



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 2010-2011

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 3 |
| PRESENTATION DU PROJET | 4 |
| LES OBJECTIFS DU PROJET | 4 |
| LE PARCOURS DU PATIENT | 5 |
| LE DIAGNOSTIC EDUCATIF | 6 |
| PROFIL DES PARTICIPANTS | 6 |
| COMITE DE PILOTAGE : ROLE ET COMPOSITION | 7 |
| PROGRAMMATION ET DEROULEMENT | 8 |
| L'ENTRETIEN BILAN ET LE SUIVI..... | 9 |
| LES ATELIERS | 9 |
| • Ateliers d'éducation « comportement alimentaire »..... | 10 |
| • Remise à l'activité physique..... | 11 |
| • Médiation danse | 12 |
| • Médiation Socio-esthétique..... | 13 |
| • Médiation Arts-Graphiques..... | 14 |
| • Médiation théâtre..... | 15 |
| • La sortie de fin de programme..... | 17 |
| • Les réunions parents..... | 18 |
| EVALUATION..... | 19 |
| EVALUATION PAR OBJECTIF | 19 |
| • Améliorer l'indice de masse corporelle (IMC)..... | 19 |
| ○ Evolution de l'IMC sur 3 ans | 20 |
| ○ Evolution de l'IMC pour le groupe 2009-2010..... | 21 |
| • Favoriser une meilleure estime de soi, améliorer la qualité de vie - résultats aux questionnaires psychologiques | 22 |
| ○ Généralités | 22 |
| ○ Démarche d'évaluation et résultats | 23 |
| • Taux de participation | 26 |
| ○ Evolution du taux de participation sur 3 ans..... | 26 |
| ○ Taux de participation pour 2009-2010 | 29 |
| ○ le groupe familial..... | 29 |
| • L'activité physique | 30 |
| EVALUATION QUALITATIVE | 32 |
| • le photo « langage/émotions » | 33 |
| • Les contenus de séance | 35 |
| • Utiliser des contenus multimédias..... | 35 |
| • Rendre la démarche plus progressive | 36 |
| • Favoriser des supports patients pertinents | 38 |
| DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES | 39 |

Introduction

Les adolescents obèses sont face à une complexité. Ils sont confrontés aux problèmes classiques de l'adolescence, période de vie où chacun tente de se forger une identité. Par ailleurs, ils doivent gérer une maladie chronique dont les conséquences physiques, psychologiques et sociales sont importantes : douleurs, essoufflement, mais encore rejet, moqueries et frustrations entraînant une faible estime de soi, un isolement et une sédentarité qui entravent l'épanouissement personnel et ont un effet sur le poids. La stigmatisation de l'obésité est un « facteur d'aggravation » du surpoids et de l'obésité¹. Comment aborder l'adolescent obèse en souffrance avec son poids dans un programme d'éducation thérapeutique?

Leur prise en charge, dans une optique de prévention secondaire, doit s'organiser de manière spécifique et globale, en travaillant non-seulement le comportement alimentaire problématique mais aussi l'estime de soi, l'image du corps et le rapport au corps (image de soi, confiance en soi, motivation, persévérance, interactions positives).

Dans ce contexte, nous avons bâti depuis 2007 un projet de prise en charge incluant, dans le cadre de l'approche diététique et psychologique, des médias artistiques adaptés au travail de ces aspects du point de vue procédural (le « savoir-être » est privilégié au « savoir-faire ») : la danse, l'art thérapie et une approche en socio-esthétique pour travailler l'image du corps, le théâtre pour travailler le rapport aux autres et l'estime de soi².

Après avoir présenté l'organisation du projet, nous présenterons l'état d'avancée du projet et les perspectives d'évolution pour les années à venir

¹ Poulain J-P (2009). Sociologie de l'obésité, éditions Presses Universitaires de France

² Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques (2007), HAS

Présentation du projet

Les objectifs du projet

D'un point de vue général, le projet vise à **améliorer le bien-être de l'adolescent en souffrance liée au 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.

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.

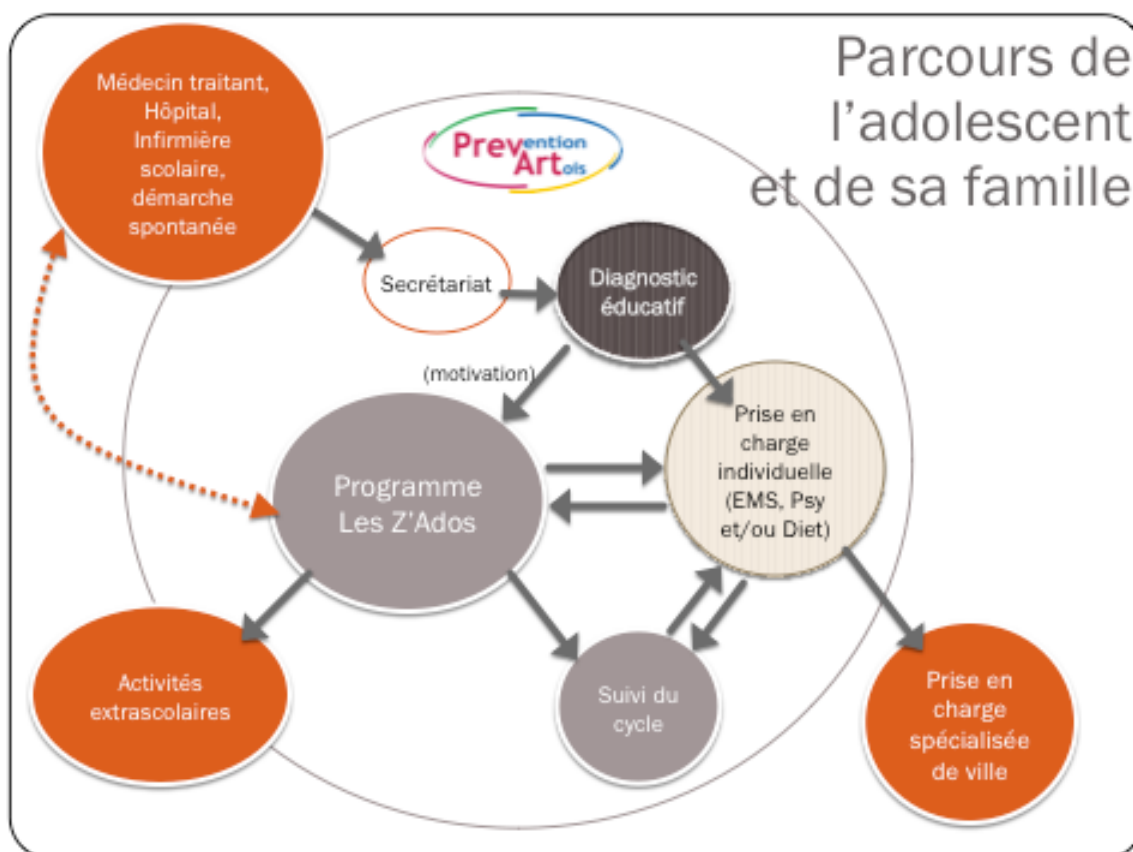


Figure 1 : Le parcours du patient dans le réseau cardiovasculaire

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 réalise³.

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.

³ D'Ivernois J-F et Gagnayre, R (2004). Principales dimensions du diagnostic éducatif d'après le modèle de Green et Kreuter

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 se réunit au moins une fois par an.

Il est composé des partenaires suivants :

- Programme Territorial de Santé de l'Artois
- Le Metteur-en-scène intervenant lors des séances de médiation Théâtre
- 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.

Programmation et déroulement

Le programme est constitué de différents types d'ateliers thématiques qui s'enchainent 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).

