



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 2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
I) PRESENTATION DU PROGRAMME	6
1.1 LES OBJECTIFS DU PROJET	6
1.2 LE PARCOURS DU PATIENT	6
1.3 LE DIAGNOSTIC EDUCATIF	8
1.4 PROFIL DES PARTICIPANTS	8
1.5 COMITE DE PILOTAGE : ROLE ET COMPOSITION	9
1.6 PROGRAMMATION ET DEROULEMENT	10
1.7 L'ENTRETIEN BILAN ET LE SUIVI	11
1.8 LES ATELIERS	12
1.8.1 Atelier psycho-diététique : « S'observer pour changer »	12
1.8.2 Remise à l'activité physique	13
1.8.3 Médiation danse	14
1.8.4 Médiation Socio-esthétique	15
1.8.5 Médiation Arts-Graphiques.....	16
1.8.6 Médiation théâtre	17
1.8.7 Médiation Musicale : le Gamelan.....	18
1.8.8 La sortie de fin de programme	19
1.8.9 Les réunions parents	20
II) EVALUATION.....	21
2.1 EVOLUTION DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE	22
2.2 TAUX DE PARTICIPATION AU PROGRAMME ET AUX DIFFERENTS SOUS-ATELIERS	23
2.3 IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE SUR LES DIMENSIONS LIEES A L'ESTIME DE SOI.....	25
ANNEXES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

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 actuelles¹ 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.

Le rapport rendu cette année sera plus succinct que les deux années précédentes, étant donné que nous nous étions donné que nous avions tenté d'analyser quantitativement et qualitativement nos données avec un recul de 3 puis 4 ans.

Ce rapport vous présentera donc le projet puis l'évaluation des données à notre disposition pour les groupes qui ont été réalisés au cours de l'année scolaire 2011-2012.

¹ 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 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.

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.

