010 (elles tenaient lieu de test), les participants ont d'abord été invités à se familiariser avec l'instrument, par le biais de l'apprentissage de quelques séquences de musique traditionnelle javanaise. Ils ont aussi pu visionner un court reportage décrivant l'origine et le mode de fabrication de l'instrument. Ensuite, pendant la deuxième séance, ils ont été amenés à créer eux-mêmes une séquence musicale. Dans l'avenir, il pourrait être envisageable de ce servir de cette création comme environnement sonore pour la médiation danse...



*Photographie réalisée lors de la médiation musicale*

### **1.9.8 La sortie de fin de programme**

Sur les deux premières années de fonctionnement, les entretiens menés en fin de prise en charge avec les adolescents et leurs familles ont fait émerger le besoin de marquer la fin des séances en ateliers par un temps fort. Les adolescents ont donc émis l'idée de proposer les solutions pour participer au financement d'une sortie ensemble. Pour valoriser leur investissement et qu'ils puissent participer activement au temps fort de la prise en charge. Les adolescents ont proposé, à l'occasion des 10 ans de l'Association Prévention Artois, la fabrication/vente de sandwiches et la vente de boissons. Nous avons donc récolté des fonds supplémentaires pour financer une sortie de fin de programme.

L'occasion pour les jeunes de se retrouver une dernière fois avant le suivi prévu aux vacances de la Toussaint. Mêlant activités physiques, repas, moments de détente, de retours sur l'année écoulée et sur le vécu des adolescents, cette journée a été très appréciée par les jeunes.



*Photographie prise lors de la sortie*

### **1.9.9 Les réunions parents**

Des temps sont également prévus avec les parents, en groupe, pour leur permettre d'échanger sur les changements ou les difficultés qu'ils rencontrent avec leurs enfants et faire le point avec les intervenants sur les objectifs des différentes activités.

Ils sont animés par un diététicien et/ou un psychologue. L'objectif est de positionner le parent comme relais de la prise en charge dans le milieu familial, pour que le cadre soit positif et favorable et permette à l'adolescent d'évoluer de manière optimale dans sa prise en charge<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup>Poulain J-P (2009). Sociologie de l'obésité, éditions Presses Universitaires de France

## II) Evaluation

Pour évaluer l'impact de l'atelier sur les adolescents, nous utilisons différentes mesures ; les mêmes depuis 2007. Nous rappelons ici qu'elles avaient été choisies dans le cadre du groupe de travail sur l'évaluation mis en place dans la continuité du premier comité de pilotage (constitué d'universitaires, de psychologues et de diététiciens). Les échelles utilisées sont :

- l'échelle toulousaine de l'estime de soi
- le Body Esteem Scale pour l'image du corps
- l'échelle de Rathus pour l'affirmation de soi
- le TFEQ R21 pour la restriction cognitive
- le SF 36 pour la qualité de vie

La taille et le poids sont aussi enregistrés à différentes phases de la prise en charge et le taux de participation est aussi pris en compte.

L'estime de soi est une dimension fondamentale de la personne. C'est le regard, jugement que l'on porte sur soi, la valeur qu'on accorde à sa propre personne. Quand ce jugement est positif, cela permet d'agir efficacement, de se sentir bien dans sa peau et de faire face aux difficultés de l'existence. Quand il est négatif, il est source de souffrance et perturbe le quotidien.

Travailler autour de l'estime de soi chez l'adolescent obèse nous paraît un enjeu de taille puisque cela va permettre de diminuer la souffrance ressentie dès le court-terme et, à long-terme, constituer un facteur de protection et d'adaptation. Par ailleurs, les enfants et adolescents obèses sont très vite soumis à une stigmatisation importante (le plus souvent en premier lieu par le milieu familial et médical) qui va gêner le développement et parfois entraîner des conséquences importantes sur le plan social mais aussi psychologique (échec scolaire, isolement pouvant entraîner anxiété, dépression, etc.).

Dans le projet, nous avons utilisé plusieurs outils qui mesurent différents aspects de l'estime de soi. Nous avons utilisé **l'Echelle Toulousaine d'estime de Soi version adolescent (ETES)**, qui en mesure cinq dimensions : le *soi émotionnel* (représentation du contrôle des émotions et de l'impulsivité), le *soi scolaire* (perception de soi au niveau scolaire), le *soi social*, le *soi physique* et le *soi futur*. Nous avons aussi utilisé une échelle appelée le **Body Esteem Scale (BES)**, qui évalue *la satisfaction corporelle générale* et différentes sous-dimensions : la *satisfaction par rapport à l'apparence*, *l'estime corporelle liée au poids* et *l'attribution* (manière dont le sujet perçoit son apparence dans le regard de l'autre).

L'affirmation de soi est aussi une compétence psychosociale essentielle en lien direct avec l'estime de soi. Pour l'évaluer, nous avons utilisé l'échelle de **Rathus**, qui évalue les modes de

communication et permet de différencier le mode affirmé (notes comprises entre -30 et 30) des modes passifs (-90/-30) et agressifs (30-90).

Le **SF36** est un questionnaire qui mesure de nombreux aspects de la qualité de vie.

Le **TFEQ-R21**, pour sa part, évalue la restriction cognitive, les attitudes de prise alimentaires émotionnelles (AE) et incontrôlées (AI).

Comme chaque année, l'exploitation des questionnaires psychologiques reste compliquée : la passation est lourde comme la cotation des tests. Nous sommes dans l'espoir de pouvoir utiliser bientôt une nouvelle batterie de test, notamment grâce aux travaux de l'université de Lille 3 et du Groupement de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids (G.R.O.S) qui travaillent tous deux sur l'élaboration de nouveaux questionnaires spécifiques aux populations souffrant d'obésité.

En l'absence de ces outils, nous avons choisi de maintenir la même batterie de test, bien que ses limites aient été de nombreuses fois posées dans les précédents rapports.

Cette année, les résultats présentés sont particuliers, car nous avons réalisé une étude à plus long-terme des personnes prises en charge. En effet, il apparaît que les données récoltées donnent, au fil des ans, des tendances très similaires, à savoir une tendance globale à l'amélioration des différents indicateurs. Cette tendance est homogène (bien que n'étant pas réellement vérifiable statistiquement à cause du nombre limité de données, ce qui a déjà été évoqué précédemment) mais nous n'avions pas d'idée précise de l'impact à long terme de la prise en charge sur les participants.

Nous avons donc, avec l'aide de deux stagiaires psychologues, recontacté l'ensemble des participants des années précédentes pour leur proposer une rencontre dans le but de réaliser un entretien semi-directif, qualitatif, afin d'évaluer la perception de l'impact de l'atelier chez le jeune et d'obtenir de nouvelles données quantitatives aux tests. 63 jeunes ayant participé au programme entre 2007 et 2010, ont été contactés et 18 jeunes ont finalement participé à cet entretien, certains par téléphone. Au final, une dizaine de protocoles seulement étaient complets et ils ont servi de base aux analyses que nous vous proposerons ensuite.

Nous présenterons d'abord le travail sur les données recueillies aux tests avant de proposer une synthèse des données qualitatives recueillies lors d'entretiens semi-directifs. Ensuite, nous vous présenterons l'évolution des taux de participation ainsi que des données d'IMC à notre disposition.

|                              |  | Passations |            |         |            |         |            |
|------------------------------|--|------------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                              |  | P1         |            | P2      |            | PLT     |            |
|                              |  | Moyenne    | Ecart-type | Moyenne | Ecart-type | Moyenne | Ecart-type |
| <b>IMAGE DU CORPS</b>        | <i>BES-Apparence</i>   | 32,44      | 2,96       | 30,78   | 5,02       | 27,56   | 3,17       |
|                              | <i>BES-Poids</i>   | 20,11      | 3,41       | 19,67   | 4,09       | 21,67   | 3,67       |
|                              | <i>BES-Attribution</i>   | 35,11      | 4,54       | 29,56   | 8,82       | 25,22   | 9,63       |
| <b>QUALITE DE VIE</b>        | <i>SF36-dimension "activité physique" (PF)</i>                 | 80,56      | 12,86      | 81,11   | 22,33*     | 91,11   | 10,54      |
|                              | <i>SF36-dimension "limitation due à l'état physique" (RP)</i>  | 72,22      | 23,20*     | 72,22   | 26,35*     | 83,33   | 17,68      |
|                              | <i>SF36-dimension "douleurs physiques" (BP)</i>                | 43,33      | 17,32*     | 79,78   | 11,72      | 83,33   | 16,85      |
|                              | <i>SF36-dimension "santé perçue" (GH)</i>                      | 46,11      | 22,47*     | 58,11   | 28,10*     | 62,33   | 28,70*     |
|                              | <i>SF36-dimension "vitalité" (VT)</i>                          | 46,67      | 13,92      | 57,22   | 10,34      | 67,78   | 8,70       |
|                              | <i>SF36-dimension "vie et relation sociale" (SF)</i>           | 62,50      | 23,39*     | 84,72   | 12,15      | 88,89   | 11,60      |
|                              | <i>SF36-dimension "limitation due à l'état psychique" (RE)</i> | 74,07      | 36,43*     | 74,07   | 27,78*     | 85,19   | 17,57*     |
|                              | <i>SF36-dimension "santé psychique" (MH)</i>                   | 52,00      | 18,33*     | 68,44   | 8,11       | 69,78   | 12,18      |
|                              | <i>SF36-physiques (PCS)</i>                                    | 44,50      | 4,35       | 48,38   | 7,87       | 51,59   | 6,28       |
|                              | <i>SF36-psychiques (MCS)</i>                                   | 35,33      | 12,25*     | 48,39   | 5,09       | 50,93   | 5,73       |
| <b>AFFIRMATION DE SOI</b>    | <i>RATHUS</i>  | 1,11       | 14,02      | 1,00    | 16,02      | 12,33   | 20,66*     |
| <b>ESTIME DE SOI</b>         | <i>ETES-SOI EMOTIONNEL</i>                                     | 6,56       | 4,25*      | 6,33    | 3,24*      | 8,67    | 3,20*      |
|                              | <i>ETES-SOI SOCIAL</i>   | 8,67       | 2,60*      | 8,22    | 2,33       | 9,78    | 2,28       |
|                              | <i>ETES-SOI SCOLAIRE</i>                                       | 6,22       | 2,99       | 6,33    | 3,71       | 8,33    | 2,87       |
|                              | <i>ETES-SOI PHYSIQUE</i>                                       | 3,33       | 1,80*      | 5,00    | 2,18*      | 6,78    | 3,23*      |
|                              | <i>ETES-SOI FUTUR</i>  | 8,89       | 2,20       | 8,89    | 1,62       | 8,89    | 1,83       |
|                              | <i>ETES-Total</i>  | 33,67      | 9,84       | 34,78   | 9,61       | 42,44   | 10,65      |
| <b>RESTRICTION COGNITIVE</b> | <i>TFEQ-Restriktion Cognitive</i>                              | 37,04      | 25,76*     | 42,59   | 11,11      | 45,06   | 21,05      |
|                              | <i>TFEQ-Alimentation incontrôlée</i>                           | 55,97      | 26,86*     | 42,80   | 16,05*     | 26,34   | 19,11      |
|                              | <i>TFEQ-Alimentation émotionnelle</i>                          | 156,79     | 55,12*     | 149,38  | 33,84*     | 116,05  | 45,17*     |