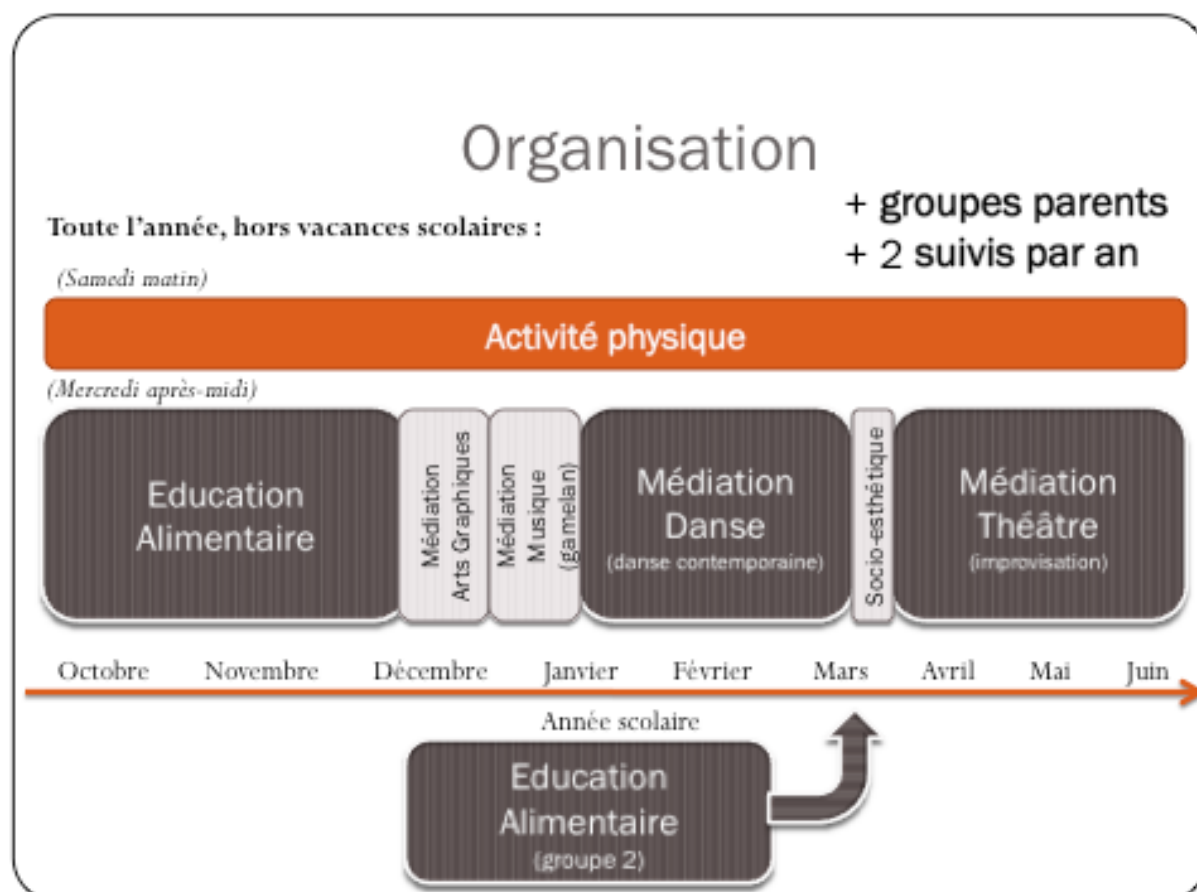


Figure 2 : Programmation annuelle

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 les deux groupes ne bénéficient pas de la même prise en charge... Avec une projection pluriannuelle des financements, nous pourrions sans doute proposer une prise en charge plus personnalisée et installée sur du plus long terme⁴.

⁴ 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

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. Elle s'organise 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.*

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.

- ***Ateliers d'éducation « comportement alimentaire »***

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 »⁵.

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*

⁵ Golay A, Lager A, Giordan A (2010). Comment motiver le patient à changer ? *Collection Éducation du patient*, éditions Maloine

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 »⁶.

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

- **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.

⁶ 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

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.⁷

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.

- ***Médiation danse***

La médiation danse est animée par un chorégraphe professionnel, un psychologue et 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 relaxation⁸.

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

⁷ 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

⁸ Muller-Pinget S, Golay A (2008). Article Danse-thérapie dans les soins, Le rôle de l'art dans les éducations en santé

perçoivent, mes qualités / mes défauts, etc). Celle-ci peut avoir lieu avant ou après les exercices de danse.

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

- **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

- **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 se 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 être amené à valoriser les autres.



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

- **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

Le théâtre comme médiation dans un programme d'éducation thérapeutique est encore peu utilisé. Le partage social des émotions⁹ est très présent dans ce type d'activité.

⁹ RiméB (2005). Le partage social des émotions, éditions Presses Universitaires de France

- ***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. 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

- ***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

- ***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 charge¹⁰.

¹⁰Poulain J-P (2009). Sociologie de l'obésité, éditions Presses Universitaires de France

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. Pour l'activité physique, Athlétest a été retenu. Un questionnaire sur les habitudes de vie a été réalisé et des questionnaires de satisfaction sont prévus. Le taux de participation est aussi pris en compte.

L'évaluation de 2010-2011 répond aux mêmes tendances que celles observées les années précédentes : les indicateurs évoluent dans un sens positif puisqu'on note, de manière générale, une amélioration des indicateurs.

Pour information, les évolutions d'indice de masse corporelle observées sont présentées dans le tableau XXX.

Nous avons eu la possibilité, cette année, grâce aux travaux

Evaluation par objectif

- ***Améliorer l'indice de masse corporelle (IMC).***

L'indice de masse corporelle (IMC) est le rapport entre la taille et le poids ; il représente la corpulence des individus. Chez l'enfant et l'adolescent, la corpulence évolue de manière dynamique en fonction de l'âge et du sexe. Chez eux, il n'est donc pas possible d'utiliser les IMC de manière brute ; il faut les corrélérer avec les courbes de références de l'OMS.

Pendant la période de l'adolescence, les courbes normales augmentent jusqu'à 18 ans. L'enjeu était donc, au minimum, de limiter l'augmentation de la corpulence pour qu'elle se rapproche de l'évolution normale voire de la stabiliser.

- **Evolution de l'IMC sur 3 ans**

Nous avons réunis ci-après les résultats obtenus lors des 3 années de fonctionnement, sachant qu'entre 2007 et 2009, nous avons pu exploiter les données pour 20 adolescents âgés de 12 à 14 ans, 14 adolescents âgés de 15 à 17 ans et 4 adolescents de 18 à 20 ans.

