



# Les jeunes avec obésité: nouveau trajet de soins

*Dr Hélène Reusens, Mélissa MORETTI et l'équipe CPMO de l'HUDERF HUB*

*Pr. Cécile Brachet - Clinique d'Endocrinologie Pédiatrique*

*HUB HUDERF*

*Université Libre de Bruxelles*

# CONTEXTE BELGE 2018 (SCIENSANO)

PRÉVALENCE CHEZ LES JEUNES (ADULTS)  
(PAS DE DIFFÉRENCE SELON SEXE)

19,0 % SURPOIDS

5,8 % OBÉSITÉ

(49,3 %)

(15,9 %)

## MONDIAL

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

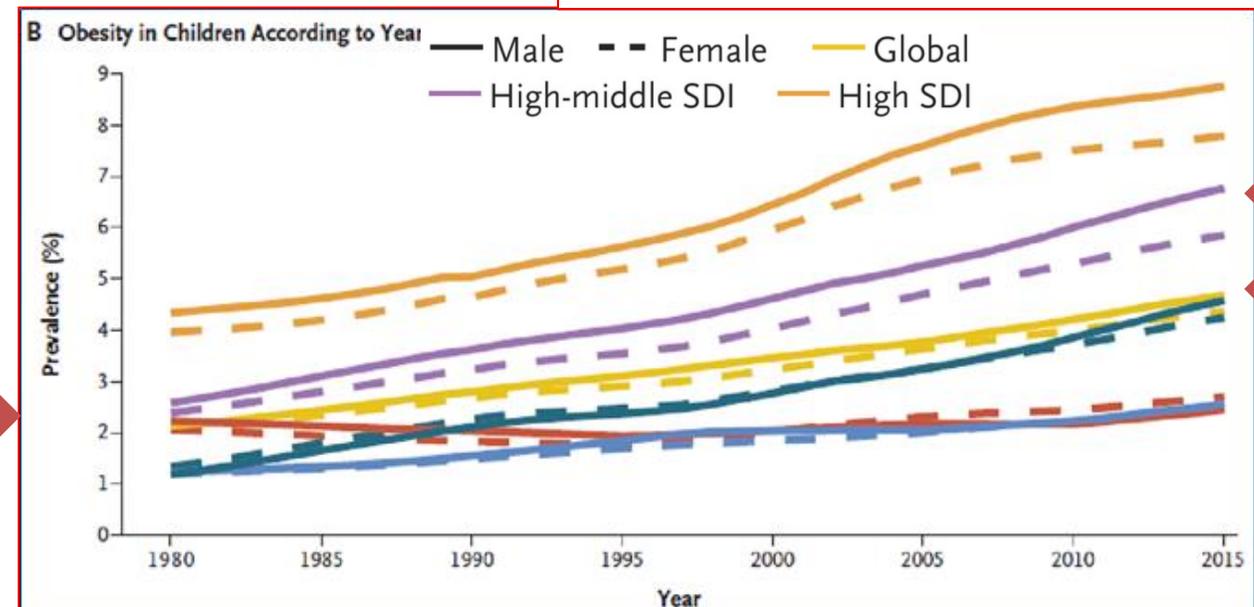
Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years

The GBD 2015 Obesity Collaborators\*

ENFANTS DE 2-4 ANS:

24,4% SURPOIDS

11,7% OBÉSITÉ



N Engl J Med. 2017 Jul 6;377(1):13-27.

Varie selon le **niveau d'instruction du ménage**.