Tableau 1 : Scores moyens et écarts types obtenus en fonction des dimensions mesurées et de la passation (légende : \*= écart-type élevé)

## 2.1 Evaluation quantitative à long-terme

Il est important de noter, une fois de plus, que les statistiques qui vont être présentées par la suite ne donnent que des tendances générales et descriptives. A l'heure actuelle, il ne nous est pas possible de fournir des chiffres avec un degré de confiance suffisant, puisque nous travaillons avec des cohortes assez faibles d'un point de vue statistique... Néanmoins, la tendance à l'amélioration se confirme chaque année. Seule une mise en place à plus grande échelle nous permettrait de pouvoir confirmer scientifiquement l'impact positif du programme sur les jeunes pris en charge.

La population avec laquelle nous travaillons étant par essence très hétérogène, il était difficile, pour pouvoir exploiter nos données, de s'arrêter à la simple comparaison des résultats moyens aux tests en fonction des passations. La variabilité des profils et des évolutions est telle que ces moyennes ont peu de sens. En effet, on observe des écarts-types très élevés sur de nombreuses dimensions (comme illustré dans le tableau 1, sur la page précédente), ce qui semble plutôt logique étant donné que la population étudiée regroupe des jeunes entre 14 et 20 ans, avec des profils très variables. De plus, l'échantillon est relativement faible. En tout cas, il ne permet pas de réaliser des tests statistiques très poussés.

Pour ces différentes raisons, nous avons choisi de réaliser une analyse plus fine des chiffres à notre disposition. Dans un premier temps, nous avons cherché à définir des types d'évolutions en fonction des données à notre disposition, c'est-à-dire les résultats obtenus aux questionnaires au pré-test (*P1 pour passation 1*-avant le programme), au post-test (*P2 pour passation 2*-après le programme) et à long-terme (*PLT pour passation à long-terme*-entre 1 et 3 ans après le programme).

Nous avons d'abord comparé les résultats entre le pré-test et le post-test (*Evolution P1-P2*) en catégorisant l'évolution d'*amélioration*, de *dégradation* ou de *stabilité* selon que la différence observée était respectivement positive, négative ou égale 0. Nous avons fait de même pour les résultats entre le post-test et l'évaluation à long terme (*Evolution P2-PLT*). Le tableau 1 présente les différents types d'évolutions possibles. Nous avons considéré que l'impact était positif si on observait une tendance à l'amélioration lors de la passation à long-terme ou si les résultats se stabilisaient après avoir été améliorés suite au programme. Dans le cas contraire, nous considérons ne pas pouvoir mettre en évidence d'impact positif de l'atelier sur la personne.



| Impact              | Evolution P1-P2 | Evolution P2-PLT | Tendance générale de l'évolution |
|---------------------|-----------------|------------------|----------------------------------|
| Positif             | amélioration    | amélioration     | tendance positive complète       |
|                     | stabilité       | amélioration     | tendance positive à long terme   |
|                     | dégradation     | amélioration     | tendance positive à long terme   |
|                     | amélioration    | stabilité        | tendance positive stabilisée     |
| Sans impact positif | stabilité       | stabilité        | sans impact                      |
|                     | dégradation     | stabilité        | tendance négative stabilisée     |
|                     | amélioration    | dégradation      | tendance négative à long terme   |
|                     | stabilité       | dégradation      | tendance négative à long terme   |
|                     | dégradation     | dégradation      | tendance négative complète       |

Tableau 2 : Types d'évolution entre pré-test, post-test et évaluation à distance

A partir de ces catégories, nous avons évalué individuellement les évolutions entre P1, P2 et PLT chez chaque participant pour chacun des questionnaires et fait ressortir les différentes tendances. Nous avons ensuite recueilli le pourcentage d'évolutions correspondant aux différentes tendances, en se posant la question de savoir quelles étaient les dimensions qui semblaient positivement impactées par la participation à l'atelier et de quelle manière.

Les résultats que nous obtenons nous permettent d'obtenir des tendances d'impact à long terme assez intéressantes, comme le montrent le tableau 3 et le graphique 1. On observe en effet que, selon les dimensions, 20 à 100% des participants aient vu une évolution positive.

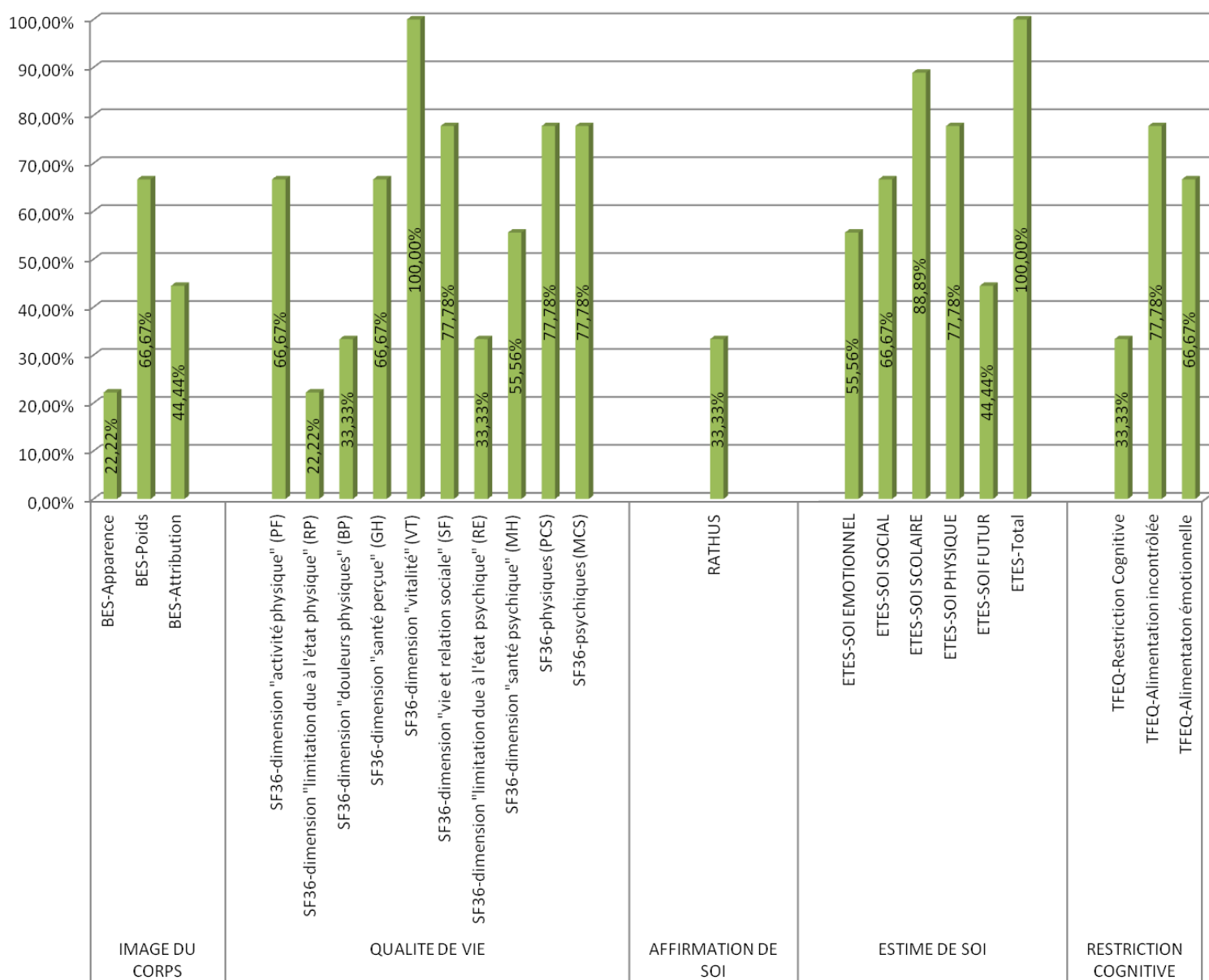
Concernant l'image du corps, il semblerait que ce soit surtout la perception du poids qui ait été améliorée (dans 66,67% des cas), tandis que les autres aspects bénéficient d'un impact plus limité (surtout pour la dimension apparence qui ne voit une évolution positive que dans 22% des cas). La qualité de vie semble être améliorée sur le long terme et, plus particulièrement, la dimension santé perçue du SF36. On notera, par ailleurs, que les indices de qualité de vie, psychique comme physique sont améliorés pour plus de 3 personnes sur 4 (77,78% pour les deux indices). L'estime de soi semble aussi être impactée positivement puisque 100% des participants aux entretiens montrent une évolution positive sur le score Estime de Soi Total de l'ETES. Les dimensions qui bénéficient le plus d'amélioration sont le soi scolaire, le soi physique et le soi social avec respectivement 88,89%, 77,78% et 66,67% d'évolution positives.