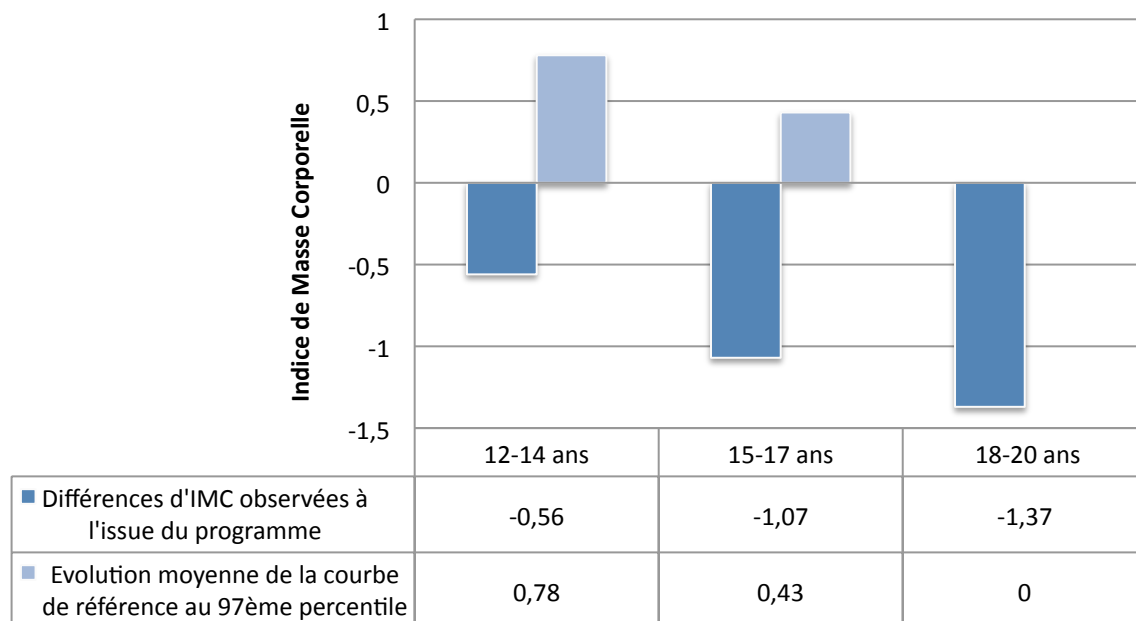
Pour la première année de fonctionnement du programme, les résultats présentés dans le graphique 1 concerne l'évolution de l'IMC entre le début et la fin de la prise en charge, soit l'évolution sur un an. Comme les IMC sont variables, nous avons choisi de présenter simplement les différences moyennes de valeur. Pour information, l'IMC moyen de départ se situe autour de 31 pour la première année de fonctionnement, et entre 36 et 37 pour 2008 et 2009.

Comme référence, nous nous sommes basés sur l'évolution moyenne de la corpulence dans les courbes de l'OMS. Comme nous le voyons, l'évolution moyenne « normale » pour chaque classe d'âge est une augmentation. Pour tous les groupes pris en charge, l'indice diminue.

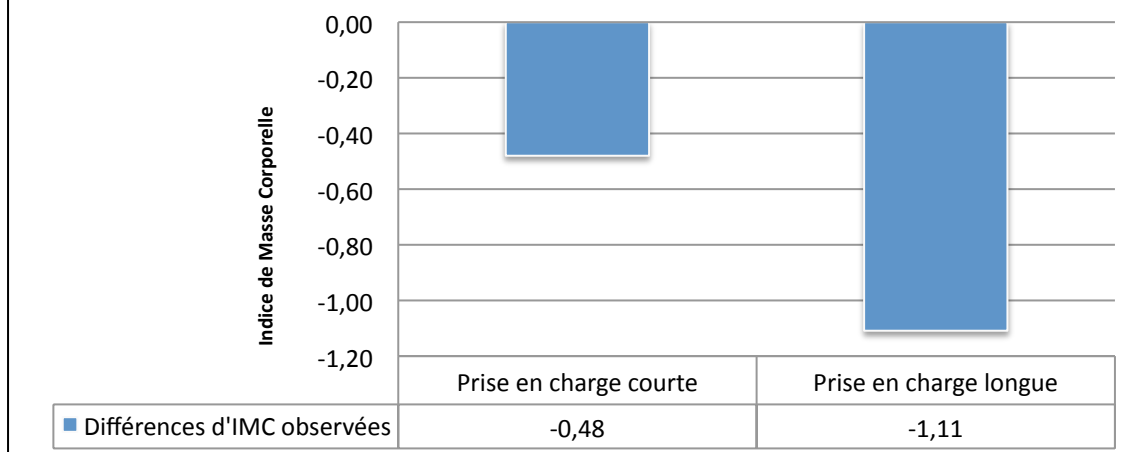
Il diminue, par ailleurs, plus fortement chez les 15-20 ans.

Le graphique 2, présentant les différences d'IMC observées à l'issue du programme sur les 3 années de fonctionnement en fonction de la durée de la prise en charge, nous montre que les adolescents qui ont bénéficié d'une prise en charge longue présentent de meilleurs résultats.

Graphique 1 : Modification de l' IMC des participants toutes années confondues et variation moyenne de la courbe de référence au 97ème percentile pour les tranches d'âges 12-14ans, 15-17 ans et 18-20 ans

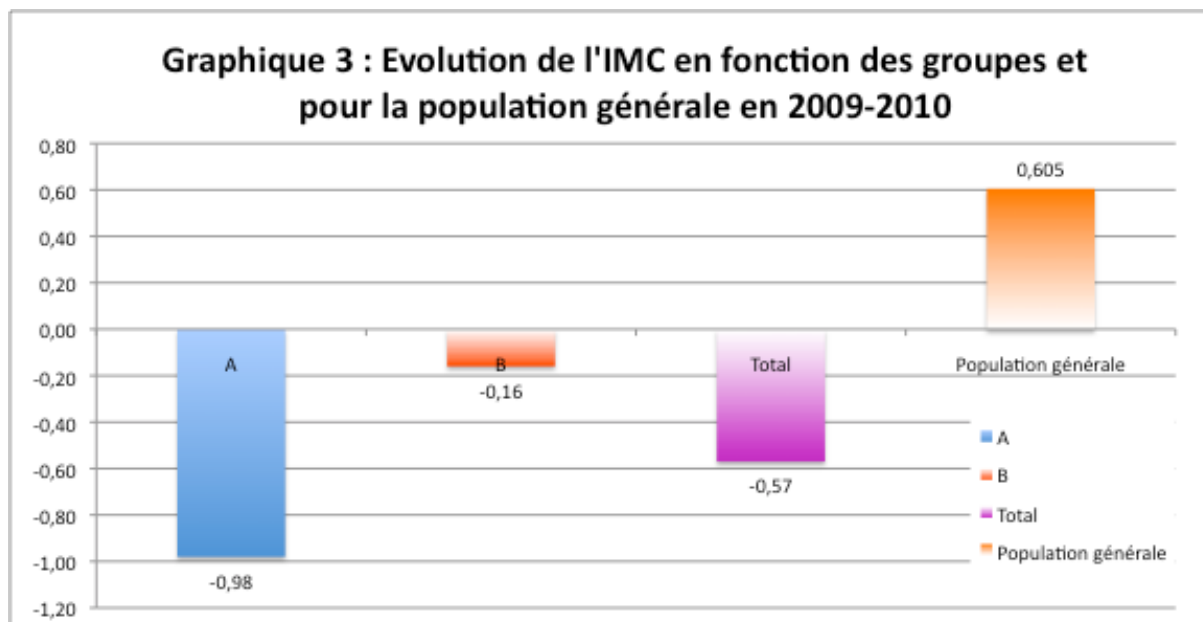


Graphique 2 : Différences d'IMC observées à l'issue du programme sur les 3 années de fonctionnement en fonction du type de prise en charge



○ **Evolution de l'IMC pour le groupe 2009-2010**

Pour l'année 2009-2010, l'objectif d'amélioration de l'IMC semble avoir été atteint puisqu'on observe une diminution moyenne pour tous les groupes, alors que, dans la population générale, l'indice augmente en moyenne, de 0,605 point sur une année (graphique 3)



On notera, comme lors des autres années, que la prise en charge longue obtient de meilleurs résultats que la prise en charge plus courte.

- ***Favoriser une meilleure estime de soi, améliorer la qualité de vie - résultats aux questionnaires psychologiques***

- **Généralités**

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 des modes passifs et agressifs.

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).

Sur les 18 adolescents ayant été pris en charge, nous ne pouvons extraire d'évaluation pour tous : certains n'ont pas rendu leurs questionnaires malgré des relances nombreuses et certains protocoles ne sont pas valides. Les résultats restent donc descriptifs et ne sont que des tendances générales qu'il faudrait pouvoir évaluer précisément sur des cohortes importantes.

○ **Démarche d'évaluation et résultats**

Les échelles sont utilisées pour évaluer les changements et non dans un but diagnostic. Nous avons proposé à chaque participant une évaluation en pré et post test, c'est-à-dire avant et après participation à l'atelier.

