



OBEPEDEIA

*Parcours expérimental de prise en charge
des enfants ou adolescents souffrant
d'obésité sévère et/ou complexe*



Livret à destination des expérimentateurs dans le cadre de l'expérimentation nationale article 51 OBEPEDEIA

OBEPEDEIA Pays de la Loire, novembre 2021

Contacts

Des questions d'ordre général

- **Inscrivez-vous aux webinaires hebdomadaires** (le mardi de 13h30 à 14h15) de partage d'expérience et de réponses aux questions

Inscription directement en ligne : https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_JQUBSgrCS2-Ba0fW924mQ

Des questions sur le dossier d'un patient

- **Contactez en priorité l'équipe du CHU d'Angers via la messagerie instantanée du e-parcours**
- En cas d'urgence, contactez l'équipe par téléphone
 - Dr Jessica Amsellem Jager (pédiatre) - 06 65 81 13 92
 - Valérie Cognée (infirmière, jeudis et vendredis) - 06 99 52 71 59
 - Olivia Corvez (psychologue) - 07 60 92 04 43
 - Daphné Simon (enseignante APA) - 06 65 80 69 51
 - Mylène Piron (diététicienne) - 06 65 81 13 63
 - Alexandra Touchard (psychologue) - 06 65 80 75 09

Des questions sur le e-parcours

- En cas de problème technique, contacter l'assistance parcours :
 - **02 44 76 13 90**
 - **parcours@sante-paysdelaloire.fr**
 - Inscrivez-vous aux webinaires hebdomadaires (le mardi de 13h30 à 14h15) de partage d'expérience et de réponses aux questions
- Inscription directement en ligne : https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_JQUBSgrCS2-Ba0fW924mQ
- Contactez la SRAE Nutrition
 - charlotte.baudry@sraenutrition.fr
 - florane.dumont@sraenutrition.fr

Des questions sur les conventions / la rémunération de vos interventions

- **Inscrivez-vous aux webinaires hebdomadaires** (le mardi de 13h30 à 14h15) de partage d'expérience et de réponses aux questions
- Inscription directement en ligne : https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_JQUBSgrCS2-Ba0fW924mQ
- Contactez la SRAE Nutrition
 - clemence.kimmel@sraenutrition.fr
 - florane.dumont@sraenutrition.fr

Le parcours OBEPEDIA

La philosophie du parcours OBEPEDIA

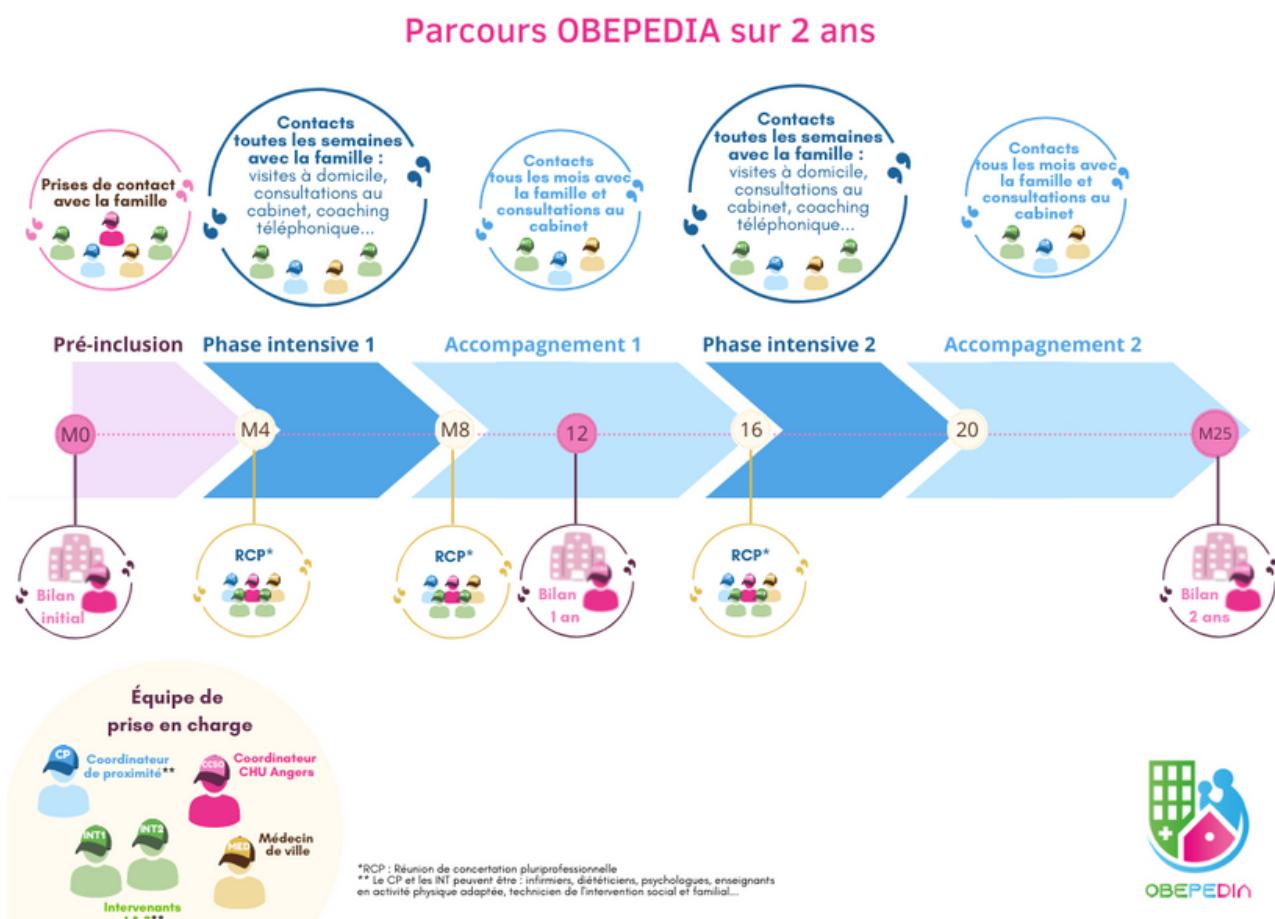
- Accompagner des enfants ou adolescent en obésité sévère et/ou complexe
- Prendre en compte l'environnement global de la famille
- Définir avec la famille un Projet Personnalisé de Soins (PPS)
- Avoir des contacts réguliers avec la famille en privilégiant les RDV en présentiel dont des visites à domicile
- Assurer une double coordination Ville-hôpital par le Centre spécialisé Obésité (CSO) et une équipe de proximité pluriprofessionnelle

L'équipe de prise en charge

- **Équipe CHU d'Angers** : équipe pluridisciplinaire : pédiatre, puéricultrice, diététicien, psychologue, pédopsychiatre, enseignant en APA...
- **Équipe de proximité (au plus proche du domicile)** : Médecin traitant ou médecin référent de ville, coordinateur de proximité (CP), Intervenant 1, Intervenant 2

Le CP et les intervenants de proximité peuvent être des infirmiers, diététiciens, psychologues, enseignants en APA, psychomotriciens, kinés, professionnels du social...