|                              |  | Proportion de participants avec un impact positif | tendance positive complète | tendance positive à long terme | tendance positive stabilisée |
|------------------------------|--|---|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <b>IMAGE DU CORPS</b>        | <i>BES-Apparence</i>   | 22,22%  | 0,00%                      | 22,22%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>BES-Poids</i>   | 66,67%  | 22,22%                     | 44,44%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>BES-Attribution</i>   | 44,44%  | 0,00%                      | 44,44%                         | 0,00%                        |
| <b>QUALITE DE VIE</b>        | <i>SF36-dimension "activité physique" (PF)</i>                 | 66,67%  | 11,11%                     | 44,44%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>SF36-dimension "limitation due à l'état physique" (RP)</i>  | 22,22%  | 0,00%                      | 22,22%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>SF36-dimension "douleurs physiques" (BP)</i>                | 33,33%  | 0,00%                      | 33,33%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>SF36-dimension "santé perçue" (GH)</i>                      | 66,67%  | 11,11%                     | 44,44%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>SF36-dimension "vitalité" (VT)</i>                          | 100,00%   | 55,56%                     | 33,33%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>SF36-dimension "vie et relation sociale" (SF)</i>           | 77,78%  | 22,22%                     | 11,11%                         | 44,44%                       |
|                              | <i>SF36-dimension "limitation due à l'état psychique" (RE)</i> | 33,33%  | 0,00%                      | 22,22%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>SF36-dimension "santé psychique" (MH)</i>                   | 55,56%  | 22,22%                     | 22,22%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>SF36-physiques (PCS)</i>                                    | 77,78%  | 55,56%                     | 22,22%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>SF36-psychiques (MCS)</i>                                   | 77,78%  | 77,78%                     | 0,00%                          | 0,00%                        |
| <b>AFFIRMATION DE SOI</b>    | <i>RATHUS</i>  | 33,33%  | 0,00%                      | 11,11%                         | 22,22%                       |
| <b>ESTIME DE SOI</b>         | <i>ETES-SOI EMOTIONNEL</i>                                     | 55,56%  | 33,33%                     | 22,22%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>ETES-SOI SOCIAL</i>   | 66,67%  | 11,11%                     | 55,56%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>ETES-SOI SCOLAIRE</i>                                       | 88,89%  | 22,22%                     | 55,56%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>ETES-SOI PHYSIQUE</i>                                       | 77,78%  | 66,67%                     | 11,11%                         | 0,00%                        |
|                              | <i>ETES-SOI FUTUR</i>  | 44,44%  | 11,11%                     | 22,22%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>ETES-Total</i>  | 100,00%   | 33,33%                     | 66,67%                         | 0,00%                        |
| <b>RESTRICTION COGNITIVE</b> | <i>TFEQ-Restiction Cognitive</i>                               | 33,33%  | 11,11%                     | 11,11%                         | 11,11%                       |
|                              | <i>TFEQ-Alimentation incontrôlée</i>                           | 77,78%  | 55,56%                     | 0,00%                          | 22,22%                       |
|                              | <i>TFEQ-Alimentation émotionnelle</i>                          | 66,67%  | 44,44%                     | 11,11%                         | 11,11%                       |

Tableau 3 : Proportion d'impact positif global et détaillé en fonction des questionnaires d'évaluation

## 2.2

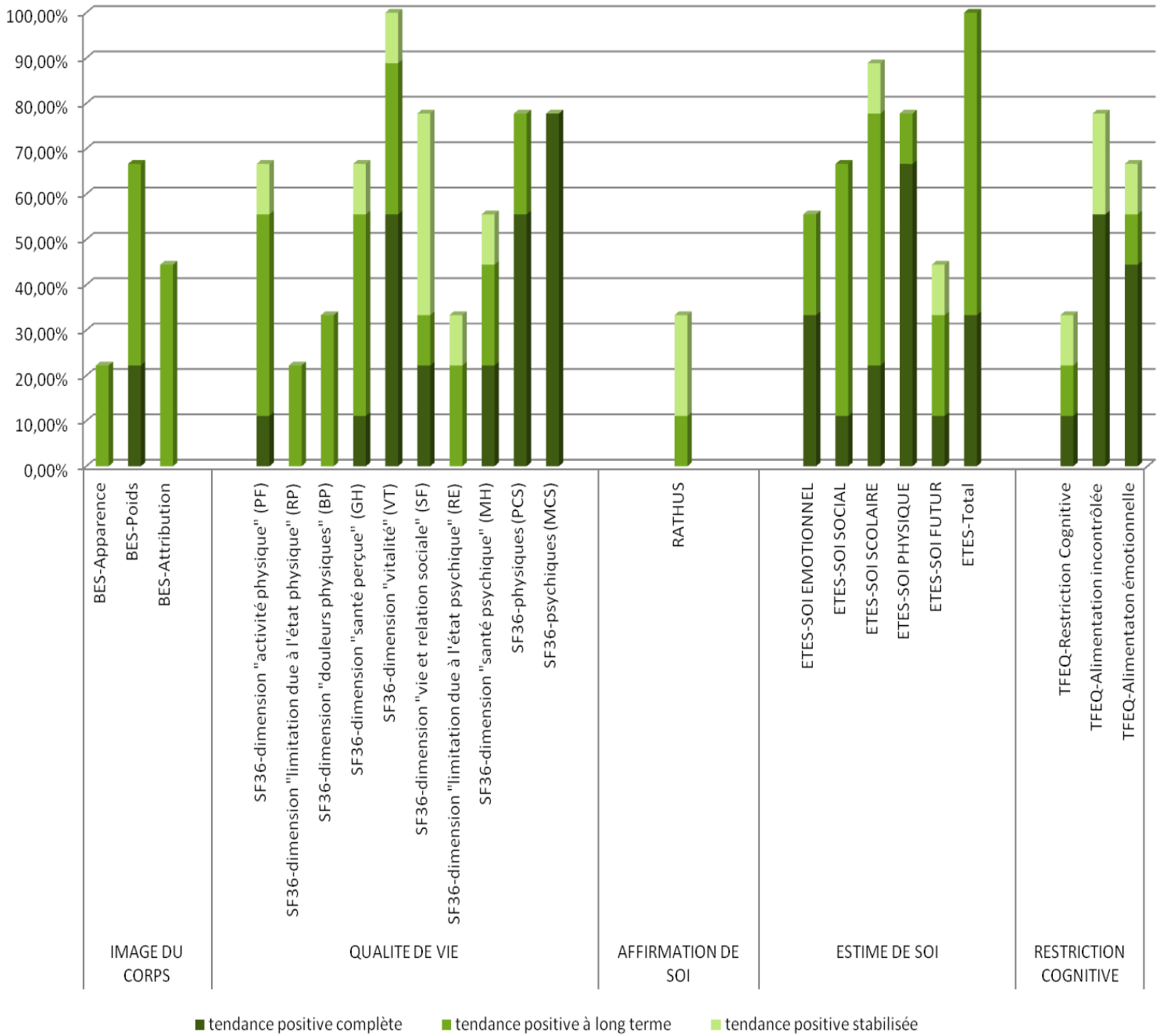
**Graphique 1 : Proportion d'impact positif global en fonction des questionnaires d'évaluation**



Les résultats au test de Rathus, quant à eux, ne sont améliorés que dans 33% des cas. Néanmoins cette échelle pose plusieurs problèmes notamment le fait qu'elle soit destinée à un public adulte.

Enfin, les résultats au test du TFEQ montrent une amélioration fréquente pour les participants quant à la gestion des prises alimentaires incontrôlées et émotionnelles.

**Graphique 2** : Proportion d'impact positif détaillé (complet, à long-terme ou stabilisé) en fonction des questionnaires d'évaluation



Pour aller plus loin, nous avons affiné les résultats obtenus pour savoir si les améliorations observées étaient apparues ou non dès la fin du programme. Le graphique 2 montre la répartition des tendances d'évolution. La tendance positive complète correspond à un impact positif observé en sortie de programme et une évolution positive à long terme. Il semblerait que la qualité psychique soit améliorée dès la sortie du programme et qu'elle continue d'évoluer positivement par la suite. De la même manière, on observe que les items liés à la vitalité (SF36) et au soi physique (ETES) se voient impactés positivement dès la sortie de programme et continuent d'évoluer positivement par la suite.

Enfin, l'évolution serait du même ordre pour les dimensions alimentation émotionnelle et incontrôlée du TFEQ R21.

Pour résumer, ces différents éléments laisseraient entendre que la participation au programme favoriserait :

- **Une meilleure gestion du comportement alimentaire** : les adolescents adopteraient des modes d'alimentation moins impulsifs (TFEQ-AI) et moins liés à l'émotion (TFEQ-AE).
- **Une amélioration de la qualité de vie globale**, tant du point de vue physique que psychique.
- **Une amélioration des items liés à la condition physique** : il semblerait que la participation au programme améliore la perception que l'adolescent a de son poids (BES-Poids). Il se sentirait, par ailleurs plus de vitalité et aurait une meilleure estime de lui-même du point de vue physique.
- **Une amélioration des items liés à la sociabilité** : on observe une nette amélioration des scores aux sous-échelles vie et relation sociale du SF36 ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi social de l'ETES.