Dans un premier temps, nous avons comparé les résultats moyens pour chacune des sous-dimensions évaluées.

Selon ces résultats, les dimensions les plus sensibles à l'action de l'atelier semblent être :

- l'attribution au BES, c'est-à-dire que les adolescents percevraient mieux leur corps dans le regard de l'autre.
- différentes dimensions de la qualité de vie, notamment la santé perçue et la santé psychique
- l'estime de soi totale et, plus précisément, l'estime de soi physique
- l'item alimentation incontrôlée du TFEQ

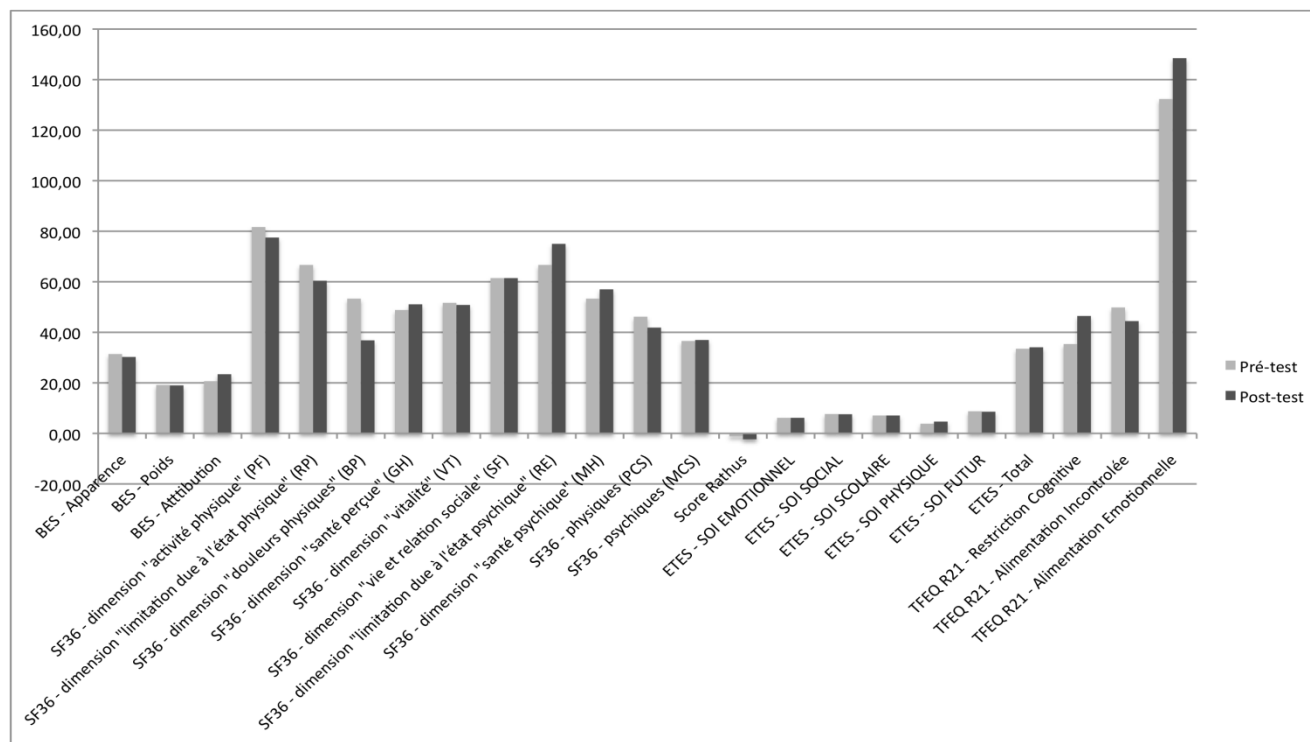
On remarque que certaines différences sont positives et d'autres non mais ces différences restent pour la plupart très minimales (tableau 1 et graphique 4).

| Questionnaires (Sous-dimensions) | Pré-test | Post-test |
|---|-----------------|------------------|
| BES - Apparence | 31,42 | 30,25 |
| BES - Poids | 19,17 | 19,00 |

| | | |
|---|--------|--------------|
| BES - Attribution | 20,67 | 23,42 |
| SF36 - dimension "activité physique" (PF) | 81,67 | 77,50 |
| SF36 - dimension "limitation due à l'état physique" (RP) | 66,67 | 60,42 |
| SF36 - dimension "douleurs physiques" (BP) | 53,33 | 36,83 |
| SF36 - dimension "santé perçue" (GH) | 48,83 | 51,08 |
| SF36 - dimension "vitalité" (VT) | 51,67 | 50,83 |
| SF36 - dimension "vie et relation sociale" (SF) | 61,46 | 61,46 |
| SF36 - dimension "limitation due à l'état psychique" (RE) | 66,67 | 75,00 |
| SF36 - dimension "santé psychique" (MH) | 53,33 | 57,00 |
| SF36 - physiques (PCS) | 46,18 | 41,87 |
| SF36 - psychiques (MCS) | 36,57 | 36,97 |
| Score Rathus | -1,17 | -2,33 |
| ETES - SOI EMOTIONNEL | 6,17 | 6,17 |
| ETES - SOI SOCIAL | 7,67 | 7,58 |
| ETES - SOI SCOLAIRE | 7,08 | 7,08 |
| ETES - SOI PHYSIQUE | 3,83 | 4,67 |
| ETES - SOI FUTUR | 8,75 | 8,58 |
| ETES - Total | 33,50 | 34,08 |
| TFEQ R21 - Restriction Cognitive | 35,35 | 46,46 |
| TFEQ R21 - Alimentation Incontrôlée | 49,83 | 44,44 |
| TFEQ R21 - Alimentation Emotionnelle | 132,32 | 148,48 |

Tableau 1 : résultats moyens en pré et post test pour les différents questionnaires

Graphique 4 : Différences moyennes entre le pré et le post test pour les différentes sous dimensions des questionnaires psychologiques



Nous avons donc cherché à affiner ces observations. Pour pouvoir mieux rendre compte des évolutions individuelles, nous avons analysé les résultats de chaque individu et regardé quelle proportion d'individu avait une évolution positive entre le pré et le post test.