Schéma du parcours simplifié

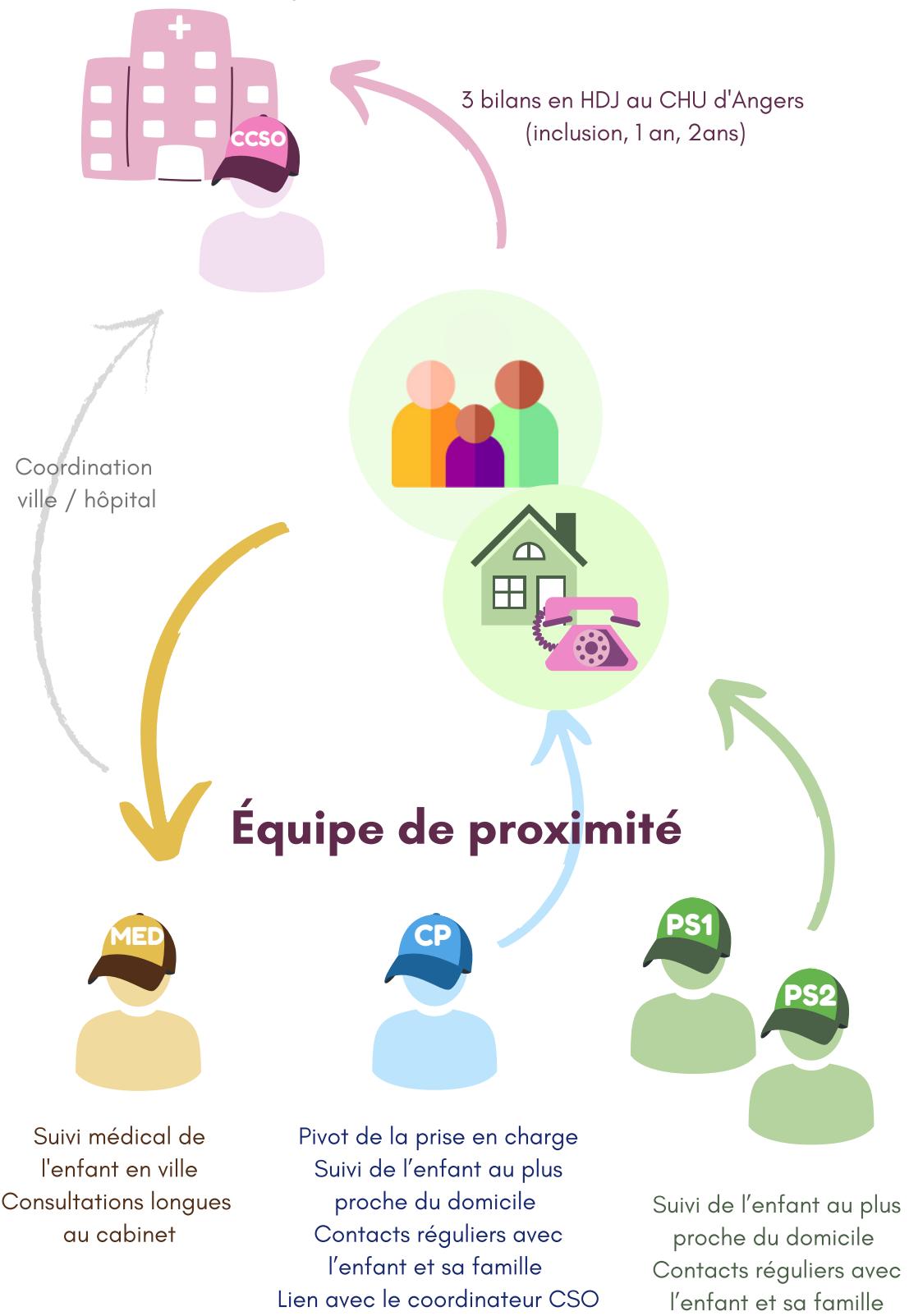


Sur 2 ans de prise en charge :

- 3 bilans en HDJ au CSO
- 3 RCP de coordination
- 5 phases : pré-inclusion, intensive 1, accompagnement 1, intensive 2, accompagnement 2
- Visite à domicile régulières (au moins 1 par mois) et échanges hebdomadaires avec la famille

L'équipe de prise en charge

Centre Spécialisé Obésité (CSO)
au sein du CHU d'Angers



Vous trouverez ci-après des fiches détaillées du rôle de chacun des professionnels.

Le coordinateur du CSO



Il s'agit d'un professionnel hospitalier ayant vu l'enfant lors du bilan d'inclusion au CHU d'Angers. Son rôle est déterminé lors de la synthèse du diagnostic éducatif partagé par l'équipe hospitalière, en accord avec l'enfant et sa famille.

Quelles sont les missions du C-CSO ?

Coordonner le bilan d'inclusion au CHU d'Angers et participer à l'élaboration du diagnostic éducatif partagé en lien avec l'équipe hospitalière. Assurer le **recrutement du coordinateur de proximité et de l'équipe de proximité**.

Accompagner le coordinateur de proximité pour sa première visite à domicile.

Coordonner les bilans hospitaliers de suivi à 1 an et 2 ans.

Faire des points réguliers avec le coordinateur de proximité, notamment pour valider les forfaits des intervenants de proximité.

Être en appui à l'équipe de proximité en cas de difficulté, si besoin participer à l'ajustement du projet personnalisé de soin.

Participer aux 3 RCP (réunions de concertation pluriprofessionnelles) : 1 RCP d'inclusion et 2 RCP de point d'étape au cours du parcours.

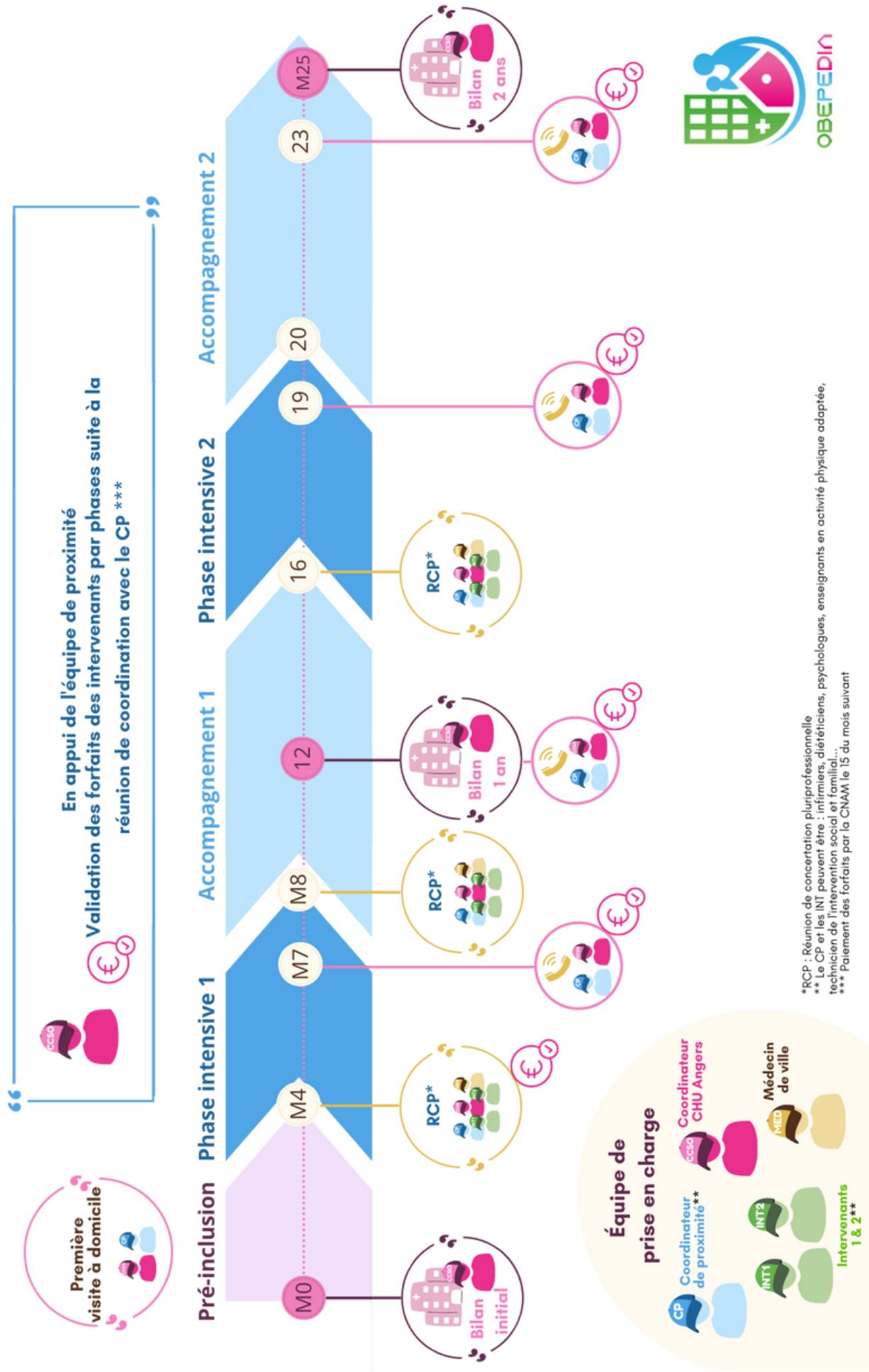


En résumé, le C-CSO a différentes grandes missions :