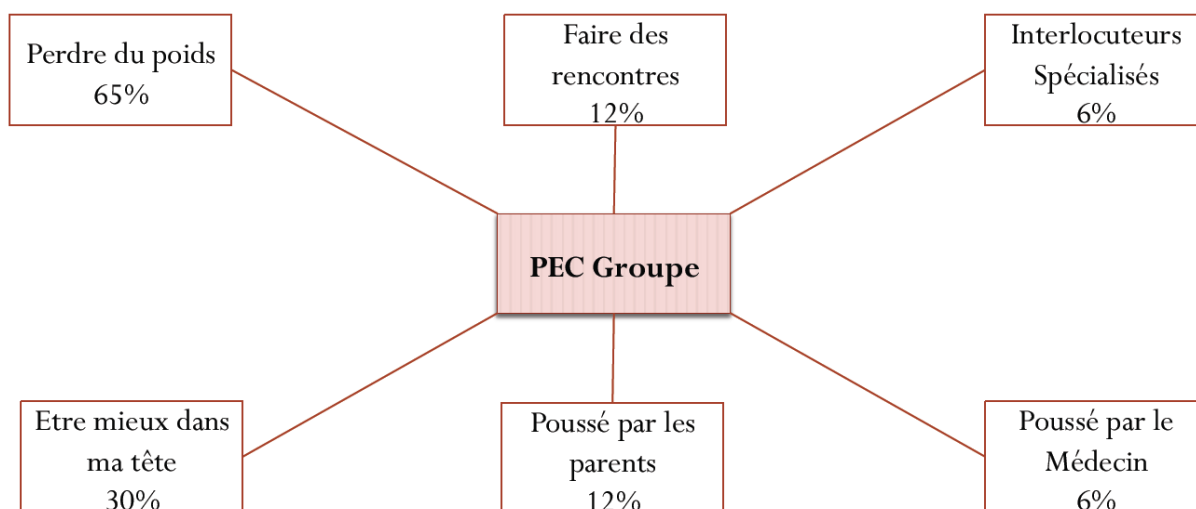
### **2.3 Evaluation qualitative à long-terme**

L'évaluation qualitative a été réalisée sur la base d'un entretien semi-directif (voir annexe2 pour la trame de l'entretien) qui explorait les différentes dimensions que nous travaillons. Notamment, nous cherchions à savoir s'il existait toujours un impact ressenti de la prise en charge et si oui, de quel ordre il était.

Les données étant individuelles, nous avons procédé, dans un premier temps à une analyse de contenu puis nous avons cherché à savoir quelle proportion des participants évoquaient les différents contenus repérés. Dans un souci de facilité de compréhension et de présentation, ce travail sera présenté sous forme de schémas. Ces schémas mettent en évidence la fréquence en pourcentage d'apparition de certaines réponses fournies lors de l'entretien individuel. Selon les cas, un même individu peut donner plusieurs réponses. Les sommes des items ne donnent donc pas forcément un total de 100%, sauf pour les parties alimentation et corpulence.

Nous avons tenté de faire ressortir, dans un premier temps, quelles étaient les motivations principales pour les adolescents participant aux entretiens. Il apparaîtrait, comme le montre la

figure 3, que près de deux tiers d'entre eux venaient dans le but de perdre du poids et presque un tiers pour se sentir mieux « dans leur tête » et une petite partie pour faire des rencontres.



**Figure 3** : Motivations principales à la participation au groupe pour les personnes ayant bénéficié d'un entretien à long-terme

La figure 4 illustre les changements perçus par les participants. Quatre dimensions principales nous ont intéressé, à savoir : l'estime de soi, la corpulence, l'alimentation et l'activité physique.

Concernant l'alimentation, nous avons recherché dans le discours des éléments permettant de voir si le jeune avait assimilé ou non les messages qui lui avaient été dispensés pendant les séances d'éducation alimentaire, le travail étant centré sur la régulation sensorielle de l'alimentation et la restriction cognitive. Il semblerait que les jeunes aient assimilé au moins partiellement les messages reçus, dans 83% des cas. 76% d'entre eux, par ailleurs, disent avoir vu une amélioration de leur corpulence. Parmi ceux-ci, l'évolution de la corpulence s'est améliorée pendant le programme puis stabilisée alors que pour les autres (plus de la moitié) on observe une évolution positive constante depuis la sortie de programme.

Du point de vue de l'activité physique, la modification principale est que 47% des participants déclarent avoir augmenté de beaucoup l'activité physique réalisée avec les amis ou la famille. Près d'un jeune sur 4, par ailleurs, déclare s'être inscrit dans une activité encadrée en club.

Enfin, les jeunes évoquent une amélioration de l'estime de soi et, notamment, ils disent avoir gagné en confiance et mieux gérer les situations sociales (65% des personnes interrogées).

Ces observations, qualitatives, semblent être en cohérence avec les éléments quantitatifs évoqués plus haut.

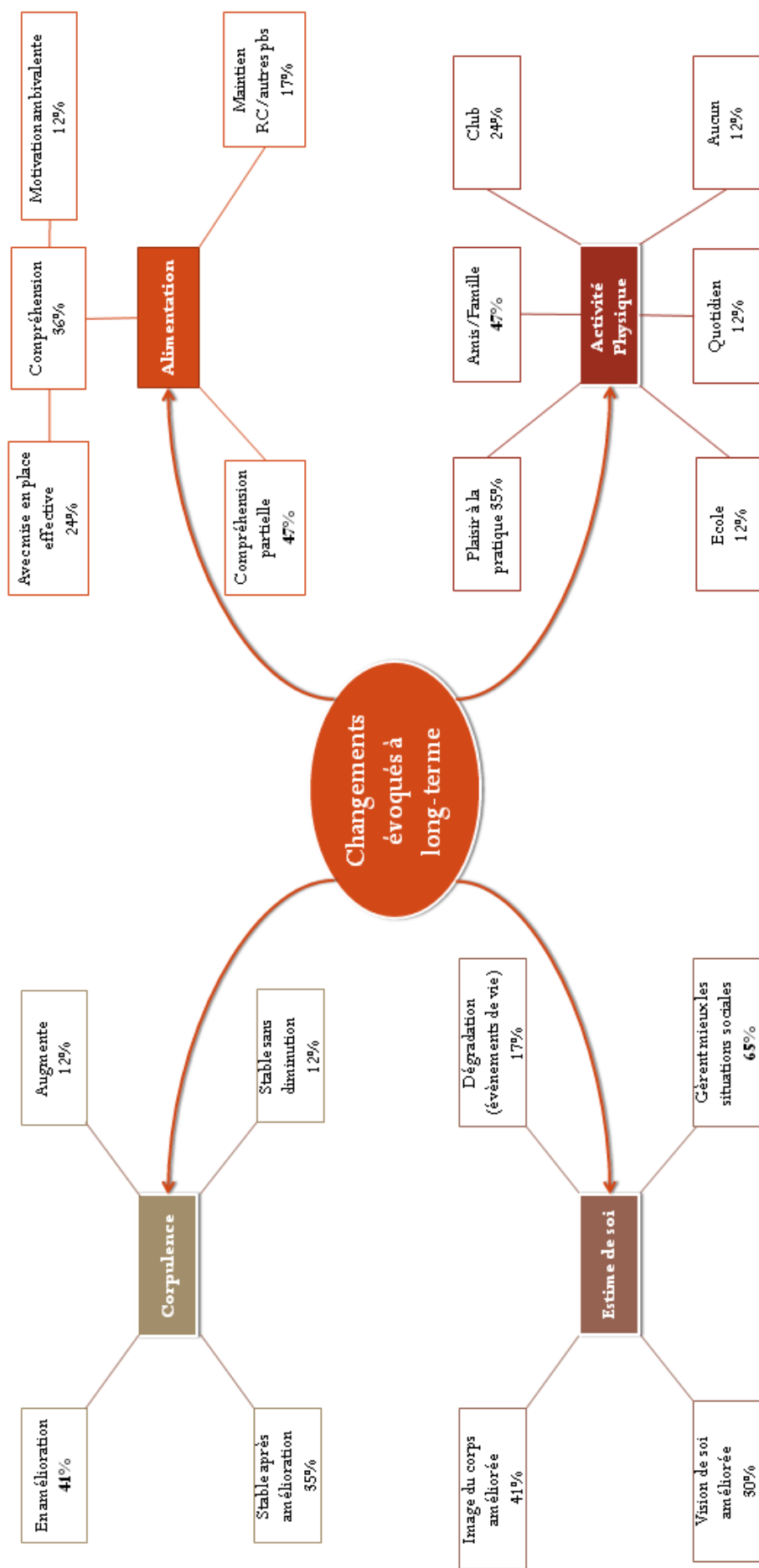


Figure 4 : Impact ressenti de la prise en charge pour les personnes ayant bénéficié d'un entretien à long-terme

## 2.4 Taux de participation au programme

En 2010-2011, deux groupes ont été réalisés, l'un comptant 6 inscrits, l'autre en comptant 5. En effet, comme prévu l'année dernière, nous avons tenté de délocaliser un de nos groupes (le second) sur la commune de Bruay-La Buisnière.

Cette délocalisation a posé de nombreux problèmes, notamment au niveau du taux de participation. Le premier aspect à noter est que, sur le groupe de Béthune, le nombre d'inscrits était moins important que d'habitude. Ceci est surtout lié à une légère baisse d'activité et au fait que les profils des jeunes en demande de prise en charge ne correspondait pas forcément au travail de groupe ou les jeunes ne montraient pas une motivation très forte. Pour Bruay, malgré un nombre prévisionnel de participants avoisinant 12 personnes et un partenariat fort avec les structures locales (notamment avec la MIPPS), nous n'avons eu que 5 participants inscrits effectivement. Dès la partie éducation alimentaire de la prise en charge, sont apparues de nombreuses absences et, finalement, 2 jeunes seulement ont terminé l'atelier éducation alimentaire et participé aux médiations artistiques. Ceci entraîne que, en 2010-2011, le nombre de familles pris en charge a été moins important que les autres années.