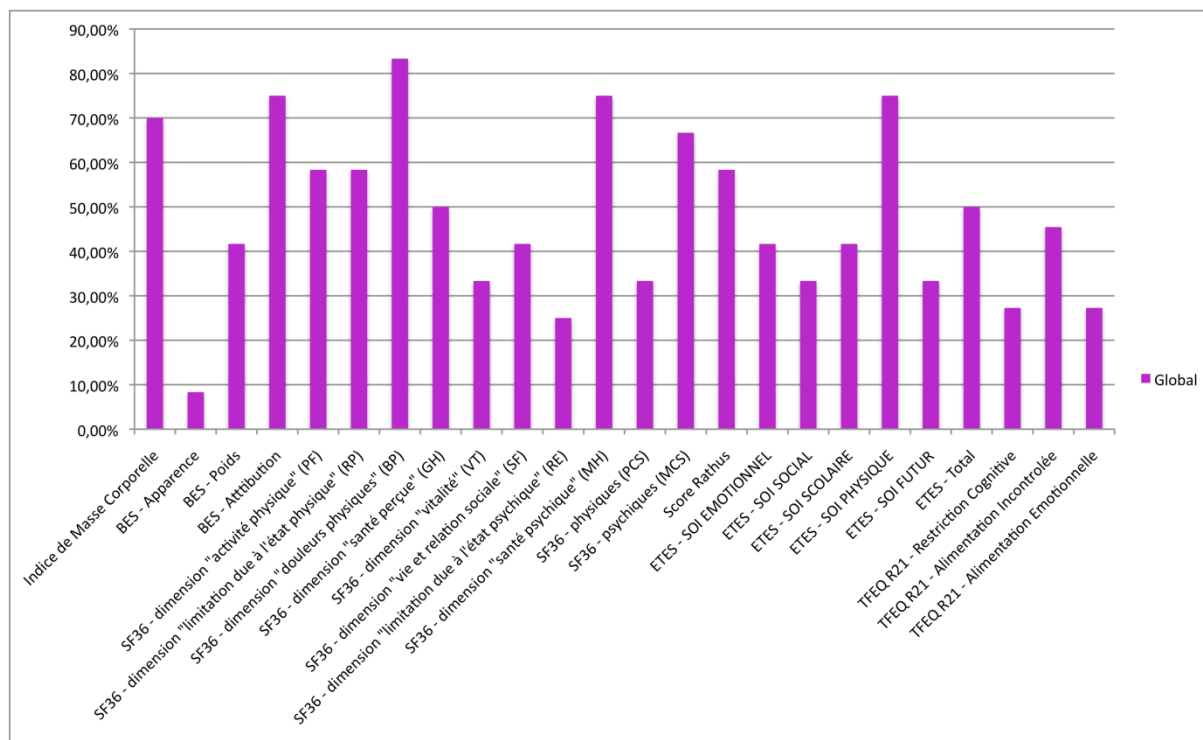
Les résultats présentés ci-après sont donc le reflet du pourcentage d'évolution positive entre le pré et le post test pour chacune des dimensions évaluées à l'aide des questionnaires psychologiques et pour l'indice de masse corporelle. Nous avons réalisé cette analyse pour tous les participants, indépendamment de leur groupe (global, graphique 5) et selon les groupes de prise en charge (Graphique 6)

On observe que le groupe A a une proportion de participants avec une évolution positive pour plus de dimensions que le groupe B, ce qui tendrait à confirmer la tendance selon laquelle les prises en charge plus longues montrent une meilleure efficacité.

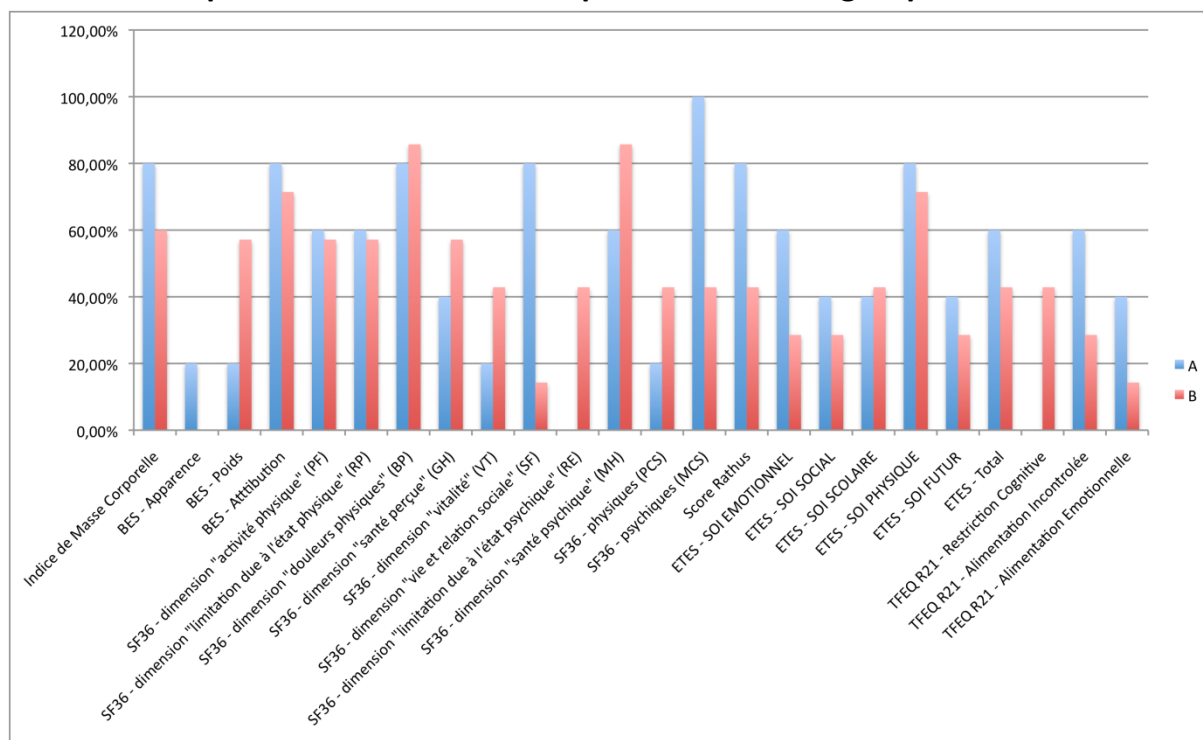
Cette tendance s'observe principalement pour les dimensions santé psychique et vie et relation sociale du SF36.

Ceci semble aussi être le cas pour l'effet sur l'affirmation de soi, puisque 80% des participants du groupe A voient une amélioration de leurs résultats au Rathus.

Graphique 5 : Pourcentage d'évolution positive entre le pré et le post test pour chacune des dimensions évaluées à l'aide des questionnaires psychologiques et pour l'indice de masse corporelle pour tous les participants indépendamment de leur groupe (Global)



Graphique 6 : Pourcentage d'évolution positive entre le pré et le post test pour chacune des dimensions évaluées à l'aide des questionnaires psychologiques et pour l'indice de masse corporelle selon leur groupe 75+2



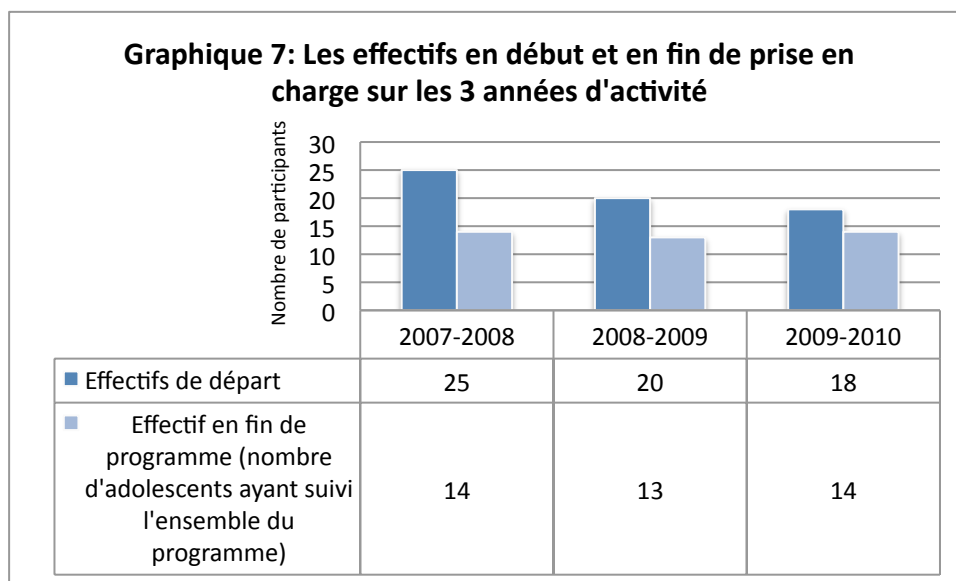
- **Taux de participation**

- **Evolution du taux de participation sur 3 ans**

La participation aux ateliers sur l'année est évidemment le premier indicateur de réduction de la sédentarité, puisque les adolescents qui ont participé au programme ont, par la force des choses, vu leur niveau d'activité augmenter.

Au total, sur les 3 années de prise en charge, 63 adolescents et leur famille ont été touchés. Les effectifs en début et en fin de prise en charge sont présentés dans le graphique 7.