- **Coordonner les bilans hospitaliers** et participer au diagnostic éducatif partagé pour la formalisation d'un projet personnalisé de soin.
- Adopter une **posture d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel**.
- **Transmettre le diagnostic éducatif partagé à l'équipe de proximité lors des RCP**
- **Recruter l'équipe de proximité et faire le lien avec elle tout au long des 2 ans du parcours** via l'outil régional de coordination e-parcours.
- **Participer au recueil des données pour l'évaluation** de l'expérimentation nationale OBEPEDEIA via l'outil régional de coordination e-parcours.
- **Participer à l'organisation de formations** OBEPEDEIA à destination des professionnels des équipes de proximité
- **Se charger de valider les forfaits des intervenants de proximité**, selon les informations complétées par les professionnels sur la plateforme régionale e-parcours.

Parcours OBEPEDIA sur 2 ans

Missions du coordinateur du CHU d'Angers



Le coordinateur de proximité (CP)



Il est le pivot du parcours en proximité, il fait le lien entre la famille, les professionnels l'équipe de proximité (médecin traitant et intervenants au domicile) et le coordinateur CSO. Tout professionnel motivé et volontaire pour travailler en interdisciplinarité, et pouvant faire du lien avec les acteurs de la prise en charge peut être coordinateur de proximité.

Le coordinateur de proximité ne peut pas être le médecin traitant ou médecin référent de l'enfant ni cumuler un autre rôle (intervenant 1 ou 2).

Quelles sont les missions du CP ?

Mettre en place un **lien privilégié avec la famille**, être le porte-parole si besoin de la famille auprès des autres professionnels de l'équipe de proximité.



Avoir des **contacts réguliers avec la famille** afin compléter le diagnostic éducatif et réaliser son suivi. Ces contacts prennent la forme de **visites à domicile (VAD)** de manière privilégiée. Le coordinateur de proximité rédige des CR des VAD. Selon sa profession, le CP effectue également du soin au-delà de ses missions de coordination.

Si le contexte familial, social ou sanitaire rend difficile les VAD, il est possible de faire des consultations en cabinet, des téléconsultations ou encore des échanges téléphoniques.

Coordonner l'équipe de proximité en faisant du lien avec le médecin traitant ou médecin référent de l'enfant, les intervenants au domicile et le coordinateur du CSO. **Participer aux 3 RCP et rédiger les CR de RCP** (réunions de concertation pluriprofessionnelles) : 1 RCP d'inclusion et 2 RCP de point d'étape au cours du parcours.

Faire des points réguliers avec le coordinateur du CSO, notamment pour valider les forfaits des intervenants de proximité.

En résumé, le CP a différentes grandes missions :

- **Prendre en charge de manière individualisée et régulière l'enfant** et sa famille dans le cadre du parcours OBEPEDIA, sur la base du diagnostic éducatif partagé.
- Adopter une **posture d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel**.
- **Coordonner le parcours de l'enfant, il est le garant du parcours** en facilitant les liens avec les autres professionnels. Il alerte également le coordinateur CSO et l'équipe de proximité pour décider des changements de prise en charge si nécessaire.
- **Faire des points réguliers avec le coordinateur du CSO**, notamment pour valider les forfaits des intervenants de proximité.
- **Participer au recueil de données pour l'évaluation de l'expérimentation** nationale OBEPEDIA via l'outil régional de coordination e-parcours.

Quelle rémunération pour le CP ?



Dans le cadre des articles 51, une partie de l'expérimentation porte notamment la rémunération des professionnels grâce à des forfaits. Ces forfaits sont validés et déclenchés au plus tard 3 mois après le début de chaque phase.

PHASE 1: Pré-inclusion

- 1 RDV téléphonique avec le coordinateur CSO
- 1 contact avec la famille en privilégiant les VAD
- Participation à la RCP n°1

3 mois



PHASE 2 : Intensive n°1

- 1 RDV téléphonique avec le coordinateur CSO
- 1 contact tous les mois, en privilégiant les VAD, coaching téléphonique régulier
- Participation à la RCP n°2

4 mois



PHASE 3 : Accompagnement n°1

- 1 RDV téléphonique avec le coordinateur CSO
- 1 contact tous les mois, en privilégiant les VAD, coaching téléphonique régulier
- Participation à la RCP n°3

8 mois



PHASE 4 : Intensive n°2

- 1 RDV téléphonique avec le coordinateur CSO
- 1 contact tous les mois, en privilégiant les VAD, coaching téléphonique régulier

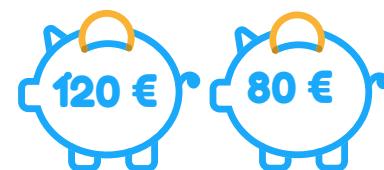
4 mois



PHASE 5 : Accompagnement n°2

- 1 RDV téléphonique avec le coordinateur CSO
- 1 contact tous les mois, en privilégiant les VAD, coaching téléphonique régulier