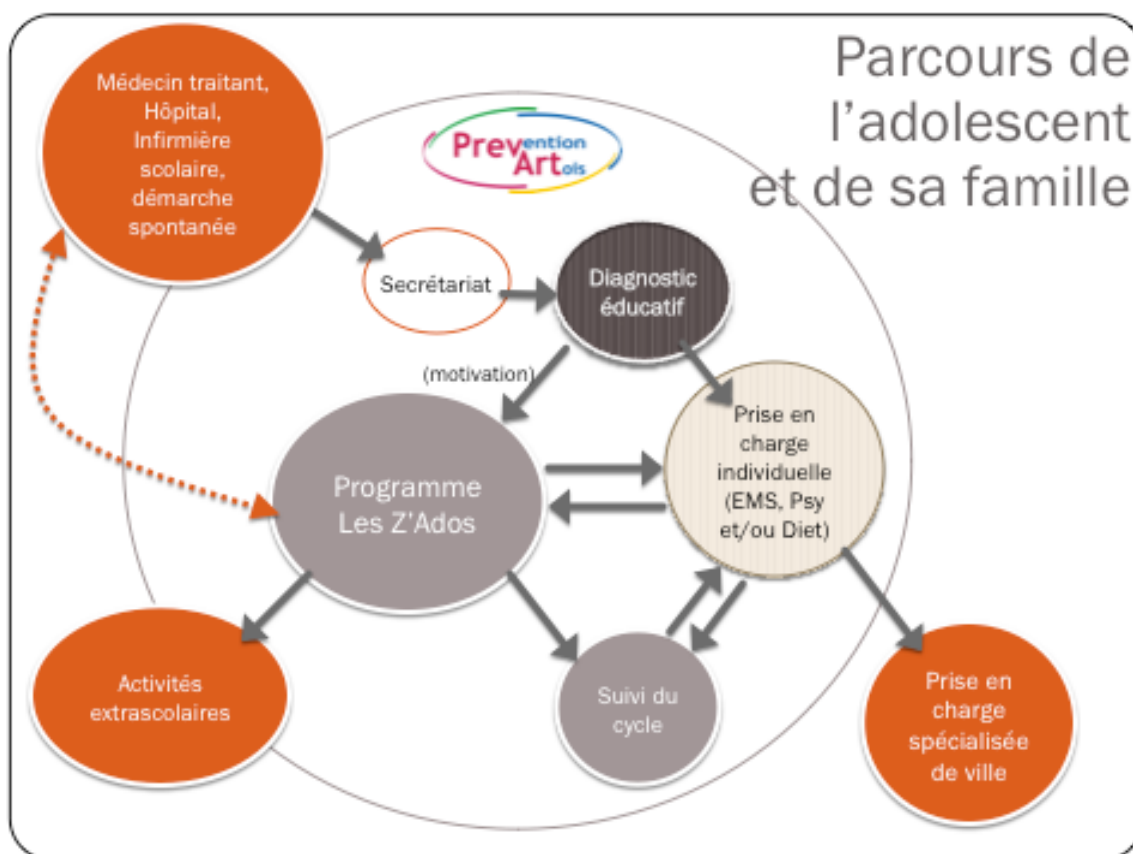


Figure 1 : Le parcours du patient dans le réseau cardiovasculaire

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 réalise².

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.

² 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
- 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.

1.6 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).

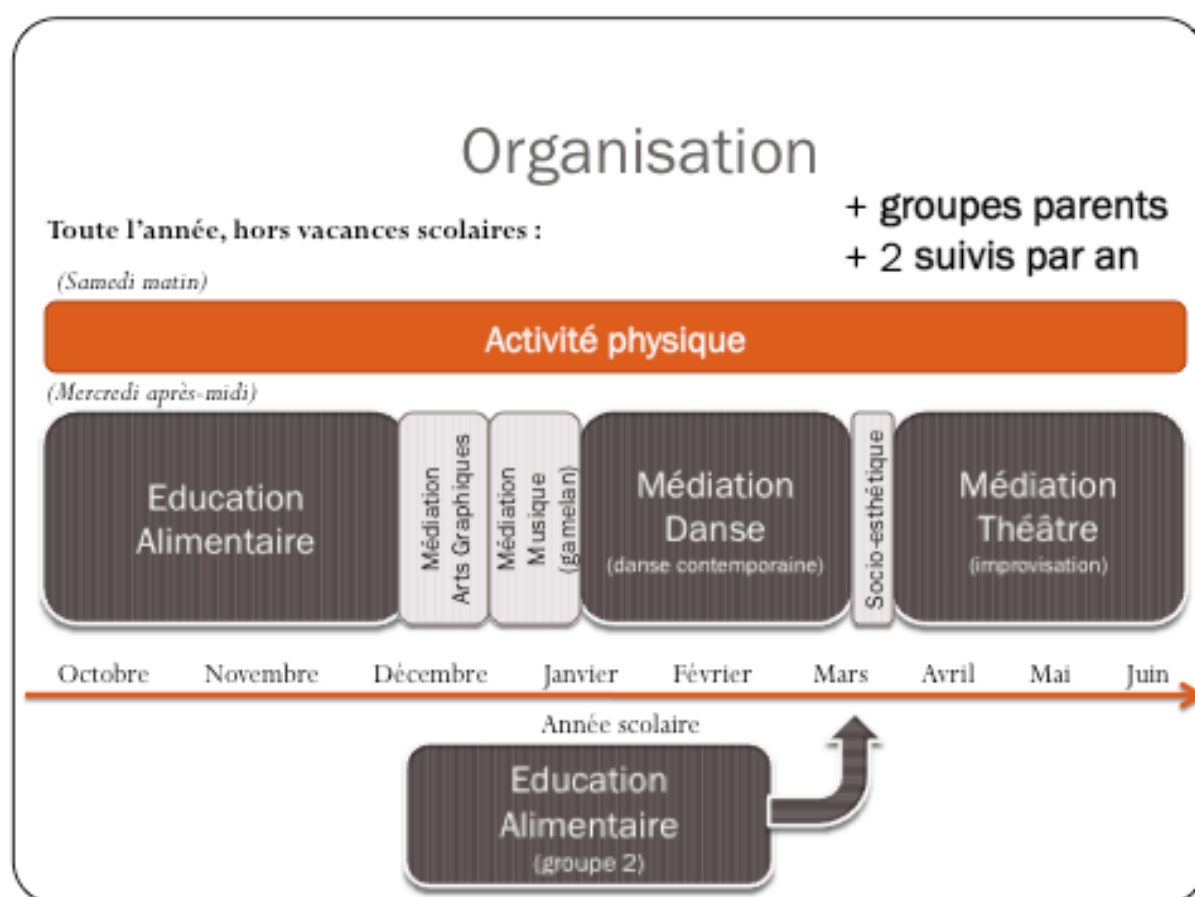


Figure 2 : Programmation annuelle

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 terme³.