Au final, seules 14 familles ont participé à l'ensemble de la prise en charge. Les abandons ont eu lieu la plupart du temps après les groupes psycho-diététique.



On remarque que tous les groupes ont vu l'abandon de certains de ses participants. Néanmoins, cet abandon est de moins en moins significatif.

Au fil de nos expériences, nous avons amélioré nos moyens de communication. Les adolescents sont beaucoup plus sensibles aux courriers électroniques, aux SMS ou aux appels sur leur téléphone portable qu'à des appels effectués sur le téléphone fixe familial. Nous avons également choisis de rappeler systématiquement les adolescents non-excuses aux séances pour connaître la raison de leur absence et, le cas échéant, en discuter avec leurs parents.

Le contact avec les parents, bien qu'il soit largement à améliorer, s'est précisé d'une année sur l'autre. On peut donc supposer que la motivation parentale est un facteur important de persévérance dans l'atelier. La plupart des abandons ont eu lieu après la fin de l'atelier centré sur l'éducation alimentaire ; certains adolescents n'ont pas participé du tout aux activités de médiation.

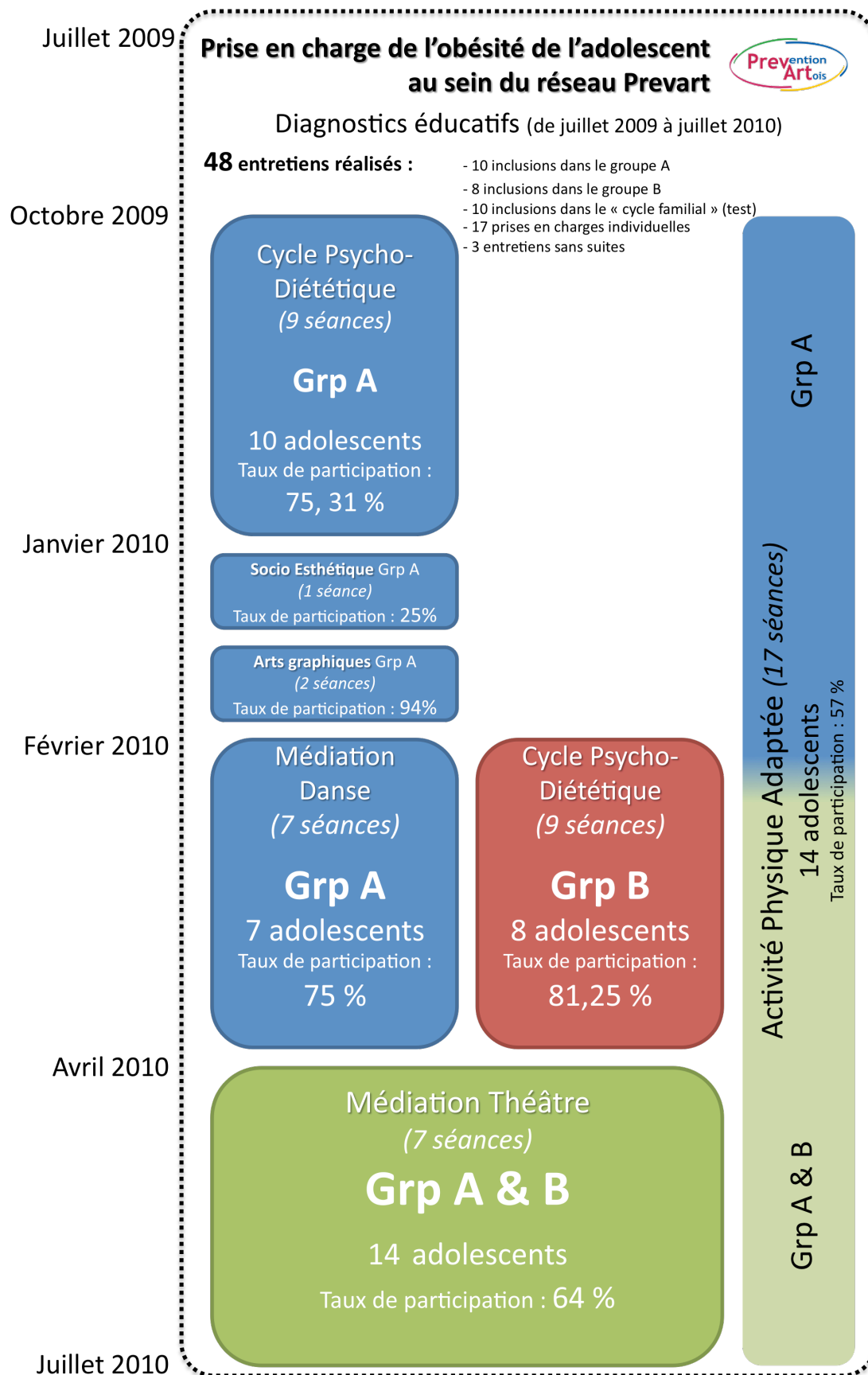


Figure 4 : Répartition des adolescents ayant demandé une prise en charge liée à un problème d'obésité au sein du réseau cardio-vasculaire pour l'année scolaire 2009-2010

Certains des abandons s'expliquent par des facteurs externes repérés :

- Les comportements inadaptés de certains qui entraînent un rejet par le groupe (comportement « violent », agressivité verbale, tensions entre certains adolescents)
- Des activités annexes
- Les études, examens
- Le changement de situation familiale (déménagement, conflit familial...)
- Les idées préconçues sur l'activité (« la danse c'est pour les filles ! », « le théâtre c'est nul ! »...) parfois soutenue par l'entourage familial.
- Les problèmes de santé
- Le manque de soutien parental

○ **Taux de participation pour 2009-2010**

Pour l'année passée, nous avons tenté de formaliser sous forme d'une figure de synthèse le parcours des familles ayant sollicité un rendez-vous pour la prise en charge d'un adolescent souffrant d'obésité (figure 4). Le taux de participation global, toutes séances confondues est de 68,48 %.

Au total, 48 entretiens ont été réalisés. Toutes les familles reçues ne souhaitaient ou pouvaient pas participer aux prises en charges Les Z'Ados. Sur les 18 personnes incluses dans les groupes, 14 auront participé à l'ensemble de la prise en charge proposée. Pour les quatre personnes ayant arrêté, les motifs étaient variés :

- pour l'un des participants, un déménagement,
- pour une autre, un problème de transport (qui avait été évoqué comme frein au départ mais la famille avait voulu essayer),
- pour un troisième, les médiations ont été refusées et il n'a pas souhaiter y participer, ne serait-ce que pour essayer,
- enfin, la dernière a abandonné le groupe après deux séances car elle n'était pas prête à une prise en charge en groupe.

○ **le groupe familial**

Pour répondre à des demandes de prise en charge qui concernaient des habitudes alimentaires problématiques au niveau familial et pour des familles peu motivées à une prise en charge au long court, nous avons testé la mise en place d'un groupe avec pour objectif de permettre aux parents et adolescents de discuter ensemble des approches en alimentation et ceci sur un temps court (6 séances).

Ce groupe a été élaboré sur la base de l'approche en éducation alimentaire réalisée dans le projet initial mais avec une cible différente : celle de la famille.

Pour réaliser ce test, nous avons convié 10 familles. Les ateliers avaient lieu le mercredi en fin de journée, de manière ce que chacun se rende disponible.

Au final, sur les 10 familles conviées, seules 5 ont accepté de s'inscrire et sur ces 5 familles, seulement 3 ont effectivement participé à l'atelier et avec un taux de présence très variables, ce qui fait que nous avons du remettre plusieurs fois les séances faute de patient (une seule famille a été présente 100% de temps).

Cette expérience nous a de nouveau persuadé de la nécessité absolue de la motivation pour s'engager dans une prise en charge, même courte, tant au niveau de l'adolescent qu'à celui du parent. Nous tenterons sans doute d'autres approches courtes dans les années à venir.