5 mois



 **Total sur les 2 ans**

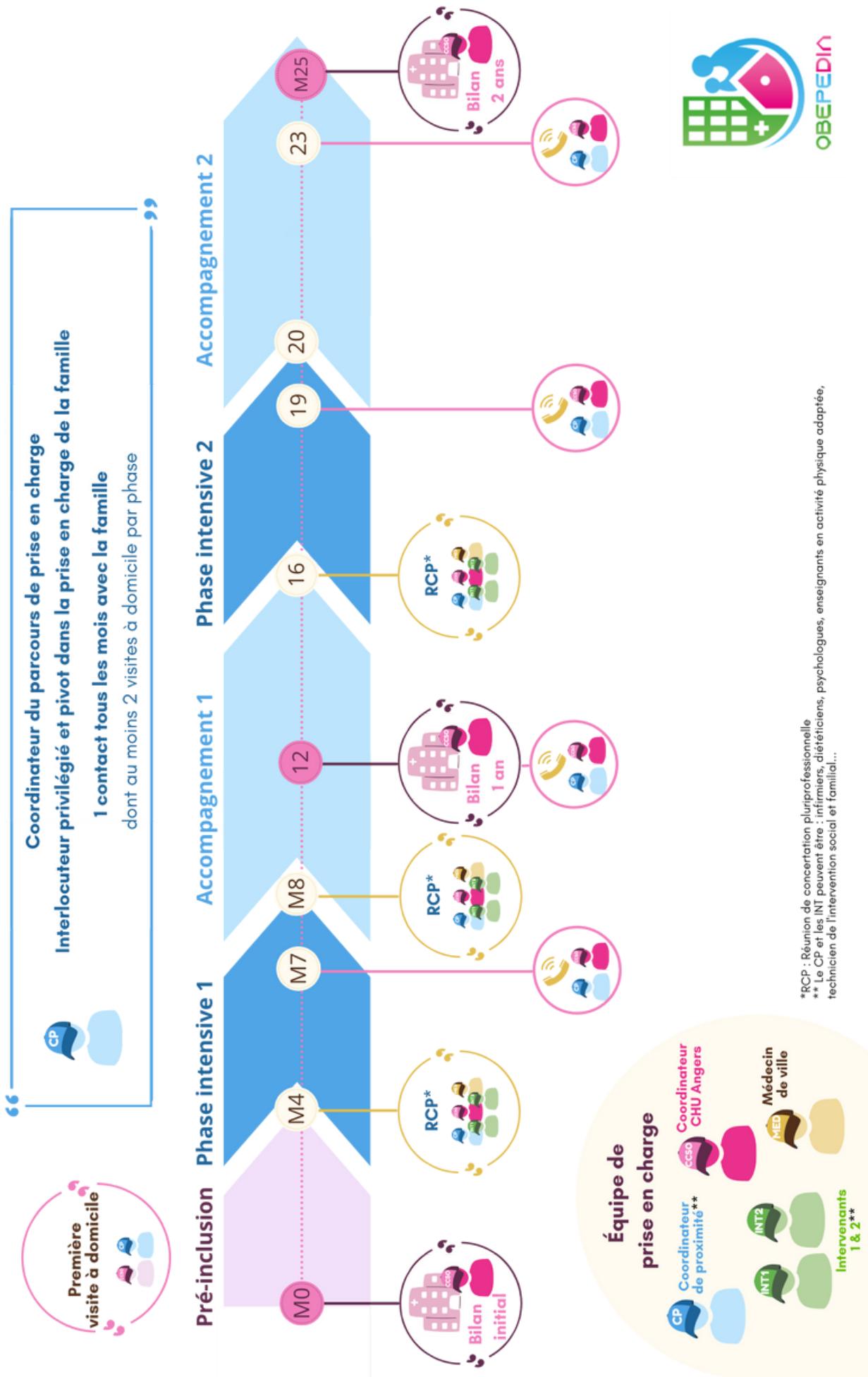


* = sur décision du coordinateur du CHU d'Angers

Parcours OBEPEDIA sur 2 ans

Missions du coordinateur de proximité

Le coordinateur de proximité (CP)



Les intervenants (INT) 1 et 2



1 ou 2 professionnels de santé peuvent être désignés comme intervenants au domicile en fonction des besoins et attentes de la famille. Tout professionnel motivé et volontaire pour travailler en interdisciplinarité, et pouvant faire du lien avec les acteurs de la prise en charge peut être intervenant à domicile.

Cas particulier : dans certaines situations, en fonction des besoins des familles et des professionnels disponibles à proximité de leur domicile, un même professionnel peut cumuler les rôles d'intervenant 1 et d'intervenant 2.

Quelles sont les missions des intervenants ?

Accompagner à domicile l'enfant et sa famille dans le cadre du parcours OBEPEDEIA, et ce **en fonction de ses compétences liées à son métier**.

Avoir des **contacts réguliers avec la famille** afin compléter le diagnostic éducatif et réaliser son suivi. Ces contacts prennent la forme de **visites à domicile (VAD)** de manière privilégiée. Les intervenants rédigent les CR des VAD.

Si le contexte familial, social ou sanitaire rend difficile les VAD, il est possible de faire des consultations en cabinet, des téléconsultations ou encore des échanges téléphoniques.

Être en lien avec l'équipe de proximité, notamment le coordinateur de proximité et le médecin traitant, ainsi qu'avec le coordinateur CSO du parcours de l'enfant.

Participer aux 3 RCP (réunions de concertation pluriprofessionnelles) : 1 RCP d'inclusion et 2 RCP de point d'étape au cours du parcours.



En résumé, les INT ont différentes grandes missions :

- **Prendre en charge de manière individualisée et régulière l'enfant** et sa famille dans le cadre du parcours OBEPEDEIA, sur la base du diagnostic éducatif partagé.
- Adopter une **posture d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel**.
- **Travailler en équipe avec le coordinateur de proximité** et les autres acteurs du parcours.
- **Participer au recueil de données pour l'évaluation de l'expérimentation** nationale OBEPEDEIA via l'outil régional de coordination e-parcours.

Quelle rémunération pour l'INT 1?



Dans le cadre des articles 51, une partie de l'expérimentation porte notamment la rémunération des professionnels grâce à des forfaits. Ces forfaits sont validés et déclenchés au plus tard 3 mois après le début de chaque phase.

PHASE 1 : Pré-inclusion

- **1 contact téléphonique** avec la famille
- **Participation à la RCP n°1**

3 mois



PHASE 2 : Intensive n°1

- **1 contact tous les 2 mois** en privilégiant les VAD
- **Participation à la RCP n°2**

4 mois



PHASE 3 : Accompagnement n°1

- **1 contact tous les mois** en privilégiant les VAD
- **Participation à la RCP n°3**