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. 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.*

³ Remarques
améliorations
longues

des les
des les plus

Encart 1 : La Charte de fonctionnement

1.8 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.

1.8.1 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 »⁴.

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*

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

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 »⁵.

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

1.8.2 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,

⁵ 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

- 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.⁶

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.

1.8.3 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 relaxation⁷.

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

⁶ 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

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

- 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.

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

1.8.4 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 diététicienne, 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 personifie 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

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

1.8.6 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

1.8.7 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 se servir de cette création comme environnement sonore pour la médiation danse...



Photographie réalisée lors de la médiation musicale

1.8.8 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

1.8.9 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 charge⁸.

⁸Poulain 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.

Les tests sont réalisés lors de deux passations, la première (P1) au début de l'atelier et la seconde (P2), à la fin.

2.1 Evolution de l'indice de masse corporelle

Pour le moment, nous ne sommes pas en mesure de livrer des mesures précises d'IMC puisque les données de la passation de fin d'année ont été récoltées sur un fichier informatique qui a malheureusement été détruit suite à un problème informatique. Nous avons, en effet, cherché à faciliter la saisie des données en les saisissant directement par informatique mais ce fichier a été perdu suite à une panne. A l'heure où nous écrivons ces lignes, nous ne disposons, malheureusement, plus des données globales. Un recueil taille-poids étant prévu lors de la prochaine rencontre avec les jeunes, nous disposerons à nouveau de données précises. Néanmoins, les données recueillies en cours d'année vont dans le sens des années précédentes, à savoir un IMC tendant vers la stabilisation ou la diminution. A ce propos, nous invitons le lecteur à consulter les bilans présentés lors des deux dernières années.

2.2 Taux de participation au programme et aux différents sous-ateliers

Comme l'indique le tableau 1, les données obtenues concernant les taux de participation, en 2011-2012, suivent les tendances observées ces dernières années, à savoir un taux de participation à l'ensemble du programme se situant au-dessus de 70%. On notera que lors de cette dernière année, nous avons bénéficié d'un nombre d'inscrit effectif de 16 familles, ce qui représente 5 de plus que l'année précédente. Pourtant nous n'atteignons pas le niveau des premières années. Comme nous l'avons indiqué plus haut, notre mode de sélection est plus exigeant en terme de motivation et, bien que les effectifs de départ soient moins élevés, la part de jeunes qui participe à l'ensemble de l'atelier est bien meilleure qu'au début de la mise en place du projet.

ANNÉES	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	MOYENNES
EFFECTIF DE DEPART	25	20	18	11	16	18,5
EFFECTIF DE FIN	14	13	14	8	12	12,2
PARTICIPATION A L'ENSEMBLE PROGRAMME (%)	56,00%	65,00%	77,78%	72,73%	75%	69,30 %

Tableau 1 : Evolution des effectifs et du taux de participation en fonction des années de prise en charge depuis le démarrage du projet

Par ailleurs, le nombre d'inscrit, initialement était de 20, tous groupes confondus. Parmi ces inscrits, 4 jeunes (2 pour la prise en charge longue et 2 pour la prise en charge courte) ne se sont jamais présentés à aucun atelier, ceci malgré des relances. Cette tendance est classique. Souvent, elle est liée à une modification des priorités familiales, à un refus net du jeune ou à des difficultés liées à l'organisation du temps scolaire ou extra-scolaire.

Pour les autres, on note que 4 personnes ont arrêté au cours de la prise en charge. Le tableau 2 met en évidence que ces pertes ont lieu seulement dans le groupe long. Elles s'expliquent, pour deux participants, par des difficultés familiales (maladie dans le premier cas et conflit dans l'autre). Les deux autres s'expliquent, dans un cas, par une perte de motivation (pouvant être liée à un manque d'investissement parental) et, pour l'autre au fait du manque d'intérêt pour l'approche en médiation, à laquelle elle n'a jamais participé.

Ces éléments nous ont amené à revoir notre mode de calcul des taux de participation à l'atelier. Si l'on observe ce taux en le rapportant à l'effectif global, on se rend compte que le taux de participation diminue régulièrement au cours de l'année. Par contre, si l'on rapporte le nombre moyen de participants à l'atelier à l'effectif maximum réel, c'est-à-dire au nombre de jeunes participant au moins à une séance de l'atelier, les taux de participation sont bien meilleurs...