Néanmoins, un point important est à noter : le groupe de Béthune n'a connu aucune perte entre le début et la fin de la prise en charge. Les parents étaient très motivés et très présents, ce qui explique sans doute, en plus de liens très forts noués entre les jeunes, ce taux exceptionnel.

| <b>ANNÉES</b>                                   | <b>2007-2008</b> | <b>2008-2009</b> | <b>2009-2010</b> | <b>2010-2011</b> | <b>MOYENNES</b> |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|
| <b>EFFECTIF DE DEPART</b>                       | 25               | 20               | 18               | 11               | 18,5            |
| <b>EFFECTIF DE FIN</b>                          | 14               | 13               | 14               | 8                | 12,25           |
| <b>PARTICIPATION A L'ENSEMBLE PROGRAMME (%)</b> | 56,00%           | 65,00%           | 77,78%           | 72,73%           | 67,88%          |

Tableau 4 : Evolution des effectifs et des taux de participation en fonction des années de prise en charge depuis le démarrage du projet

On peut remarquer, comme le montre le tableau 4, ci-dessus, que, depuis 2007, l'évolution du taux de participation a tendance à s'améliorer, passant de 26% la première année à plus de 70 à partir de la troisième année. Cette évolution semble due au mode de recrutement plus précis et au



travail motivationnel que nous tentons de mettre en place, avec l'adolescent mais aussi avec ses parents.

## 2.5 Evolution de l'indice de masse corporelle

Les données dont nous disposons en termes d'IMC sont, pour l'année 2010-2011 assez pauvre. En effet, l'observance pour les séances de fin d'année a été, malheureusement assez faible et nous ne disposons que de 4 mesures sur 8 et elles ne concernent que les participants à la prise en charge longue. Aussi, il convient de prendre cette statistique, de nouveau, avec un certain recul. Nous préciserons nos observations lors du prochain rapport d'activité.

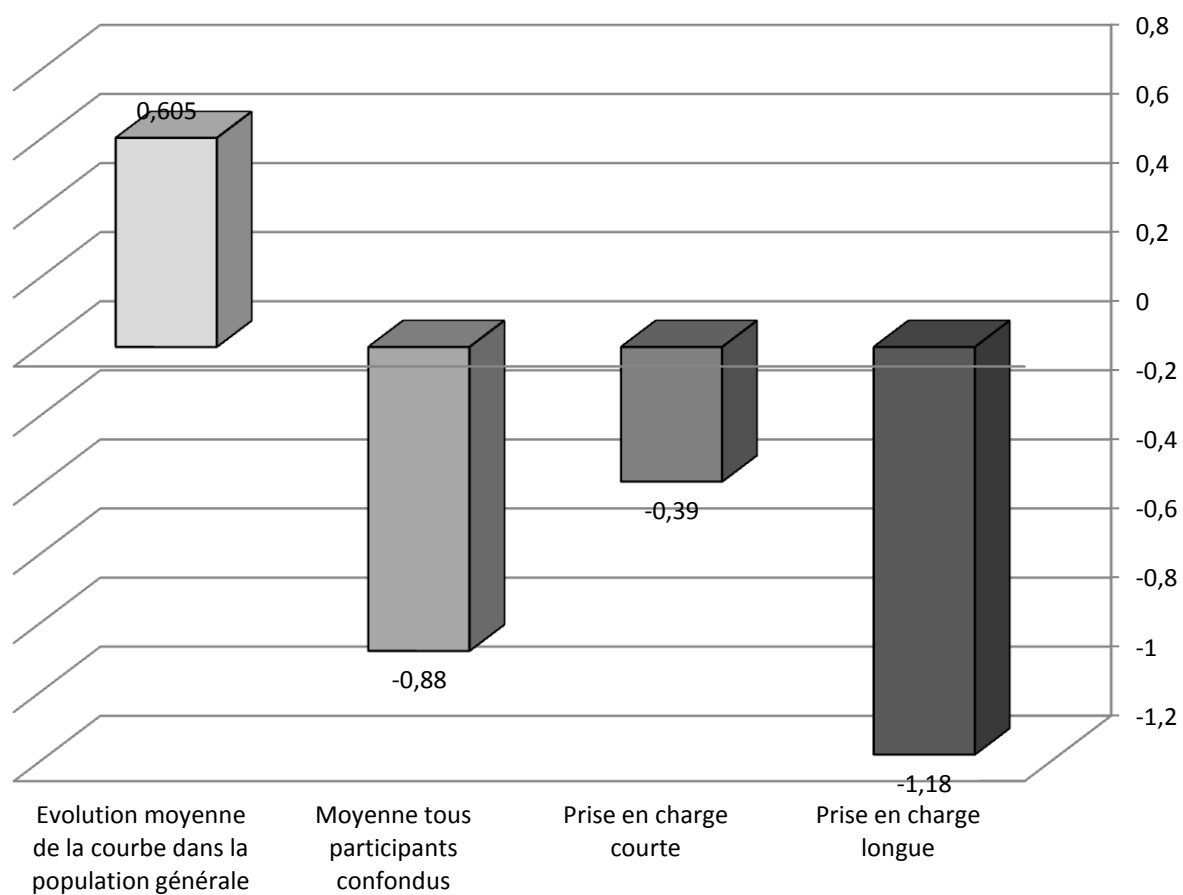
| Années                              | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | Moyenne | Evolution moyenne de la courbe sur la période |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|---|
| Prise en charge longue              | -0,86     | -1,28     | -1,40     | (-0,28)*  | -1,18   | +0,605  |
| Prise en charge courte              | -0,34     | -0,74     | -0,77     | -         | -0,39   |   |
| Moyenne tous participants confondus | -0,51     | -1,03     | -1,09     | -         | -0,88   |   |

Tableau 5 : Evolutions moyennes de l'indice de masse corporelle en fonction du type de prise en charge (courte ou longue) et de l'année de réalisation de l'atelier (note : \* données partielles – non pris en compte pour le calcul de la moyenne générale)

Chez les enfants et les adolescents, l'indice de masse corporelle évolue en fonction de l'âge et la tendance globale sur la période est à la hausse (en moyenne de +0.605). Aussi les moyennes d'IMC doivent être comparées à cette évolution.

De manière générale, on note des améliorations de l'indice de masse corporelle suite à la participation à l'atelier les Z'Ados (tableau 5 ci-dessus et graphique 3 ci –après). A part pour l'année 2010-2011, dont les données ne peuvent malheureusement pas être exploitées, ces modifications semblent plus importantes pour les jeunes qui ont participé aux prises en charge longues plutôt qu'aux prises en charges courtes.

Graphique 3 : Evolutions moyennes d'indice de masse corporelle en fonction du type de prise en charge (courte ou longue) et évolution moyenne de la courbe dans la population générale



### III) Evolution du programme depuis sa création

Depuis 2007, nous avons cherché à améliorer les modes de prise en charge pour les adapter au mieux aux adolescents. Chaque année est l'occasion d'essayer d'affiner les approches. En 2008 ont eu lieu de nombreuses modifications, tant dans la structuration de l'activité que dans son contenu.

Premièrement, nous avons totalement revu l'approche en éducation thérapeutique proposée dans la phase d'éducation alimentaire.

Les groupes que nous avons réalisés lors de la première année manquaient, par moment, de dynamisme. Ce « manque » nous semblait en grande partie lié au fait que les outils que nous avons utilisés étaient largement inspirés de l'approche des adultes. Il nous est apparu évident qu'il fallait développer des outils plus adaptés (plus visuels et plus ludiques) à la classe d'âge avec laquelle nous travaillions pour pouvoir faciliter l'expression de leurs émotions et pensées... Il fallait aussi mieux faire passer les informations essentielles : c'est dans ce cadre que nous avons systématisé l'utilisation de support vidéo-projetés.

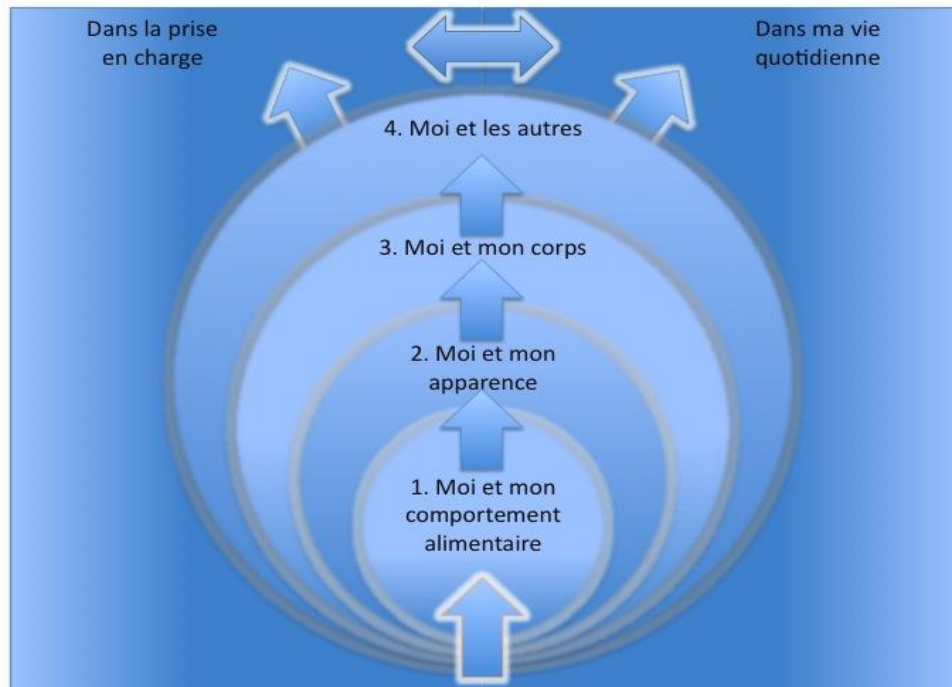


Figure 5: la démarche globale de la prise en charge

Enfin, une partie importante de l'approche était la compréhension précise, de la part des participants de la démarche globale qui consiste à partir du rapport de chacun à son alimentation

puis d'étendre cette démarche de réflexion à d'autres sphères de l'individu : le rapport à l'apparence, au corps et aux autres. Cette démarche, illustrée dans la figure 5, guide l'ensemble de l'atelier dont l'enjeu est aussi la généralisation des expériences réalisées en groupe aux situations de la vie quotidienne de chacun.