- ***L'activité physique***

Suite à la réunion du comité de pilotage et au groupe de travail évaluation, nous avons choisi d'utiliser Athlétest pour l'évaluation de l'évolution de l'activité physique.

En 2007-2008, cette partie de la prise en charge a été plutôt réduite : au départ, aucun moyen n'était disponible et nous ne pouvions proposer une activité encadrée que par le biais de stagiaires en activité physique adaptée. Aussi, cet atelier n'était constitué que de 6 séances de deux heures en parallèle des groupes d'éducation alimentaire et nous avons tenté de mettre en place des partenariats avec des structures sportives locales pour permettre aux adolescents de découvrir de l'activité directement dans les clubs.

La mise en place de ces partenariats a été difficile et, l'origine géographique de chacun étant variable, les clubs proposés se trouvaient plus ou moins éloignés de chez eux. Ce sont les activités badminton et athlétisme qui ont été essayées mais, en général, peu d'adolescents y ont participé (1 à 3 par séance)

Athlétest est un outil très intéressant mais assez lourd à faire passer ; la passation a donc « rogné » une bonne partie de l'atelier du début et de la fin de l'atelier. Les résultats sur 6 semaines ont bien évidemment été réduits et ne peuvent pas être présentés dans l'état.

Nous avons aussi changé plusieurs fois d'intervenant-stagiaire au cours de l'année avant de bénéficier de l'action d'un salarié dédié.

L'activité physique a donc pu être réorganisée sur l'année 2008-2009 représentant 2 séances hebdomadaires, le vendredi soir et le samedi matin. Cette avancée significative par rapport à l'année précédente permet de proposer une séance orientée vers l'éducation à l'activité physique et l'autre consacrée à la pratique de l'activité. D'après les familles et les adolescents, le volume horaire représenté par ce fonctionnement était trop important, impliquant la présence des adolescents trois fois par semaine.

Pour la troisième année de fonctionnement, nous avons choisit d'intégrer l'éducateur médico-sportif lors des séances d'éducation alimentaire du mercredi et proposer en parallèle une séance hebdomadaire le samedi matin.

Au total, 17 séances ont été réalisées sur l'année pour 14 participants, avec un taux de participation moyen de 57%. Le nombre est inférieur à celui qui été prévu mais les intempéries d'une part et un arrêt maladie assez long en sont la cause.

L'évaluation de la condition physique est très difficile à mettre en place et, étant partielle, ne peut être présentée dans ce rapport, cette année.

Evaluation qualitative

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.

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 le schéma 1, 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.

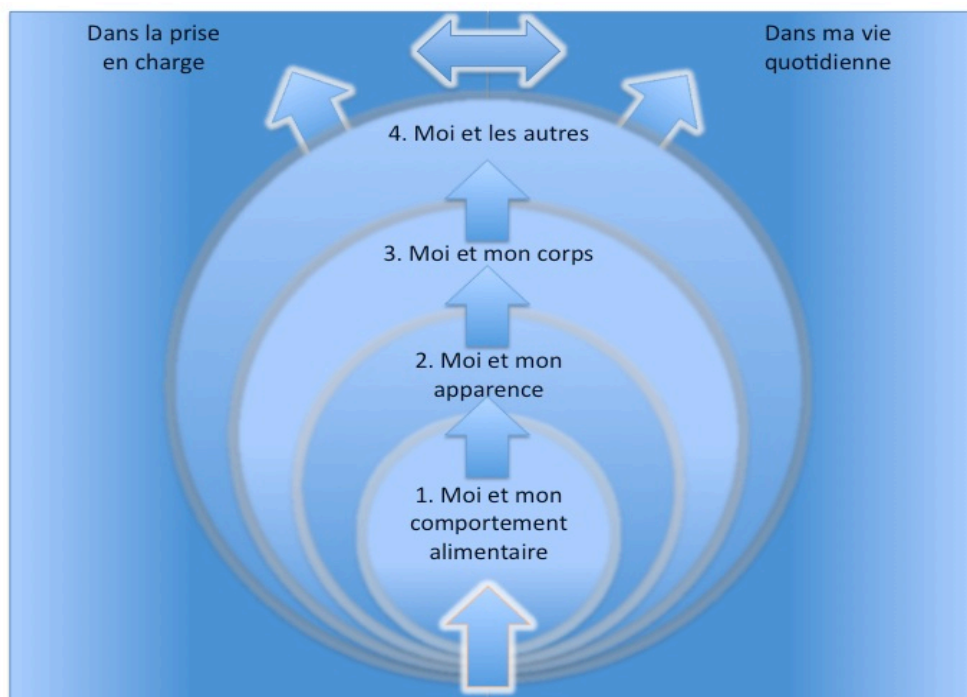


Schéma 1 : la démarche globale de la prise en charge

- ***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 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.

- **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.

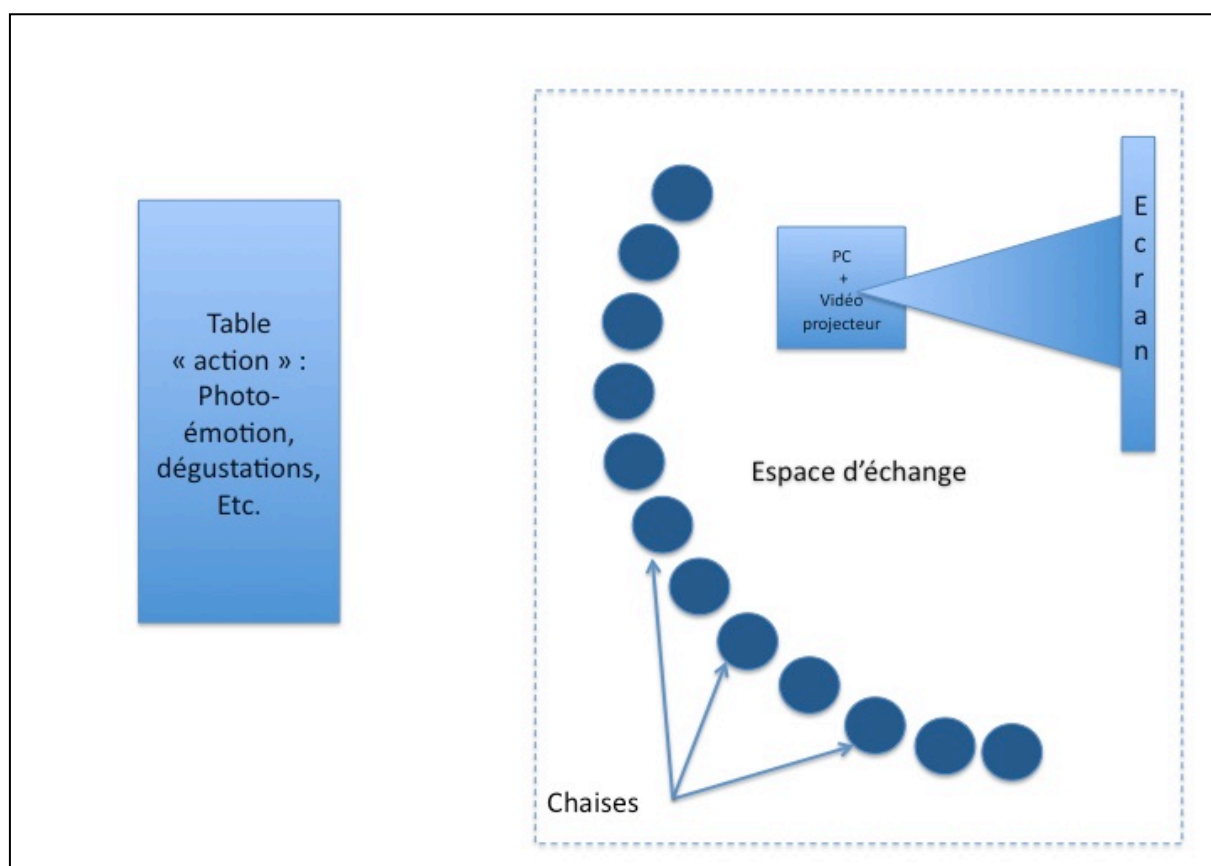


Schéma 2 : La structuration de l'espace pour les séances d'éducation alimentaires

- **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 schéma 2 illustre cette organisation de l'espace reprise à chaque séance.