**Ménages les moins instruits: 40,5 % surpoids et 14 % obésité**

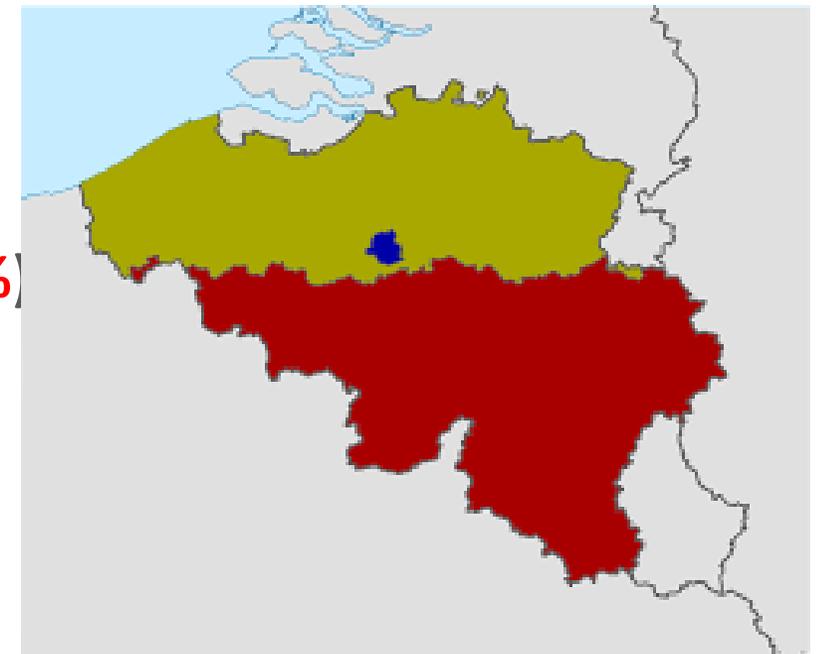
Ménages les plus instruits : 12,9 % surpoids et 2,9 % obésité

Varie selon les **régions**

Flandre (respectivement 16,2 % et 4,6 %)

**Région bruxelloise (respectivement 27,3 % et 10,5 %)**

Wallonie (respectivement 20,7 % et 6,0 %)