### **3.1 le photo « langage/émotions »**

La démarche de création d'outils adaptée a abouti, en 2008, à la création du *photo « langage/émotions »*.

Les photo-langages sont des outils très intéressants. Ils permettent de travailler en groupe les représentations sur des sujets divers et il en existe un certain nombre. Malheureusement, après une recherche auprès de différents partenaires, nous n'avons pas réussi à trouver un outil qui regroupait les différents thèmes que nous souhaitions aborder, notamment :

- les émotions primaires (joie, tristesse, peur, colère, surprise, dégoût) et ressentis divers (être fatigué, être en forme, être anxieux),
- des aliments connotés positivement ou négativement (par exemple fruits et légumes, des gâteaux, etc.),
- les attitudes face à ces aliments (envie, lutter contre la tentation, faire attention, assumer, se faire plaisir, etc.),
- des situations de la vie quotidienne des adolescents (faire du shopping, être en groupe, etc.),
- l'obésité,
- le regard des autres.

Pour le réaliser, nous avons effectué des recherches dans des bases de données de photographies libres. Au total, nous en avons sélectionné 80 que nous avons réduites à 50. Les photographies ont été imprimées en couleur puis plastifiées. Les tailles sont variables.

L'outil photo « langage/émotions » était né... C'est un ensemble de photographie qui nous sert à différentes phases de la prise en charge.

Notre utilisation a été double. Lors de son introduction auprès des adolescents, nous l'avons utilisé d'une manière similaire à l'outil « classique » (choisir une photographie qui représente ce que nous pensons d'un thème donné); nous avons demandé aux adolescents d'illustrer leurs représentations des conséquences positives et négatives des régimes. Cette utilisation est illustrée ci-après. Cette utilisation est réellement très intéressante puisqu'elle supporte largement l'expression et permet d'accompagner, de rythmer les échanges et, surtout, de les enrichir.

La seconde utilisation est le photo « émotions ». Le principe est simple : après avoir présenté l'outil lors de la réflexion sur les conséquences des régimes, nous l'utilisons, en chaque début de séance, pour permettre aux adolescents de parler de leur état d'esprit et de leurs préoccupations actuelles. Ce temps devient un rituel et il est repris tout au long de l'année, favorisant, une fois de plus, l'expression du ressenti actuel et des émotions.

Nous avons cherché à évaluer la perception de l'outil par les adolescents. Nous avons procédé par un questionnaire dont la passation s'est faite par contact téléphonique.

Le questionnaire comportait trois questions et les adolescents devaient donner une réponse entre 0 et 10 pour chacune d'entre elle, 0 correspondant à « pas du tout d'accord » et 10 à « tout à fait d'accord ». Les questions et les résultats moyens sont présentés dans le tableau 2.



*Les adolescents utilisent le photo « langage/émotions »*

| Question   | Réponse moyenne<br>entre 0 et 10 |
|--|----------------------------------|
| 1. Pour vous, cet outil aide à s'exprimer, à mettre des mots sur ce que l'on ressent | 7,1                              |
| 2. Pour vous, cet outil rend la séance plus dynamique                                | 6                                |
| 3. Pour vous, cet outil aborde suffisamment de thèmes                                | 7,7                              |

**Tableau 2 :** Réponses moyennes au questionnaire de satisfaction concernant le photo « langage/émotions ».

L'évaluation va dans le sens attendu et semble confirmer l'impression des animateurs. Notons ici que cette création d'outil a fait l'objet d'une communication poster en 2010 lors de plusieurs congrès.

### 3.2 Les contenus de séance

Les contenus de séance ont été revus de manière à rendre la démarche de réflexion sur le comportement alimentaire plus progressive, plus fluide et à la soutenir à l'aide de supports visuels adaptés.

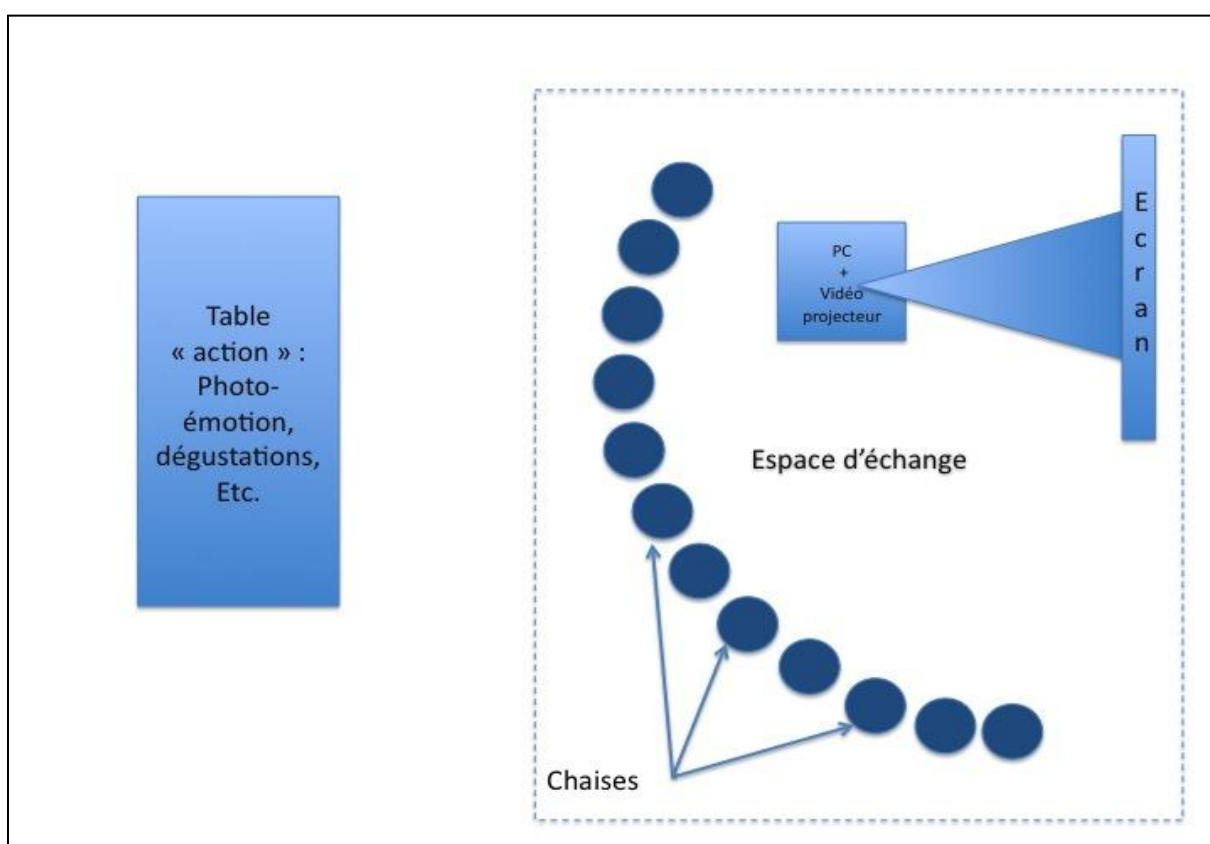


Figure 6 : La structuration de l'espace pour les séances d'éducation alimentaires

### 3.3 Utiliser des contenus multimédias

Nous avons choisi d'utiliser systématiquement des supports vidéo-projetés : nous avons utilisé un support PowerPoint pour chaque séance et des vidéos quand cela était possible, pour

illustrer de la manière la plus adaptée possible les connaissances et réflexions abordées dans le groupe.

Notre démarche a été assez longue. L'idée sous-jacente était que les adolescents baignent dans le monde numérique et qu'il faut que nous puissions nous adapter à eux. Dans ce cadre, nous avons créé une adresse de courriel spécifique (zados@prevart.fr) qui leur permet de nous joindre facilement et directement en cas de problème, question ou autre.

L'utilisation de contenus multimédias nous a aussi obligés à réfléchir à l'organisation de l'espace pendant les séances. Nous avons organisé la salle d'éducation de manière à accueillir les différentes phases d'activité : un espace pour l'échange et la discussion autour des supports multimédias et un espace « d'action » autour d'une table, où sont réalisées les activités comme les dégustations ou encore le photo « langage/émotions ». Le figure 6 illustre cette organisation de l'espace reprise à chaque séance.