8 mois

Bonus*



PHASE 4 : Intensive n°2

- **1 contact tous les 2 mois** en privilégiant les VAD

4 mois



Bonus*



PHASE 5 : Accompagnement n°2

- **1 contact tous les mois** en privilégiant les VAD

5 mois

► **2 ans**

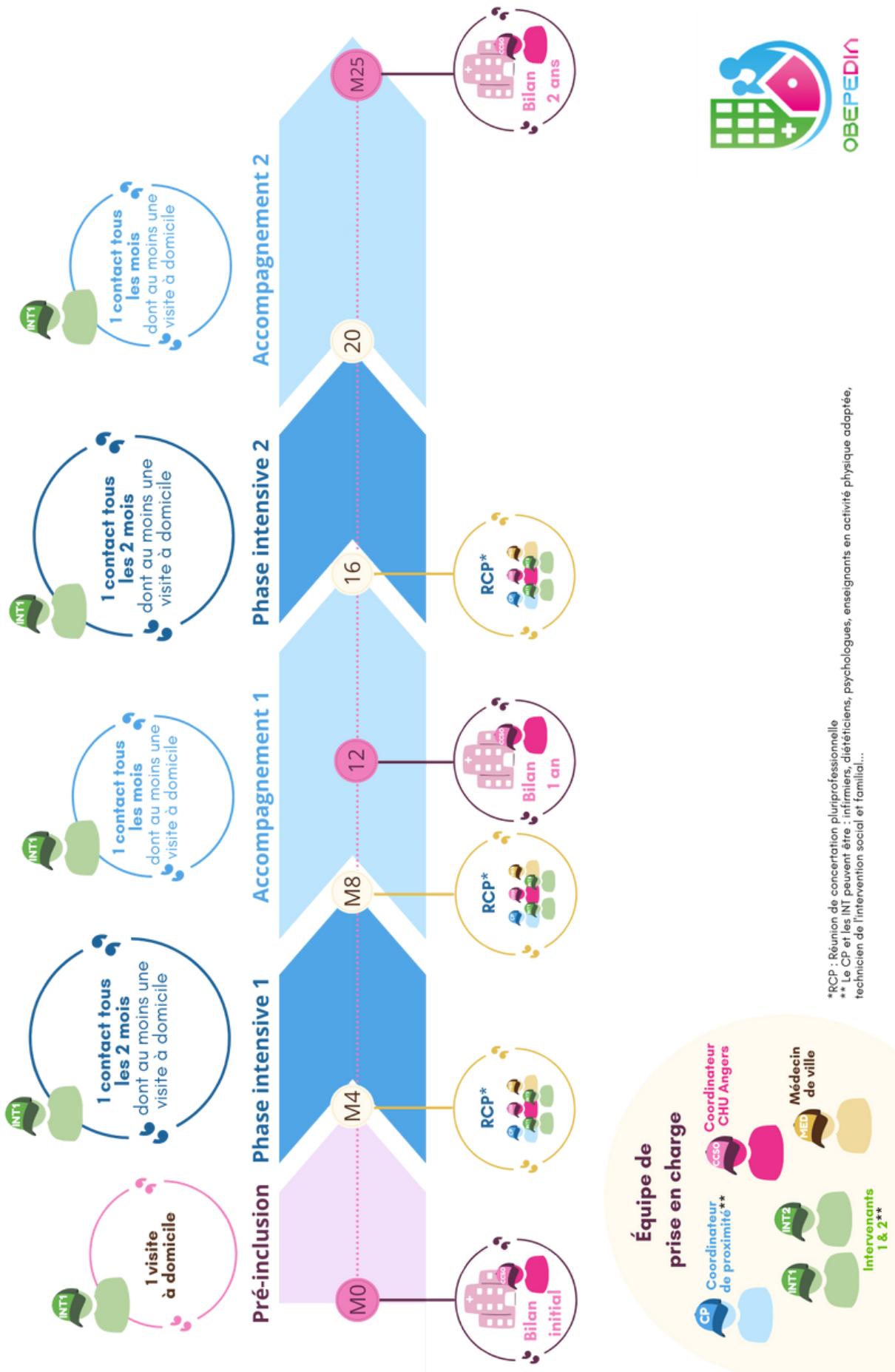


* = sur décision du coordinateur du CHU d'Angers

L'intervenant 1

Parcours OBEPE DIA sur 2 ans

Missions de l'intervenant 1



Quelle rémunération pour l'INT 2 ?



Dans le cadre des articles 51, une partie de l'expérimentation porte notamment la rémunération des professionnels grâce à des forfaits. Ces forfaits sont validés et déclenchés au plus tard 3 mois après le début de chaque phase.

PHASE 1 : Pré-inclusion

- **1 contact téléphonique** avec la famille
- **Participation à la RCP n°1**

3 mois



PHASE 2 : Intensive n°1

- **1 contact tous les 2 mois** en privilégiant les VAD
- **Participation à la RCP n°2**

4 mois



PHASE 3 : Accompagnement n°1

- **Participation à la RCP n°3**

8 mois

Bonus*



PHASE 4 : Intensive n°2

- **1 contact tous les 2 mois** en privilégiant les VAD

4 mois



PHASE 5 : Accompagnement n°2

5 mois

Bonus*



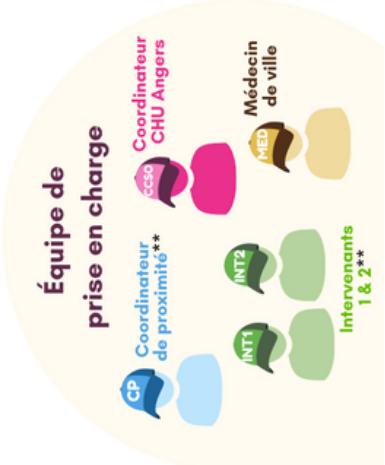
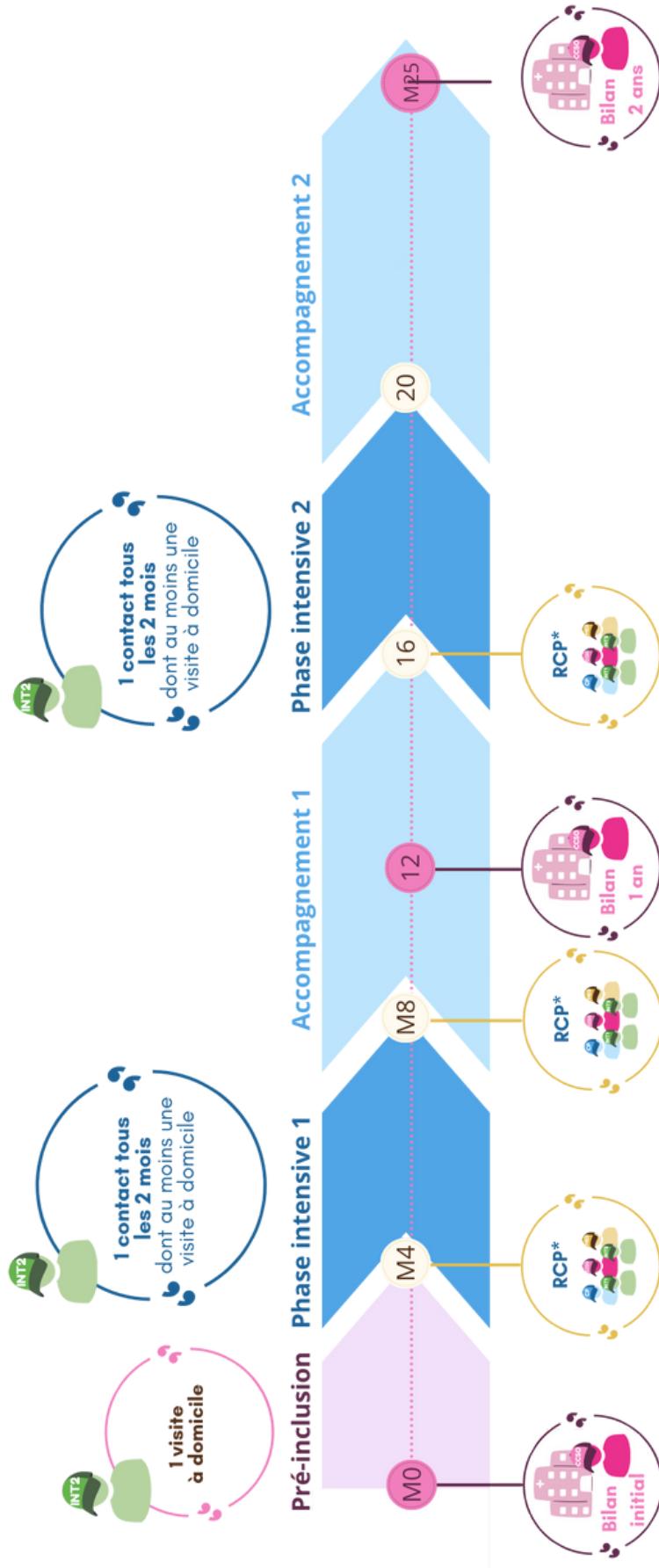
2 ans



* = sur décision du coordinateur du CHU d'Angers

L'intervenant 2

Parcours OBEPEDIA sur 2 ans Missions de l'intervenant 2



*RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle
** Le CP et les INT peuvent être infirmiers, diététiciens, psychologues, enseignants en activité physique adaptée, technicien de l'intervention social et familial...



OBEPEDIA

Le médecin de ville



Le médecin traitant de l'enfant ou un médecin de ville référent pour OBEPEDEIA assure le suivi médical de l'enfant en ville. Le médecin, motivé et volontaire, travaille en interdisciplinarité et fait du lien avec l'équipe de proximité et le coordinateur CSO.

Le médecin traitant ou médecin référent de l'enfant ne peut pas cumuler le rôle de coordinateur de proximité ni celui des intervenants 1 ou 2.

Quelles sont les missions du médecin de ville ?

Accompagner en proximité l'enfant et sa famille dans le cadre du parcours OBEPEDEIA d'un point de vue médical en adoptant une posture d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel.

Assurer le suivi de l'enfant en ville tout au long des deux ans du parcours OBEPEDEIA en effectuant des **consultations longues (30 min) au cabinet** régulièrement. Le médecin rédige des CR de ses consultations.

Être en lien avec l'équipe de proximité, notamment le coordinateur de proximité, ainsi qu'avec le coordinateur CSO du parcours de l'enfant.

Participer aux 3 RCP (réunions de concertation pluriprofessionnelles) : 1 RCP d'inclusion et 2 RCP de point d'étape au cours du parcours.



En résumé, le médecin de ville a différentes grandes missions :

- Prendre en charge de manière individualisée et régulière l'enfant et sa famille en **assurant des consultations longues au cabinet**.
- Adopter une **posture d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel**.
- **Veiller à la pertinence et l'efficience des soins** en ajustant le diagnostic avec l'équipe de proximité.
- **Travailler en équipe avec le coordinateur de proximité** et les autres acteurs du parcours.
- **Participer au recueil de données pour l'évaluation de l'expérimentation** nationale OBEPEDEIA via l'outil régional de coordination e-parcours.