# DIAGNOSTIC

## DEFINITION du surpoids et de l'obésité

### 1- POIDS/(TAILLE)<sup>2</sup> ? Indice de masse corporelle (BMI)

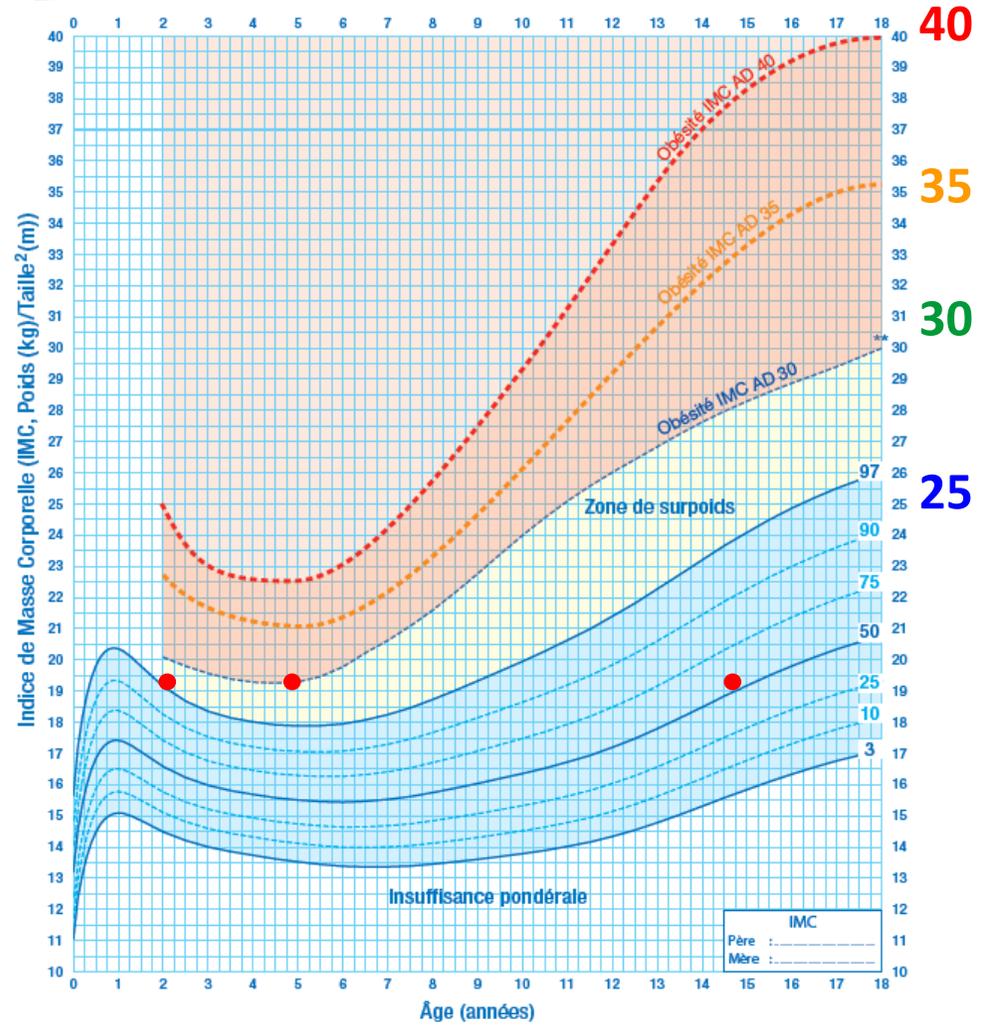
- Chiffres connus chez l'adulte
  - 18,5 - 25 normale
  - > 25 surpoids
  - > 30 obésité modérée
  - > 35 obésité sévère
  - > 40 obésité morbide
- IMC ne signifie rien chez l'enfant et l'adolescent
- Ni l'apparence physique... !
- Surpoids (incluant l'obésité) : IMC ≥ 97e percentile