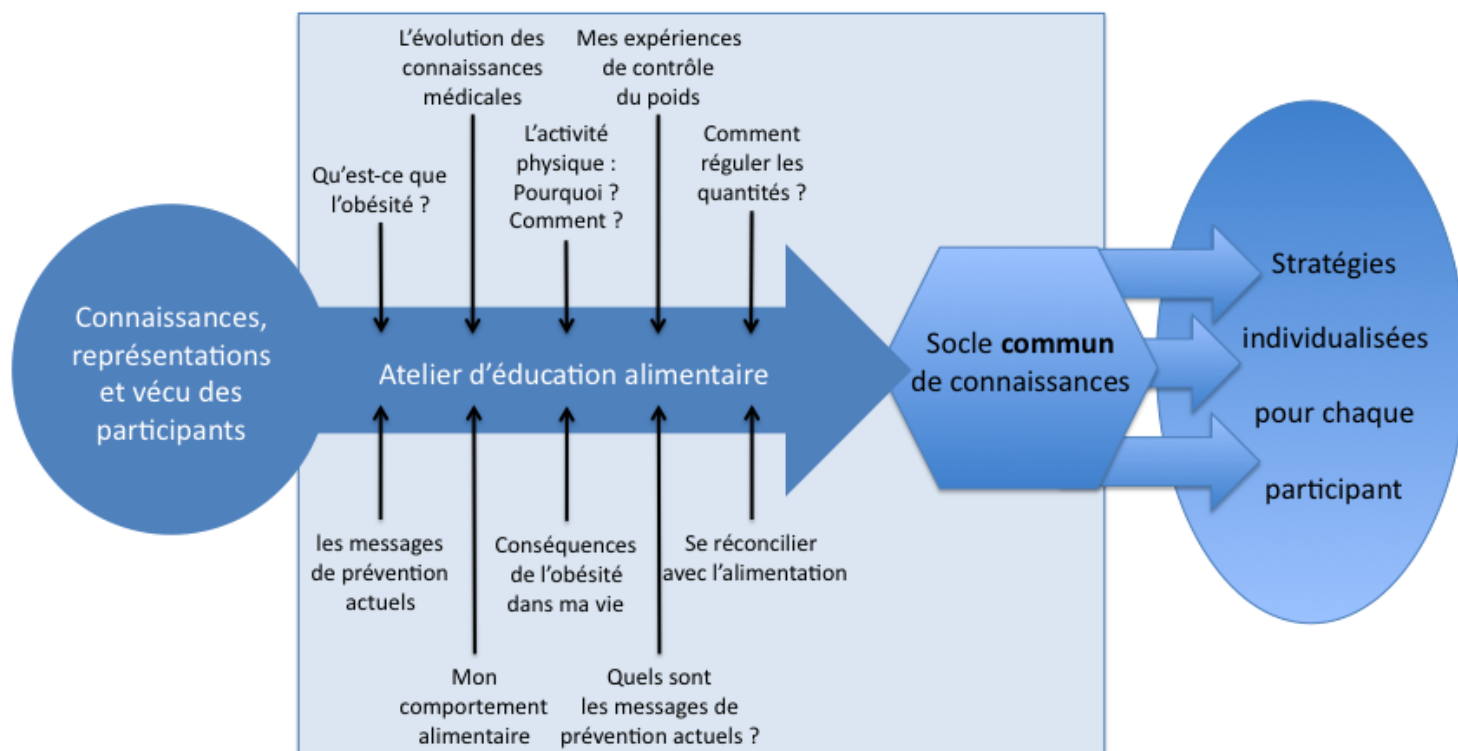
### **3.4 Rendre la démarche plus progressive**

Les différentes séances se veulent plus progressives dans leur déroulement. L'idée est de partir des représentations des participants sur ce que sont les problèmes de poids et les moyens à disposition pour les résoudre, de manière à aboutir à un socle commun de connaissances. En cela, le travail mis en place tout au long de la prise en charge se place dans une démarche d'éducation thérapeutique dans laquelle on tente de favoriser la mise en place de facteurs de protection comme l'esprit critique, la résolution de problème, la gestion des émotions et du stress, bref les compétences psychosociales en général.

Pour favoriser cette démarche, il a fallu, par ailleurs, travailler sur nos propres représentations... Une bonne illustration de ce travail est la manière dont est abordé le thème de l'obésité avec les adolescents. L'année précédente nous avions des réticences voire des difficultés à utiliser avec eux le mot « obésité ». Nous utilisions plus volontiers des termes comme « souffrance liée au poids » ou encore « trop de poids ». Dans la réélaboration des séances, nous avons choisi de lever le tabou sur ce mot et décidé de l'utiliser clairement et, de ce fait, d'essayer de définir ce terme pour pouvoir en comprendre les implications dans leur vie quotidienne, de mettre en perspective leur vécu et comprendre leur mode de fonctionnement actuel vis-à-vis de la nourriture.

Cette démarche se fait en parallèle d'un travail de compréhension du contexte de la prévention et de la critique des messages véhiculés par les médias sur le contrôle de l'alimentation.

Cette démarche, formalisée dans la figure 7, consiste à partir des connaissances, représentations et du vécu des participants pour aboutir à une représentation partagée et globale, un socle commun de connaissances qui permettra à chacun, avec l'aide des animateurs, de définir des stratégies de changement adaptées à sa problématique précise.



**Figure 7 :** illustration de la démarche d'accompagnement dans les groupes d'éducation alimentaire : partir du général pour atteindre l'individuel.

Le travail part donc du groupe mais reste un travail thérapeutique individualisé qui prend en compte les aspects variés de chaque individu et ne consiste pas en une approche normative des problèmes de poids.

Dans une perspective d'éducation et de promotion de la santé, nous essayons d'amener les participants à devenir des consommateurs plus avertis, capables de prendre du recul dans la cacophonie ambiante des messages de changement alimentaire, de pression sociale à la minceur, de méthodes de régime miracle qui, selon les travaux du Groupe de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids (Le G.R.O.S)<sup>9</sup> soutiennent largement les difficultés que l'on observe aujourd'hui et peuvent, même, être à l'origine de prises de poids importantes voire de troubles des conduites alimentaires.

<sup>9</sup> <http://www.gros.org>



Tous ces aspects sont discutés avec les participants pour qu'ils puissent choisir des objectifs réalistes, réalisables et une méthode de changement adaptée qui les aidera à se sentir mieux.

### **3.5 Favoriser des supports patients pertinents**

Un des aspects de la prise en charge que nous avons cherché à développer en 2009-2010 a été de trouver le moyen de remettre des supports aux participants qui puissent répondre à plusieurs critères :

- correspondre clairement aux messages que nous voulons faire passer
- mais aussi « coller » à leur expérience de séance, c'est-à-dire ne pas être totalement standardisés et intégrer les productions réalisées lors des séances...

Il fallait aussi que ces supports soient rapides à réaliser étant donné le temps très court dont nous disposons pour la préparation des séances.

Pour l'instant, nous avons choisi de travailler de la manière suivante. Pendant les séances, les différents propos, échanges, brainstorming sont notés au tableau. Nous les prenons en photo pour pouvoir les intégrer entre les slides de powerpoint qui servent de support au groupe (et qui évoluent d'une animation à l'autre). Ils sont imprimés en couleur et reliés sous forme de cahier. A la séance suivante, ce guide de séance personnalisé est remis à chacun des participants.

### **3.6 Travailler la motivation pour éviter les abandons**

Nous avons tenté de trouver des solutions pour favoriser une adhésion la plus importante possible au travail en groupe. En effet, l'absentéisme est un frein important dans le bon déroulement du programme puisqu'il impacte directement la qualité et la dynamique du travail en groupe.

Nous essayons donc de mettre en place plusieurs étapes permettant de travailler cette motivation.

La première est un travail motivationnel intégré dès l'entretien individuel. Ensuite, avant le démarrage effectif du groupe, nous revoyons la famille pour réexpliquer l'engagement nécessaire dans le programme et évaluer avec eux la faisabilité « technique » de la participation. En effet, un parent ou un proche doit pouvoir se rendre disponible pour les conduites des jeunes et il faut que le parent soit suffisamment cadrant pour maintenir la motivation dans les phases où le jeune peut avoir envie de baisser les bras...

Enfin, nous avons intégré des aspects motivationnels lors des premières séances d'atelier d'éducation alimentaire et nous la rediscutons systématiquement lors du groupe parent.

Enfin, nous rappelons systématiquement les familles en cas d'absence non justifiée du jeune.

## Discussion, conclusion et perspectives

Depuis 2007, grâce au soutien de ses financeurs et de ses partenaires, l'Association Prévention Artois – Réseau cardiovasculaire tente de mettre en place une prise en charge ambulatoire adaptée pour les adolescents entre 13 et 18 ans qui souffrent d'obésité.

Composé de différents ateliers thématiques, cette prise en charge permet de travailler sur l'alimentation et l'activité physique mais aussi, par le biais d'activités artistiques, sur la perception du corps et le rapport à l'autre. La prise en charge se veut globale et son enjeu est de favoriser un mieux-être chez des adolescents souvent en rupture avec les autres, voire avec eux-mêmes, du fait de leur obésité.

D'après les évaluations réalisées, le programme d'éducation thérapeutique mis en place semble en bonne voie pour remplir ses objectifs :

→ **L'IMC des adolescents pris en charge est globalement amélioré chaque année.** Cette amélioration est plus importante pour les jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge longue. Dans un certain nombre de cas, l'amélioration continue après le programme.

→ **L'estime de soi des adolescents, à l'issue du programme, semble progresser de façon favorable,** tant du point de vue qualitatif que quantitatif.

→ **Le niveau d'activité des adolescents augmente,** notamment pendant la durée de prise en charge mais aussi après avec, principalement, une augmentation des activités autonomes, en famille ou avec des amis mais aussi lors d'activités en club.

Les années scolaires passées auprès des adolescents ont été riches d'expériences. Les résultats, bien qu'incomplets, restent plutôt encourageants. Par ailleurs, nous affinons notre mode de prise en charge et d'évaluation chaque année.

D'une part, nous avons totalement restructuré la prise en charge en éducation alimentaire, en créant, notamment, des outils spécifiques et adaptés à la classe d'âge sur laquelle nous travaillons. Nous avons également pu mettre en place une prise en charge en activité physique paraissant de plus en plus adaptée à notre population en essayant de favoriser le plaisir lors de la pratique.