Quelle rémunération pour le médecin de ville ?



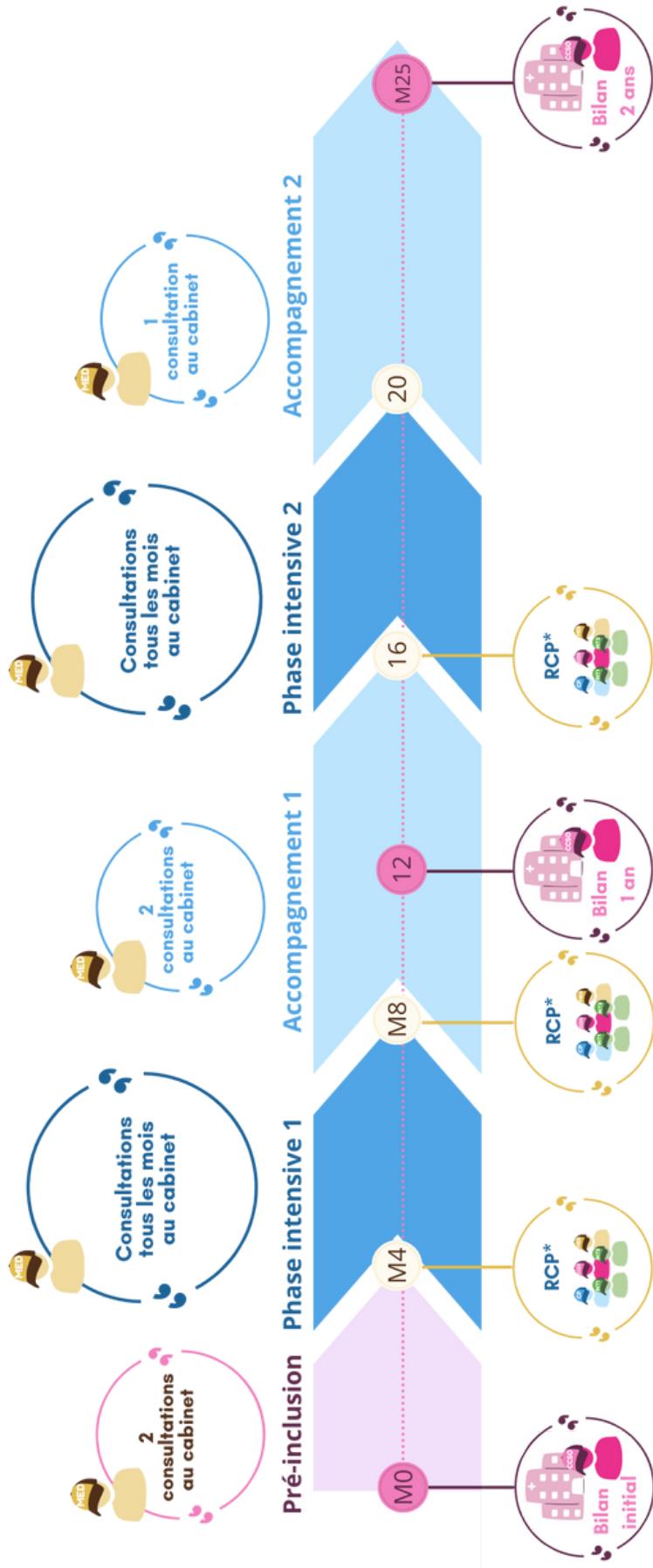
Dans le cadre des articles 51, une partie de l'expérimentation porte notamment la rémunération des professionnels grâce à des forfaits. Ces forfaits sont validés et déclenchés au plus tard 3 mois après le début de chaque phase.

| | | |
|--|--------|--|
| PHASE 1: Pré-inclusion | 3 mois | |
| • 2 consultations médicales (30 min) • Participation à la RCP n°1 | | |
| PHASE 2 : Intensive n°1 | 4 mois | |
| • 1 consultation médicale tous les mois (30 min) • Participation à la RCP n°2 | | |
| PHASE 3 : Accompagnement n°1 | 8 mois | |
| • 2 consultations médicales (30 min) • Participation à la RCP n°3 | | |
| PHASE 4 : Intensive n°2 | 4 mois | |
| • 1 consultation médicale tous les mois (30 min) | | |
| PHASE 5 : Accompagnement n°2 | 5 mois | |
| • 1 consultation médicale (30 min) | | |
| | 2 ans | |

* = sur décision du coordinateur du CHU d'Angers

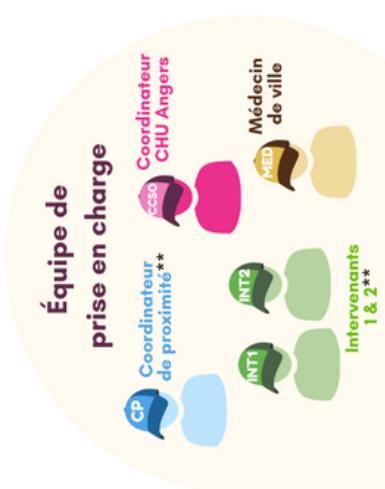
Le médecin de ville

Parcours OBEPE DIA sur 2 ans Missions du médecin de ville



OBEPEDIA

*RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle
** Le CP et les INT peuvent être : infirmiers, diététiciens, psychologues, enseignants en activité physique adaptée, technicien de l'intervention social et familial...





OBEPEDIA

*Parcours expérimental de prise en charge
des enfants ou adolescents souffrant
d'obésité sévère et/ou complexe*



Fiches recommandations dans le cadre de l'expérimentation nationale article 51 OBEPEDIA



- Démarche d'éducation thérapeutique du patient
- Démarche de l'entretien motivationnel
- Démarche d'éducation nutritionnelle
- Accompagnement activité physique
- Accompagnement diététique
- Accompagnement psychologique
- Accompagnement sociale et/ou éducatif

OBEPEDIA Pays de la Loire, novembre 2021

La démarche de l'éducation thérapeutique du patient



BUT : Former le patient et sa famille pour leur permettre d'acquérir des compétences permettant de mieux gérer la maladie au quotidien, d'éviter les complications et de mieux collaborer avec les soignants. L'objectif étant de l'aider à trouver un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de ses facteurs de risque.

“ —

4 MOTS CLÉS EN ETP

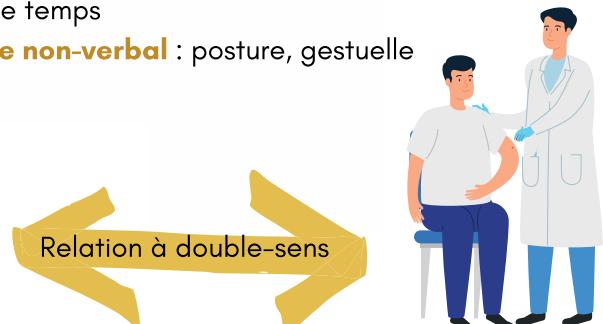
- **Écoute active**
- **Renforcement positif**
- **Reformulation**
 - Si je te comprends bien...
 - Ainsi, selon toi...
 - Tu veux dire que...
 - En d'autres termes...
 - Donc, à ton avis...
- **Questions ouvertes**
 - En quoi ? Comment ? Pourquoi ? Combien ?
 - Qu'est-ce-que ?