Enfin, on notera que, malgré cet ajustement, le taux de participation à l'atelier théâtre est un peu moins bon que celui de l'atelier danse. Ceci semblerait être lié à la période de réalisation de l'atelier qui se situe en fin d'année, au moment où certains jeunes doivent préparer des examens.

Type d'atelier	Groupe long				Groupe court		
	Nombre moyen de participants par séance	Pourcentage de participation par séance en fonction de l'effectif total	Effectif maximum réel (nombre total moins arrêt)	Pourcentage de participation en fonction par séance de l'effectif d'atelier	Nombre moyen de participants par séance	Pourcentage de participation	Effectif toujours pris en charge
S'observer pour changer	6,22	69,14%	9	69,14%	5,67	80,95%	7
Arts graphiques	5,33	59,26%	7	76,19%	-	-	-
Gamelan	4,50	50,00%	7	64,29%	-	-	-
Danse	4,00	44,44%	5	80,00%	-	-	-
Théâtre	3,14	34,92%	5	62,86%	5,29	75,51%	7

Tableau 2 : Nombre de participants et taux de participation en fonction de l'effectif total et de l'effectif réel en fonction du type d'atelier et du type de prise en charge

L'observation de ces éléments va de le sens de notre ressenti : la prise en charge gagnerait à être plus modulable de manière à mieux répondre aux fluctuations de motivation des jeunes et à leurs impératifs organisationnels...

D'un autre côté, si l'on observe les données du groupe de prise en charge courte, on constate que les taux de participation sont bien meilleurs. On pourrait penser qu'il faudrait favoriser une prise en charge courte mais toutes les données en notre possession depuis 2007 semblent indiquer les prises en charge longues donnent des résultats plus intéressants.

A l'heure actuelle, la prise en charge s'organise de manière linéaire, les ateliers s'enchaînant dans un ordre préétabli. Ce fonctionnement est lié à deux facteurs. D'abord, le travail se s'organise autour de l'année scolaire : il semble logique de s'adapter au mode de fonctionnement du jeune et à son rythme. Le second facteur est celui du mode financement : les financements sont obtenus à l'année et, de ce fait, cela freine la possibilité d'une organisation pluriannuelle, puisque nous ne savons pas si nous obtiendrons de nouveaux financements l'année suivante...

Une modification d'organisation serait peut-être intéressante. On pourrait imaginer une organisation moins linéaire, avec un tronc commun, représenté par l'atelier s'observer pour mieux changer et les séances de médiation comme séances optionnelles qui pourraient être réalisées dans la continuité ou plus tard dans la prise en charge. Cela permettrait de mieux personnaliser, avec le jeune et sa famille, le programme : proposer un étalement des ateliers sur plusieurs années pourrait permettre une meilleure adaptation aux modifications de motivation des jeunes et aux différentes problématiques rencontrées. A l'heure actuelle, quand les difficultés persistent, réorienter ou proposer un suivi individuel sont nos seules options (cette dernière solution étant assez compliquée par manque de temps et de moyens humains en interne).

Un autre bénéfice d'une organisation non linéaire serait d'être à même de pouvoir proposer la même prise en charge à tous les jeunes, quel que soit le moment de l'entrée dans le parcours de santé.