### 2- REPPORT SUR COURBE SELON AGE ET LE SEXE



## Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans\*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



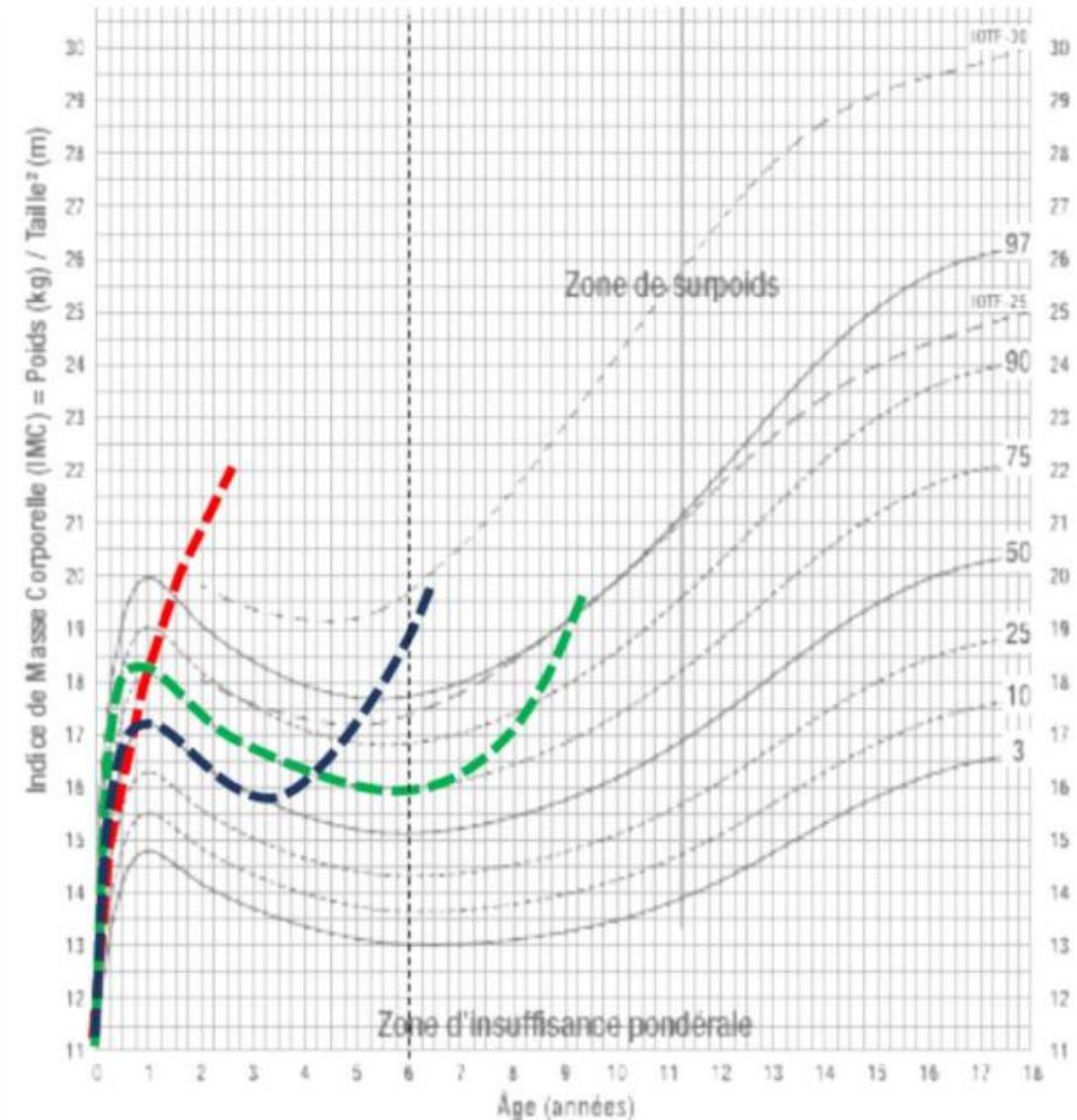
Courbe graduée en percentiles disponible sur [www.sante.fr](http://www.sante.fr) (Ministère → les dossiers → N → Nutrition), établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP); modifiée par l'équipe de l'hôpital Robert-Debré à partir des courbes validées par le PNNS ([www.sante.fr](http://www.sante.fr)) et de la distribution de l'IMC calculée par la méthode LMS (Rolland-Cachera et al, Eur J Clin Nutr 1991).  
 \* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (PI Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21  
 \*\* seul établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6





## SIGNES D'ALERTE SUR LA COURBE

- Ascension continue depuis la naissance
- Rebond d'adiposité précoce
- Changement rapide de couloir vers le haut





## TOUR DE TAILLE / TAILLE

- **Simple message: le tour de taille doit être moins que la moitié de ta taille.**
  - > correspond au graisse abdominale
  - > prédicteur de syndrome métabolique - hypertension artériel

$$TT / T < 0.5$$

Source : McCarthy, Ashwell.  
International Journal of Obesity.  
2006, 30 988-992.