”

FACTEURS FAVORISANT LA RENCONTRE ÉDUCATIVE

- **L'accueil** : informer le patient du pourquoi de l'entretien
- **Le cadre** : calme, espace
- **L'attention** : implication totale du soignant
- **Le temps consacré** : disposer de suffisamment de temps
- **Le non-verbal** : posture, gestuelle



COMPOSANTES DU DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

- **Qu'est-ce qu'il a ?** Quel est son problème de santé, évolution, niveau de gravité, traitements actuels
- **Qu'est-ce qu'il sait ?** Connaissances, compétences, représentations et croyances concernant sa maladie et ses traitements
- **Comment vit-il son problème de santé ?** Niveau d'adaptation, retentissement sur la qualité de vie
- **Qui est-il, que fait-il ?** Parents, école, loisir, vie sociale...
- **Quels sont ses projets** et autres sources de motivation ? Leviers ?
- **Les ressources** et les obstacles éventuels ?

— “ —
“ Une des clés de la réussite de l'ETP est de savoir développer et maintenir la motivation du patient. » (J Iguenane)
— ” —

ET POUR NE RIEN OUBLIER

- AR : Qu'est-ce qu'il vous **Arrive** ?
- D : Quelle est votre **Demande** ?
- E : Que ressentez-vous ? (**Émotions**)
- D : Quelle est votre principale **Difficulté** ?
- A : Qu'est-ce qui pourrait vous **Aider** ?



« **Pas de jugement ni de moralisation : l'attitude est empathique** »



Source image :
<http://www.moninterieurfengshui.com/sympathie-compassion-empathie.html>

La démarche de l'entretien motivationnel



L'entretien motivationnel, c'est « une façon d'être pour et avec eux, une approche pour faciliter la communication qui fait émerger un changement naturel », Miller et Rollnick (2002)

“

Le concept de l'entretien motivationnel : ACE

- **Autonomie**
- **Collaboration**
- **Évocation de raisons ou de difficultés à changer**, faire émerger des ressources pour le changement plutôt que de donner des conseils qui n'ont pas été sollicités. (réflexe correcteur)

— “

On peut obliger à un changement provisoire à l'aide de récompenses ou de punitions, mais un changement durable requiert un processus interne. (Sylvie Naar-King et Mariann Suarez)

” —



TECHNIQUES DE COMMUNICATION

- **Acronyme OUVER :**
 - **O**U : questions ouvertes
 - **V** : valorisation
 - **E** : Écoute active, réfléctrice
 - **R** : Résumés
- **Pointez les divergences** entre les valeurs, objectifs souhaités et le comportement actuel
- **Laisser tomber les points de résistance**, privilégier d'autres objectifs.



OUTILS

- **Balance décisionnelle** (à remplir dans l'ordre 1,2,3,4)
- Renforcer le **Sentiment d'Efficacité Personnel**
- Rechercher une **Auto-détermination** chez la personne
- **Le Plan de changement :**
 - Projeter le changement avec la personne
 - Objectifs **SMART**
 - **S**imple
 - **M**esurable
 - **A**tteignable
 - **R**éaliste
 - **T**emps précis
- **L'échelle de motivation** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

STADES DE CHANGEMENT DU COMPORTEMENT

J.O. Prochaska, C. DiClemente 1982



Balance décisionnelle

Je change de comportement : éléments positifs

Qu'est-ce que j'ai à gagner ?

4

Je réagit et change de comportement

Qu'est-ce qui est dur à changer ?

2

Je continue dans mon comportement actuel

Quels sont les risques ?

1

Je continue dans mon comportement actuel

Quels sont mes plaisirs actuels ?

3

Objectifs :

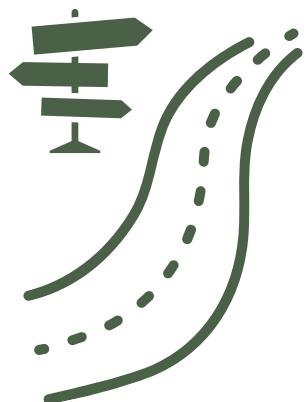
Mener une démarche d'éducation nutritionnelle

“ —

GRANDS PRINCIPES A RESPECTER

- Avoir une **vision positive de la santé** : la santé est présentée comme une ressource pour agir et non pas comme l'absence de maladie. Ne pas susciter de sentiments négatifs tels que la culpabilité, la stigmatisation, l'anxiété, les sentiments d'anormalité ou d'incapacité, au contraire valoriser les efforts consentis.
- Adopter une **approche globale, centrée sur le patient** : prendre en compte tous les déterminants des comportements alimentaires (sociaux, économiques, culturels), contribuer à rendre le patient acteur de sa santé en lui apportant les ressources lui permettant de mener à bien son cheminement, ne pas cloisonner les différents aspects de la santé du patient (dimension affective, sociale, culturelle, etc...), respecter l'équilibre individuel du patient.
- Présenter les recommandations comme le point de vue des experts de santé publique : se positionner comme **médiateur entre les connaissances scientifiques et les savoirs du patient**.

— ”



DÉMARCHE À SUIVRE

Commencer par **faire le point** :

- Explorer **l'environnement**, le **contexte familial**, les **habitudes** et **préférences** du patient
- Faire le point sur les **habitudes alimentaires** du patient (rapport à l'alimentation, estimation quantitative/qualitative de l'alimentation)
- Faire le point sur **l'activité physique quotidienne** du patient (rapport à l'activité physique, niveau d'activité physique) et la sédentarité (temps passé devant les écrans)
- Explorer la **représentation** qu'a le patient de son corps, de son poids
- Chez les enfants faire le tracé de la **courbe de corpulence** régulièrement

Informier le patient : sur la nutrition en général (alimentation et activité physique)

Accompagner le patient dans son changement d'habitude :

- Sensibiliser : informer des bénéfices et expliquer les **grands principes d'une alimentation et d'une activité physique adaptée**. Attention, expliquer ne suffit pas, prendre en compte l'influence de l'entourage, de l'environnement, des habitudes culturelles...
- Définir les **recommandations en fonction des goûts du patient**, ne pas recourir à une liste d'ingrédients interdits mais privilégier des recommandations positives
- Fixer des **objectifs simples et atteignables** et évaluer avec le patient sa confiance en lui et ses chances de réussir
- Faire le point régulièrement sur les **difficultés rencontrées**, valoriser les résultats obtenus et les démarches entreprises

Source : PNNS. Mener une démarche d'éducation nutritionnelle.

<http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/alimentation-19/mener-une-demarche-d-education-pour-la-sante/mener-une-demarche-d-education-nutritionnelle.html>

Accompagnement activité physique

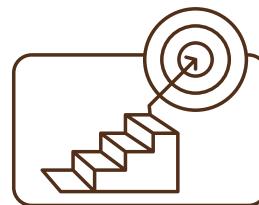
L'accompagnement autour de l'activité physique est nécessaire mais pas suffisant à lui seul, il doit s'intégrer à la prise en charge globale de la famille



BUT : Accompagner l'enfant ou l'adolescent et son entourage vers une pratique d'activité physique (AP) régulière en vue d'un changement durable de comportement



MOYENS



OBJECTIFS

Explorer avec l'enfant ou l'adolescent et ses parents :

- Leurs **représentations sur l'AP, le sport et les écrans**
- Leurs **connaissances sur l'intérêt de l'AP pour la santé**
- Son **ressenti** (physique et psychique) lors de la pratique d'AP
- **L'importance** qu'il accorde à ses **différents loisirs**, dont l'AP
- Les **aspects environnementaux** (environnement social et accès aux infrastructures)
- Les **aspects quantitatifs** : activité sportive structurée, AP quotidienne et de loisir, loisirs sédentaires

Demander à l'enfant de **s'autoévaluer** puis lui demander quel serait, selon lui, le **temps idéal d'AP** qu'il devrait pratiquer

Il est recommandé que les objectifs soient **retenus en accord avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille** en tenant compte de leurs **habitudes de vie**, de leurs **moyens** et de leurs **envies**.