2.3 Impact de la prise en charge sur les dimensions liées à l'estime de soi

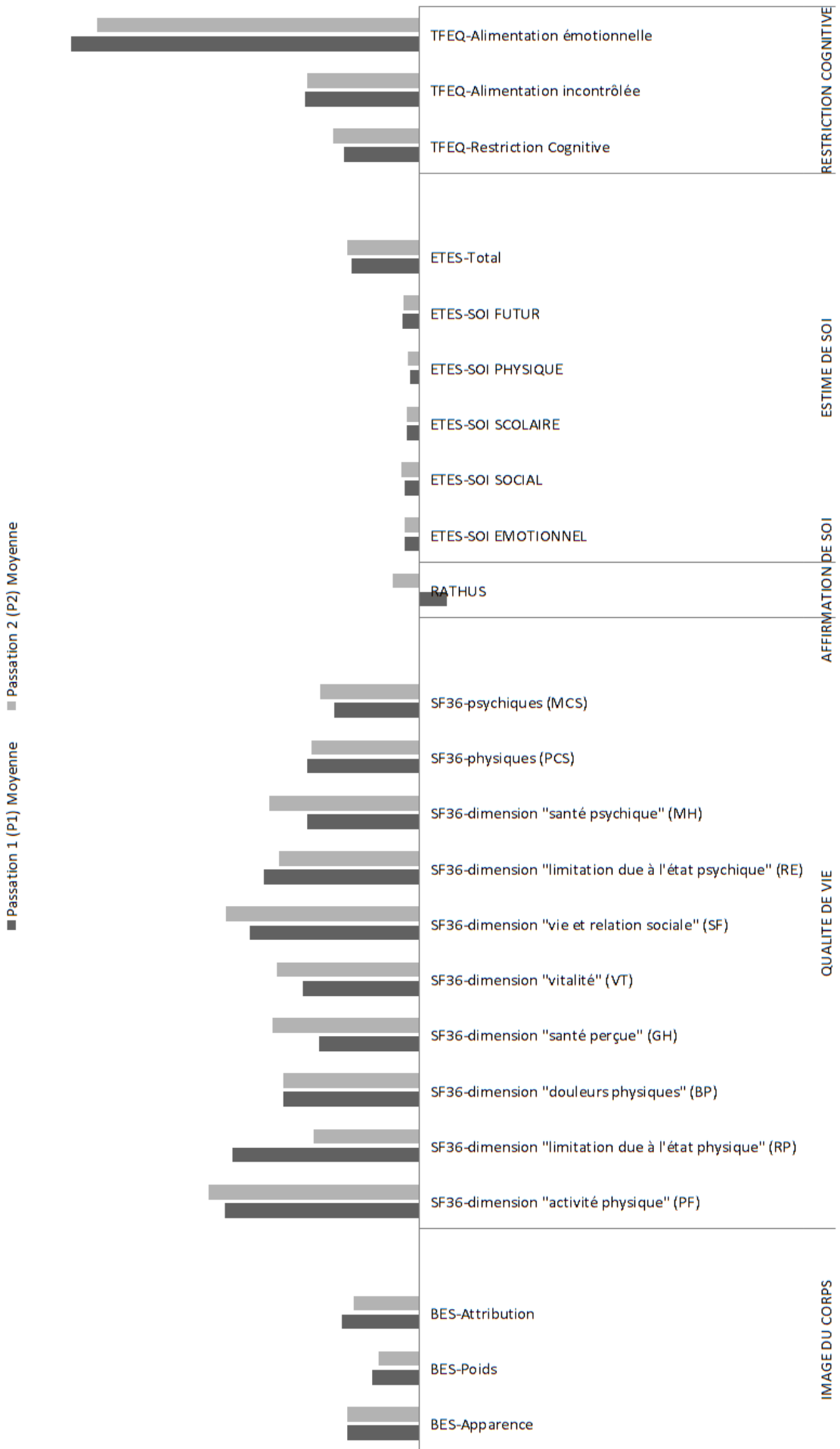
Cette année, comme les années précédentes, les données d'évaluation liées à l'estime de soi évoluent positivement. Le tableau 3 ainsi que les graphiques 1 et 2 illustrent les résultats obtenus. Nous nous sommes livrés à une double analyse. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés aux résultats globaux obtenus en comparant les scores moyens entre la première et la seconde passation aux tests. Le faible nombre de participants ne permet pas, comme d'habitude de se livrer à des statistiques autres que descriptives. On note des différences qui sont globalement positives, les écarts types étant néanmoins assez élevés. Ceci est logique car les niveaux de départ pour chaque jeune peuvent être très différents ainsi que les niveaux d'arrivés. Aussi, nous avons mesuré individuellement pour chacune des dimensions si les résultats aux tests s'amélioraient ou non entre la première et la seconde passation (P1 et P2).

Ces différentes analyses donnent des résultats cohérents avec ceux que nous avons obtenus précédemment (nous invitons de nouveau le lecteur à consulter les deux précédents bilans à ce propos), à savoir une amélioration globale des dimensions mesurées. Il semblerait que, selon les tests, l'atelier permette d'améliorer l'estime de soi, l'image du corps et la qualité de vie du participant, tant que niveau physique que psychique d'ailleurs. On notera que pour 100% des jeunes la santé psychique ainsi que l'estime de soi du point de vue social évoluent positivement entre les deux passations.