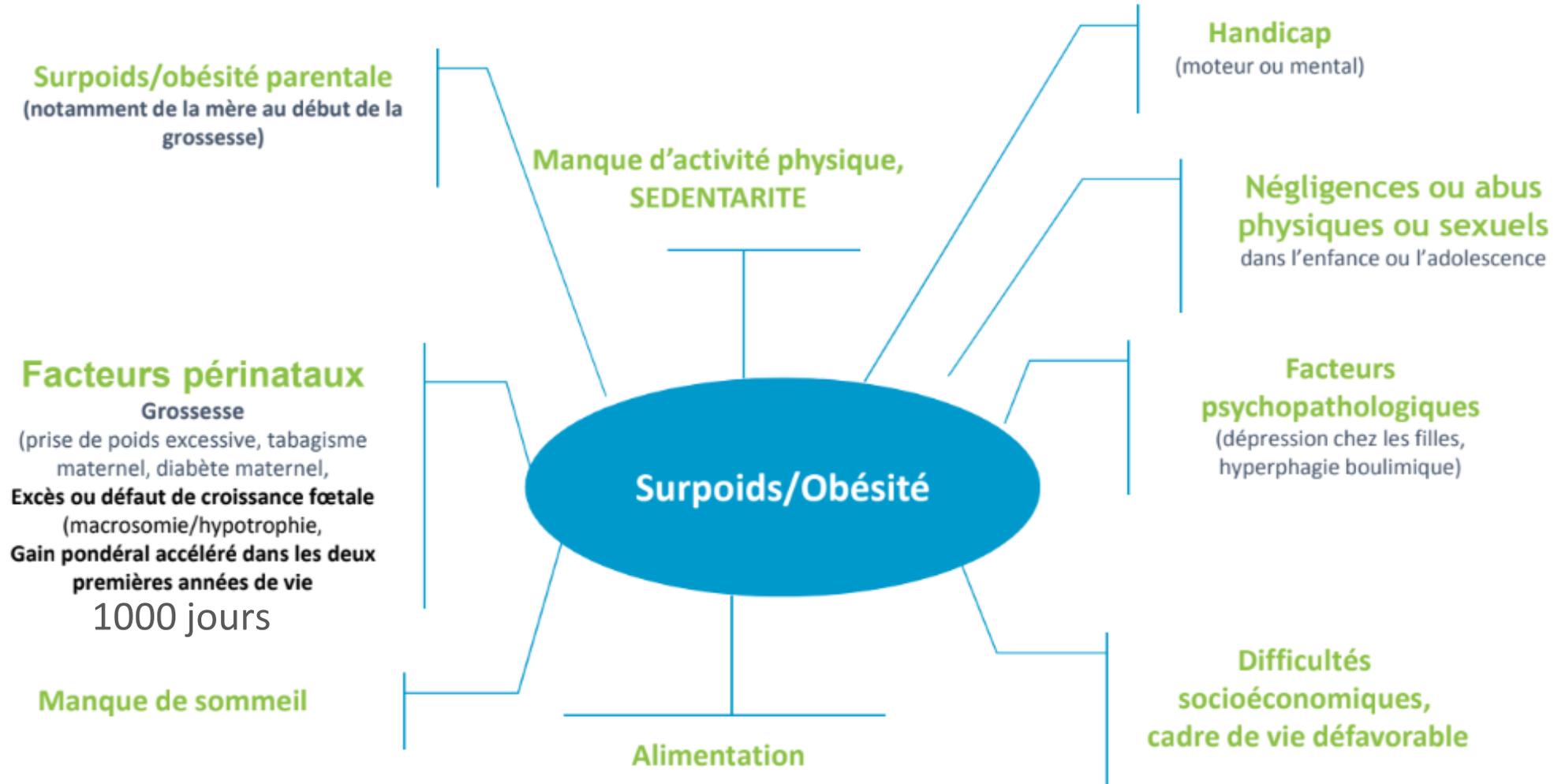
## Definition SURPOIDS INAMI

IMC égal ou supérieur à la valeur correspondant à un IMC de 25 chez un patient de 18 ans

Âge de l'enfant	Valeur seuil (exprimée en IMC*)	
	Garçons	Filles
6 ans	17,52	17,33
7 ans	17,88	17,69
8 ans	18,41	18,28
9 ans	19,07	18,99
10 ans	19,80	19,78
11 ans	20,51	20,66
12 ans	21,20	21,59
13 ans	21,89	22,49
14 ans	22,60	23,27
15 ans	23,28	23,89
16 ans	23,89	24,34
17 ans	24,46	24,70