Les objectifs peuvent porter sur :

- La **sédentarité** : temps passé devant les écrans, loisirs sédentaires, etc...
- L'**adaptation d'une AP** : intensité, durée, choix des exercices, etc...
- L'**AP au quotidien** : transport actif pour aller à l'école, loisir en extérieur, etc...
- Les **perceptions liées à l'AP** : plaisir, ressenti, etc...
- L'**implication de tout l'entourage**
- L'**orientation vers un club sportif**
- La participation aux **cours d'éducation physique et sportive (EPS) à l'école**



PRÉCAUTIONS

Être attentif aux **facteurs sous-tendant l'augmentation de la sédentarité** chez les enfants ou adolescents :

- Le **sentiment de déplaisir** induit par la pratique : mésestime de ses capacités, déconditionnement physique, moqueries, expériences passées négatives, etc...
- L'**influence de l'environnement familial** : parents inactifs, manque de cadre sur le temps passé devant les écrans, mode de transport, etc...

Faire le lien avec les clubs et associations sportives ayant la possibilité d'adapter la pratique (prendre contact si possible avec l'éducateur au préalable)

Sensibiliser les parents et l'entourage sur leur rôle dans la motivation de l'enfant ou de l'adolescent à faire de l'AP

Prendre contact avec le **professeur d'EPS** à l'école si besoin

Accompagnement diététique

L'approche diététique est nécessaire mais pas suffisant à lui seul, il doit s'intégrer à la prise en charge globale de la famille



BUT : Obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage

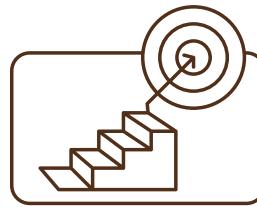


MOYENS

Se référer aux **repères nutritionnels du PNNS** pour l'enfant et l'adolescent afin de **ne pas multiplier les messages contradictoires** entre les différents intervenants et garantir une **cohérence de prise en charge**.

Les **régimes à visée amaigrissante**, quelle qu'en soit la nature (hypocalorique ou hyperprotidique, etc.) **sont déconseillés** car ils sont nocifs et inefficaces à long terme.

Il est recommandé de **n'interdire aucun aliment**, ces interdictions peuvent induire ou renforcer un phénomène de restriction cognitive chez l'enfant ou l'adolescent.



OBJECTIFS

Il est recommandé que les objectifs soient **retenus en accord avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille** en tenant compte de leurs **goûts** et des **représentations familiales de l'alimentation**, liées au **contexte social et culturel**.

Les objectifs peuvent porter sur :

- Le **choix des aliments** : qualité, quantité
- Les **prises alimentaires** (repas, collations, grignotage) : rythme et répartition dans la journée, nombre, durée
- Les **perceptions liées à l'alimentation** : faim, satiété, envie, plaisir



PRÉCAUTIONS

Soutenir et renforcer les parents dans leur rôle éducatif : éviter les aliments récompense/réconfort ; savoir dire « non » ; adopter un style éducatif cadrant : ni trop permissif, ni trop autoritaire, ni négligent.

S'assurer que le comportement des parents, du reste de la famille (grands-parents, fratrie) et des autres personnes responsables de l'enfant est **cohérent avec les objectifs** de la prise en charge (achats, contenu des placards et réfrigérateur, quantités préparées, etc.).

Préserver l'enfant de toute forme de stigmatisation et s'assurer de l'harmonisation effective des pratiques dans l'entourage. L'enfant ou l'adolescent ne doit pas se trouver mis à l'écart (menu différent, contrainte à manger plus de fruits et légumes, etc.). Si l'harmonisation au sein de la famille n'est pas effective, l'enfant ou l'adolescent pourra se trouver dans une situation difficile. Le rôle de soutien du soignant sera alors essentiel.

Accompagnement psychologique

L'approche psychologique est nécessaire mais pas suffisant à lui seul, il doit s'intégrer à la prise en charge globale de la famille



BUT : Aider l'enfant ou l'adolescent et son entourage à verbaliser leurs émotions et à retrouver un équilibre psychique

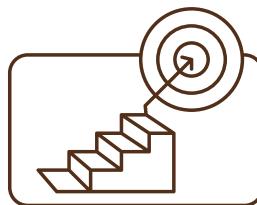


MOYENS

Créer une alliance thérapeutique (écoute active et soutien avec empathie) initiale et tout au long du suivi avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille, incluant notamment le **respect de leurs choix**.

Adopter une posture en matière d'éducation thérapeutique avec des **approches à la fois cognitives et comportementales**.

Évaluer l'état émotionnel de l'enfant ou de l'adolescent et son **environnement familial et social**.



OBJECTIFS

Il est recommandé que les objectifs soient **retenus en accord avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille** en tenant compte de leurs **connaissances**, leurs **représentations**, leurs **croyances** et leur **ressentis**.

Les objectifs peuvent porter sur :

- L'**état émotionnel**
- L'**affirmation de soi**
- L'**estime de soi** et le **vécu corporel**
- La **gestion des émotions**
- La **verbalisation des sentiments**
- Les **troubles du comportement alimentaire**



PRÉCAUTIONS

Rechercher les facteurs psychiques intervenant dans certaines situations telles que :

- Le **grignotage ou les prises alimentaires excessives** : ennui, anxiété, tristesse, colère, solitude, etc...
- La **résistance au traitement** : manque de motivation, ambivalence, facteurs de stress, etc...

Travailler avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille autour des dimensions suivantes :

- L'**évaluation et le renforcement de la motivation**
- La **formulation positive des objectifs**
- Le **soutien et la déculpabilisation**
- Le **renforcement positif**
- Le **renforcement des compétences parentales** et de la **cohérence parentale**

Outil pour travailler sur les compétences psychosociales : CPS Mindful©

<https://afeps.org/outils-cps-mindful-developper-les-competences-psychosociales-de-l-enfant/>

Accompagnement social et/ou éducatif

L'accompagnement social et/ou éducatif est nécessaire mais pas suffisant à lui seul, il doit s'intégrer à la prise en charge globale de la famille



BUT : Accompagner l'enfant ou l'adolescent et son entourage dans une dynamique de changement durable de comportement et d'habitudes de vie.



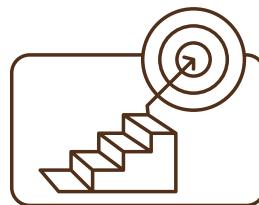
MOYENS

Travailler avec l'ensemble de la famille et de l'entourage sur les problématiques rencontrées.

Accompagner les parents dans leur rôle : soutien et valorisation de leur enfant, mise en place de règles familiales, dialogue avec leur enfant, savoir dire non, faire les courses, etc...

Aider la famille à **utiliser les ressources dont elle dispose** avant d'initier un changement de comportement (moyens financiers, matériel à disposition, etc...).

Orienter la famille vers les professionnels compétents en cas de grande difficulté (précarité, violence, etc...).



OBJECTIFS

Il est recommandé que les objectifs soient **retenus en accord avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille** en tenant compte des **représentations** de la famille, de ses **envies**, de ses **moyens** et du **contexte social et familiale**.

Les objectifs peuvent porter sur :

- Les **règles familiales**, savoir dire non
- Les **courses**
- La **place de chacun** dans la famille
- La **valorisation de l'enfant ou l'adolescent**
- La **recherche de moyens** (financiers, matériels, etc...)



PRÉCAUTIONS

Prendre en compte l'**histoire familiale**.

Écouter et prendre en compte les **considérations de l'ensemble de la famille et de l'entourage** (parents, frères et sœurs, grands-parents, etc...)

Partir des habitudes de vie actuelles : **valoriser ce qui est positif et améliorer progressivement les moins bonnes habitudes** de vie.

Être attentif aux **moyens financiers** de la famille afin d'adapter les conseils.

Être attentif à **l'isolement social** de l'enfant et au **harcèlement scolaire**.

Favoriser le dialogue entre l'enfant ou l'adolescent et son entourage.

Être transparent sur ce qui est dit et ce qui va être entrepris.