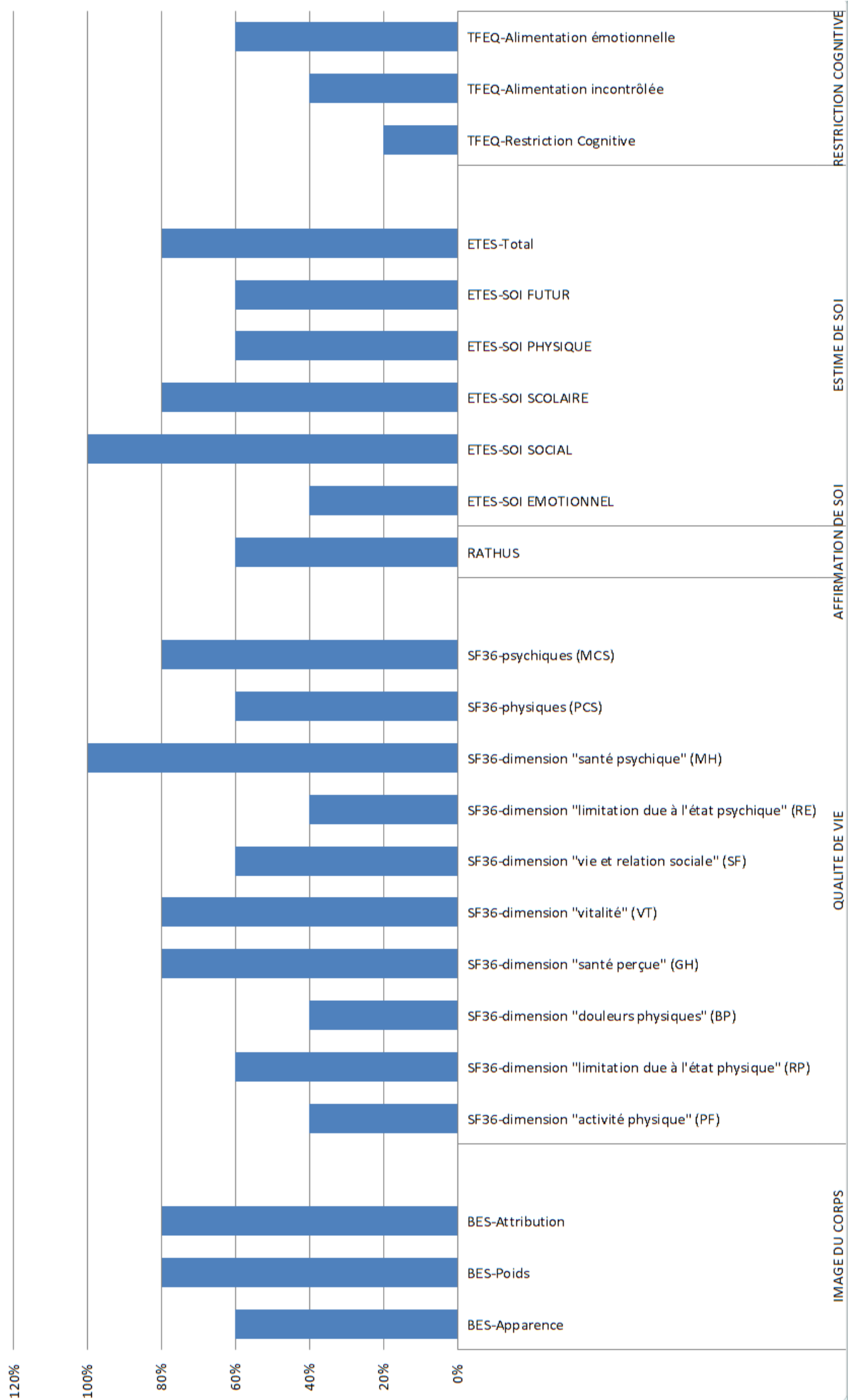
		Passations				Tendance de la différence de moyenne entre P1 et P2	Part d'évolution individuelle positive ou stable entre P1 et P2
		Passation 1 (P1)		Passation 2 (P2)			
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type		
IMAGE DU CORPS	BES-Apparence	30,80	3,49	30,80	5,40	stable	60 %
	BES-Poids	20,20	1,92	17,60	2,41	amélioration	80 %
	BES-Attribution	33,40	8,47	28,00	13,15	amélioration	80 %
QUALITE DE VIE	SF36-dimension "activité physique" (PF)	83,00	16,81	90,00	10,00	amélioration	40 %
	SF36-dimension "limitation due à l'état physique" (RP)	80,00	32,60	45,00	20,92	amélioration	60 %
	SF36-dimension "douleurs physiques" (BP)	58,00	13,04	58,00	13,04	stable	40 %
	SF36-dimension "santé perçue" (GH)	43,00	10,95	63,00	25,88	amélioration	80 %
	SF36-dimension "vitalité" (VT)	50,00	12,75	61,00	7,42	amélioration	80 %
	SF36-dimension "vie et relation sociale" (SF)	72,50	13,69	82,50	6,85	amélioration	60 %
	SF36-dimension "limitation due à l'état psychique" (RE)	66,67	33,33	60,00	43,46	amélioration	40 %
	SF36-dimension "santé psychique" (MH)	48,00	14,97	64,00	16,73	amélioration	100 %
	SF36-physiques (PCS)	47,98	3,64	46,36	7,37	dégradation	60 %
	SF36-psychiques (MCS)	36,32	8,79	42,62	11,52	amélioration	80 %
AFFIRMATION DE SOI	RATHUS	-11,60	31,09	11,40	23,92	amélioration	60 %
ESTIME DE SOI	ETES-SOI EMOTIONNEL	6,40	2,70	6,20	1,79	dégradation	40 %
	ETES-SOI SOCIAL	6,20	1,30	7,60	0,89	amélioration	100 %
	ETES-SOI SCOLAIRE	5,20	3,56	5,60	2,97	amélioration	80 %
	ETES-SOI PHYSIQUE	4,00	1,73	4,80	1,48	amélioration	60 %
	ETES-SOI FUTUR	7,20	1,79	6,80	2,28	dégradation	60 %
	ETES-Total	29,00	7,84	31,00	3,32	amélioration	80 %
RESTRICTION COGNITIVE	TFEQ-Restriktion Cognitive	32,22	4,65	36,67	14,49	dégradation	20 %
	TFEQ-Alimentation incontrôlée	48,89	19,14	48,15	17,76	amélioration	40 %
	TFEQ-Alimentation émotionnelle	148,89	43,46	137,78	60,14	amélioration	60 %