- ***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 le schéma 3, 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.

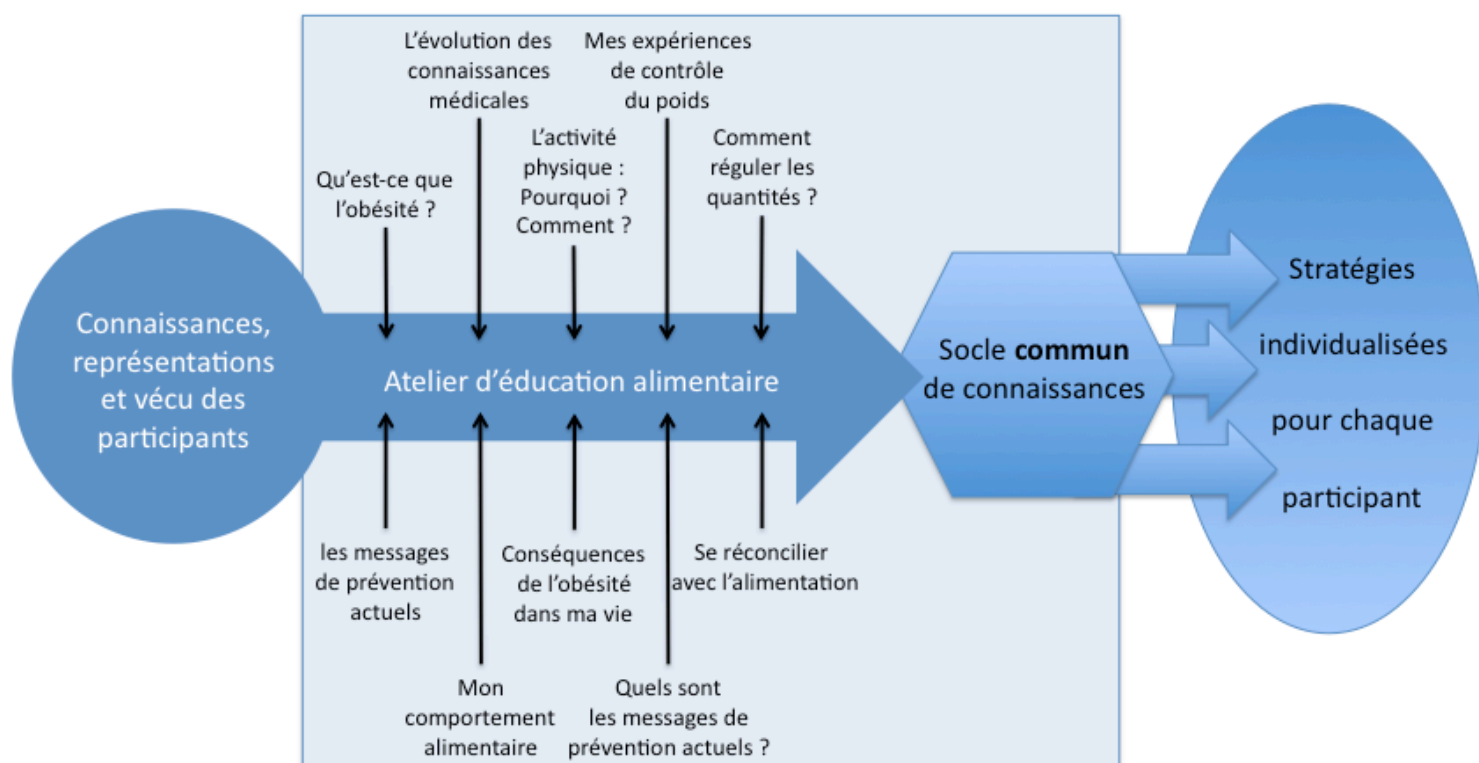


Schéma 3 : illustration de la démarche d'accompagnement dans les groupes d'éducation alimentaire : partir du général pour atteindre l'individuel.

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)¹¹ 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.

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.

¹¹ <http://www.gros.org>

- ***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.

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 a été amélioré depuis 2007,
- leur 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.
- L'implication dans des activités extrascolaires est encore difficile à évaluer, de par le peu de temps consacré au suivi et à la faible fréquentation des séances de suivis.
- L'inclusion des parents dans la prise en charge reste aussi à travailler pour une meilleure organisation et une efficacité plus importante liée au relais que peut constituer la cellule familiale.

Les années scolaires passées auprès des adolescents ont été riches d'expériences. Les résultats, bien que 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.

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 de la participation de l'adolescent au programme, les échanges ne restent que très informatifs. 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.

Une autre modification concerne le recrutement et l'orientation des adolescents dans la prise en charge de groupe. Ces quelques années de fonctionnement nous montrent l'importance majeure de la motivation pour l'intégration des participants. Les adolescents qui participent à l'ensemble des ateliers sont les plus motivés et aussi ceux qui bénéficient le mieux de ce qui est proposé. Une réflexion est déjà initiée dans l'idée d'un bilan multidisciplinaire plus précis, et réalisons, en ce début d'année scolaire 2010-2011, en plus du de l'entretien initial, un travail sur la motivation des adolescents, que nous espérons pouvoir détailler dans notre prochain évaluation

Nous aimerions pouvoir délocaliser certains ateliers et de nouveaux partenariats nous permettrons sans doute de pouvoir le faire dans les années qui viennent. Cette démarche a été initiée à l'heure où ce rapport est rédigé puisque le premier groupe a débuté à la MIPPS fin décembre 2010.

Pour progresser dans la démarche de création et d'évolution du programme, l'intégration des adolescents, notamment au moment du comité de pilotage est à l'étude.

Enfin, il nous apparaît évident qu'il faudra encore affiner les outils d'évaluation et la manière de la présenter. Les temps de passation doivent aussi être strictement définis. Dans un souci de

précision, nous avons cherché à réaliser des mesures régulières. Pour ne pas trop influencer la dynamique des groupes, nous avons remis les questionnaires aux participants, leur laissant le soin de le remplir et de le rapporter ou, le cas échéant, de nous le renvoyer. Cette procédure s'est avérée inefficace. Les temps d'évaluation ont été donc réintégrés dans la prise en charge de manière plus adaptée. Dans les années qui viennent, la création d'outils spécifiques et validés sera sans doute un enjeu de notre réflexion.

Pour finir, nous avons eu l'occasion, à de nombreuses reprises, de valoriser le travail réalisé auprès de la communauté scientifique dans des congrès nationaux et internationaux puisque le projet a été présenté sous forme de poster, au congrès de l'ALFEDIAM (maintenant SFD) et au DELF (Strasbourg), au congrès de la Société Européenne d'Education Thérapeutique à Toulouse et sous forme de communication orale lors du congrès de la Société Française de Santé Publique à Nantes. Il a aussi fait l'objet d'un mémoire de fin d'études pour le DUEP (Diplôme Universitaire en Education du Patient) de Lille, réalisé par Thomas Laurent, diététicien impliqué dans la prise en charge des adolescents depuis ses débuts.

Enfin, une rencontre avec les infirmières scolaires du secteur a été réalisée pour pouvoir communiquer sur l'offre de soin sur le secteur.