Nous avons aussi fait le choix d'inclure des interventions de l'éducateur médico-sportif dans la phase d'éducation de manière à optimiser les temps de création de groupe et rendre plus cohérents les messages sur alimentation et activité physique.

Les documents remis aux participants ont eux aussi évolué, ainsi que les moyens de communication puisqu'une adresse email est créée pour les groupes et que les adolescents peuvent joindre les animateurs via SMS.

Pourtant, le « chantier » est vaste et de nombreux aspects restent à améliorer. Le premier est le lien avec le médecin traitant : en effet, bien que celui-ci soit informé et valide participation de l'adolescent au programme, les échanges restent à renforcer. Pour un meilleur suivi au long court, une meilleure coordination des soins et sans doute, de ce fait, plus de présence dans les séances de suivi, il nous paraît important que le médecin traitant soit un des piliers de la prise en charge. Cette démarche est en cours de réflexion : comment amener le médecin traitant à une participation effective dans un programme d'ETP ambulatoire comme le nôtre ?

Cette réflexion, déjà débutée l'année dernière, est toujours en cours. Nous avons actuellement, par le biais d'une interne en stage chez nous, pris contact avec les médecins des jeunes ayant débuté le premier groupe de 2012. Nous leur avons demandé dans quelle mesure ils souhaitaient effectuer un suivi individuel des jeunes et s'ils étaient en demande de formation à ce propos. Sur les 7 médecins interrogés, la plupart est, bien évidemment en accord avec l'idée d'un suivi individuel mais préfèrent que le jeune soit moteur dans la prise de rendez-vous... Par ailleurs, tous ne souhaitent pas être formés quant au discours à tenir au jeune, mais ceci semble plutôt être dû à un manque de temps ; néanmoins, trois d'entre eux souhaiteraient une rencontre pour pouvoir avoir un discours commun. Nous pensons inviter ces médecins à participer au prochain comité de pilotage de l'action et, si leur agenda le permet, effectuer un travail commun de création d'un guide de suivi adapté au médecin de ville ainsi qu'à une participation effective à l'atelier. Dans ce but, les jeunes bénéficient d'un suivi par un médecin endocrinologue partenaire qui évaluera la charge de travail que représente ce suivi.

Un autre point à aborder en discussion concerne l'impact de la non-pérennité des financements de notre projet. En effet, nous ne disposons, pour la mise en place des ateliers de médiation artistique, que de financements annuels avec une grande incertitude quant aux possibilités de reconduction. De ce fait, nous avons organisé la prise en charge pour pouvoir prendre en charge sur le temps d'une année scolaire un maximum de jeunes. Ceci entraîne un parcours de soin au sein de la structure plutôt linéaire : les ateliers s'enchaînent dans un ordre préétabli et si le jeune ne se sent pas l'envie de participer, à un moment donné à un aspect ou un autre de la prise en

charge, il se retrouve tout simplement en attente de la médiation suivante ou il quitte simplement la prise en charge. Par ailleurs, selon le moment de l'entrée dans le programme (en début ou en milieu d'année scolaire), il ne pourra bénéficier que d'une prise en charge longue ou courte. Les « ponts » d'une année sur l'autre ne sont pas créés : nous ne pouvons pas promettre au jeune son intégration dans un autre groupe ne sachant pas nous même si cela sera possible et, si ça l'était, le jeune devrait attendre plusieurs mois avant d'intégrer une nouvelle médiation.

Une approche plus fidèle à l'éducation thérapeutique voudrait que l'on puisse construire un parcours de prise en charge en adéquation complète avec la motivation au changement de la personne ; en tout cas un parcours moins linéaire et plus modulable. On pourrait imaginer que des groupes de médiation soient en place tout au long de l'année en parallèle de groupes d'éducation alimentaire et les jeunes pourraient participer, en fonction de leur envie de changement et des problématiques rencontrées à un ou plusieurs ateliers de médiation artistique et, ceci, en fonction de leur temporalité.

La non-pérennité des fonds empêche également de s'inscrire dans un partenariat de longue durée avec les intervenants, puisqu'ils réalisent des sessions de quelques semaines par an et manquent eux-mêmes de visibilité...

Pour finir, depuis plusieurs années nous avons l'occasion, de valoriser le travail réalisé auprès de la communauté scientifique dans des congrès nationaux et internationaux. Déjà en 2009, le projet a pu être présenté sous forme de poster, aux congrès de la Société Française de Diabétologie (SFD), de l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET), au congrès de la Société Européenne d'Education Thérapeutique (SETE) à Toulouse et sous forme de communication orale lors du congrès de la Société Française de Santé Publique (SFP) à Nantes. En 2011, le projet a été présenté lors du congrès de la SFD à Genève et du congrès de l'AFDET 2012 à Paris, où nous avons pu partager autour de nos outils originaux d'animation. Les réactions sont très positives et des structures d'autres régions sont intéressées par notre travail, d'autant que le programme a été validé par l'Agence Régionale de Santé. Une dynamique se crée aussi au niveau régional, grâce à nos rencontres, dans le cadre du groupe enfant du réseau OSEAN.

L'idéal aujourd'hui, pour pouvoir évaluer précisément le projet, serait de pouvoir travailler sur des cohortes plus importantes. Le problème est que cette augmentation de cohorte semble difficilement réalisable en ne déployant le projet que sur notre territoire : en interne les moyens humains sont insuffisants pour réaliser plus de deux programmes (un long puis un court en parallèle) par an. Une transposition dans d'autres structures pourrait nous permettre d'augmenter ces cohortes et effectuer un traitement en statistiques inférentielles et, ainsi, donner une valeur scientifique à nos tendances. Différents partenaires régionaux sembleraient adhérer à cette idée...



# Annexe : Trame pour l'entretien semi-directif

## Introduction

*"Bonjour, et merci d'être venu. Nous sommes étudiants en quatrième année de psychologie et stagiaires dans l'association Prévart. Nous avons pour but de réaliser une évaluation à long terme de l'efficacité du programme de prévention « les Z'Ados » auquel vous avez participé il y a quelques temps. Nous allons donc vous poser quelques questions à propos de ce que vous vivez en ce moment. Il vous faut savoir qu'il n'y a aucune bonnes ou mauvaises réponses à ces questions. Nous n'attendons pas de réponses qui puissent nous faire plaisir, mais juste de la sincérité et de l'honnêteté de votre part. Vous devez également savoir que nous allons enregistrer cet entretien. Ceci n'est, bien entendu, pas dans le but de diffuser largement ces informations, mais de nous permettre de recueillir vos propos le plus fidèlement possible. Êtes-vous toujours d'accord pour participer ? Très bien, alors allons-y."*

### 1. Situation actuelle :

- Pourriez-vous, s'il vous plait, vous présenter rapidement. (Nom, prénom, âge...)
- Habitez-vous seul (e), en collocation, en concubinage, chez vos parents ?
- Parlez-moi un peu de votre situation familiale.
- Pouvez-vous me parler de vous, que faites-vous dans la vie en ce moment (travail, études, hobbies...)?

### 2. Impact et ressenti vis à vis du programme :

- Qu'est-ce qui vous a amené à participer au programme «les Z'Ados» ?
- Quand avez-vous participé à ce programme ?
- De manière générale, qu'avez-vous pensé de ce programme ?
- Pourriez-vous me donner un bon et un mauvais souvenir concernant votre participation au programme « les Z'Ados » ?
- Qu'auriez-vous aimé changer ?

### 3. Conduite alimentaire :

- Quel regard portez-vous sur votre conduite alimentaire ?
  - Cela vous préoccupe dans votre quotidien ?
  - Tentez-vous actuellement de contrôler votre alimentation ?
  - Qu'est-ce que ce programme vous a apporté en général et du point de vue de votre rapport à la nourriture ?
  - Votre rapport à la nourriture a-t-il évolué depuis la prise en charge ?

- Quel rôle joue votre médecin traitant sur ce point ?
  - Est-ce qu'il vous pose souvent des questions vis à vis de votre poids, des régimes quand vous le rencontrez ?
  - Si oui, comment vivez-vous ces interventions ?

#### **4. Estime de soi, image du corps et activité physique :**

- Quel regard portez-vous sur votre corps, votre physique ?
  - Éprouvez-vous des gênes, des difficultés vis à vis de cela ?
  - Y-a-t-il eu des changements des évolutions depuis la prise en charge ?
- *Relances en cas de besoins : Etes-vous préoccupé par votre poids en ce moment ?/Etes-vous satisfait de votre poids ?/Que pensez-vous quand vous vous voyez dans un miroir ou sur une photo ?*
- Quel regard portez-vous sur votre confiance en vous ?
  - Éprouvez-vous des gênes, des difficultés en rapport à cela ?
  - Y-a-t-il eu des changements des évolutions depuis la prise en charge ?
- *Relances en cas de besoins : Parlez-moi de la relation que vous avez avec vos amis./Est-il difficile pour vous de vous exprimer en publique ?*
- Pratiquez-vous de l'activité physique en ce moment ?
  - Éprouvez-vous des gênes, des difficultés en rapport à cela ?
  - Y-a-t-il eu des changements des évolutions depuis la prise en charge ?

#### **5. Reprise de contact avec l'association :**

- Avez-vous repris contact avec l'association PREVART depuis la fin de votre prise en charge ?
- Si oui, qu'en avez-vous pensé ? Êtes-vous venu par obligation ou par plaisir ?
- Si non, pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?

Un rapport détaillé, patient par patient, a été fourni et nous en livrerons ici une synthèse. Cette synthèse a consisté à repérer, d'une part, ce qui avait été le plus pertinent pour les jeunes et, d'autre part