Tableau 3 : Scores moyens et écarts types obtenus en fonction des dimensions mesurées et de la passation

Graphique 1 : Evolution des scores moyens en fonction des dimensions mesurées et de la
passation



Graphique 2 : Part d'évolution individuelle positive ou stable entre P1 et P2



III) Discussion, conclusion et perspectives

Depuis 2007, grâce au soutien de ses financeurs et de ses partenaires, l'Association Prévention Artois – Réseau cardiovasculaire met en place une prise en charge ambulatoire 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 semble remplir ses objectifs puisqu'on observe une évolution favorable des indicateurs.

Nous indiquons l'année dernière que le lien avec le médecin traitant gagnerait être amélioré et que celui-ci devait être mieux inclus dans la prise en charge. Bien que la réponse actuelle ne nous satisfasse pas encore pleinement, nous avons modifié notre mode de communication avec le médecin en mettant en place les programmes personnalisés de santé (PPS) avec le public jeune. Les recommandations actuelles sur la mise en place de ces PPS ne concernent pas la population des jeunes mais il nous a semblé intéressant d'adapter cet outil puisqu'il facilite la communication et permet une plus grande implication du médecin traitant dans la démarche de santé.

Comme chaque année, nous avons aussi eu l'occasion de valoriser notre travail auprès de la communauté scientifique puisque nous l'avons présenté lors du congrès de la Société Française de Diabétologie (SFD) à Genève et du congrès de l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET) à Paris. Nous avons aussi participé à différentes rencontres régionales et valorisé notre approche lors d'une journée de formation du réseau OSEAN (Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte Nord-Pas-de-Calais) sur le thème de l'obésité de l'adolescent et, lors de la journée de rencontre de l'ASTECC (Association Septentrionale de Thérapie Emotionnelle Cognitive et Comportementale).

Le dernier élément à évoquer ici est l'état d'avancement des différents partenariats, envisagés l'année dernière. Nous travaillons plus précisément, aujourd'hui, avec la Plateforme Santé du Douaisis. Nous nous sommes rencontrés à plusieurs reprises pour envisager un transfert d'expérience et l'extension de la mise en place du programme sur le territoire du Douaisis. Cela nous permettrait de disposer d'un plus grand nombre de données et donc, de fournir une analyse statistique plus poussée. D'autres partenariats ont été évoqués mais ne se sont pas encore concrétisés à l'heure actuelle.