# LES CAUSES DE L'OBÉSITÉ

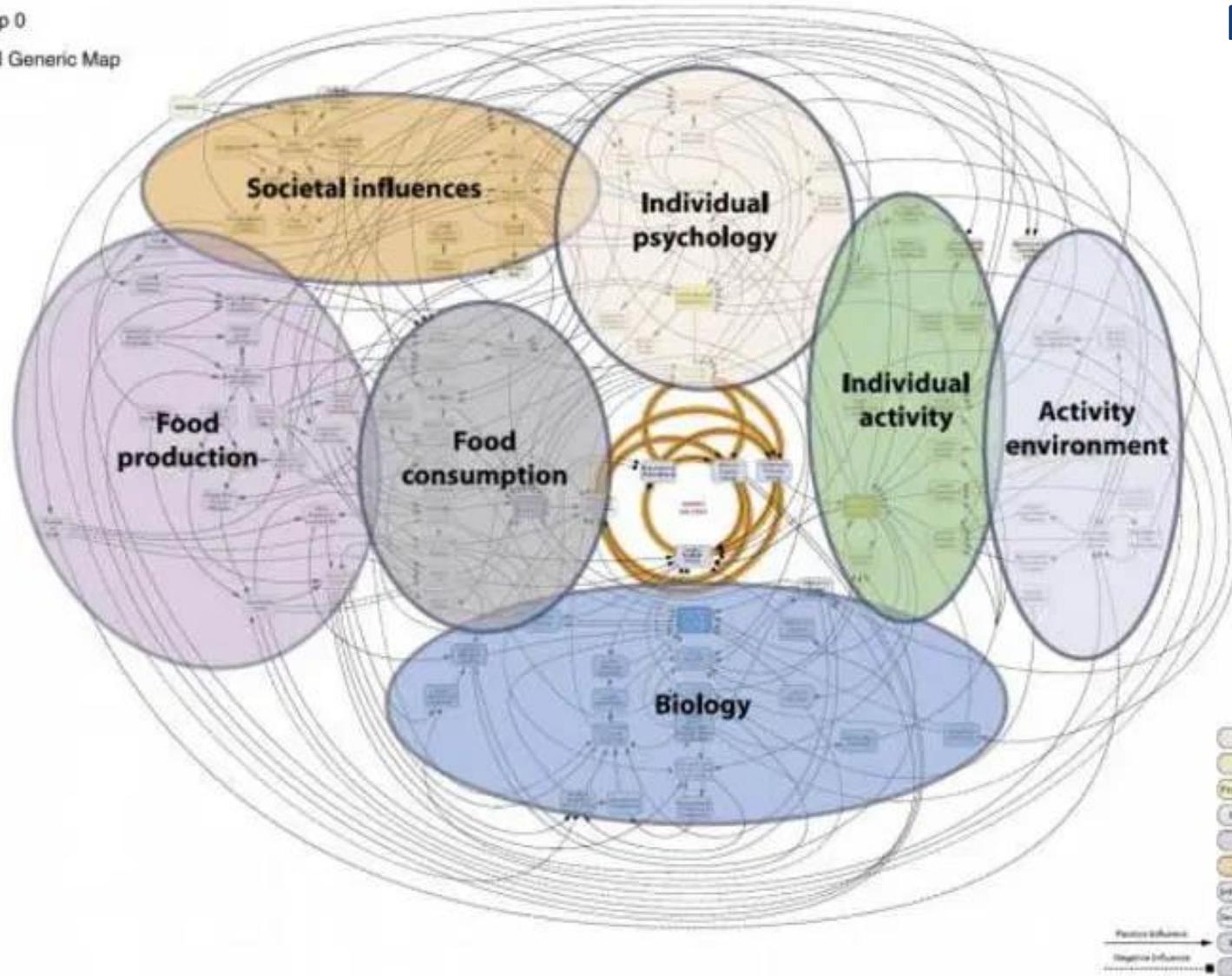
## Facteurs associés et facteurs étiologiques



Source :  
Recommandations  
HAS 2011

# LES CAUSES DE L'OBÉSITÉ

Map 0  
Full Generic Map

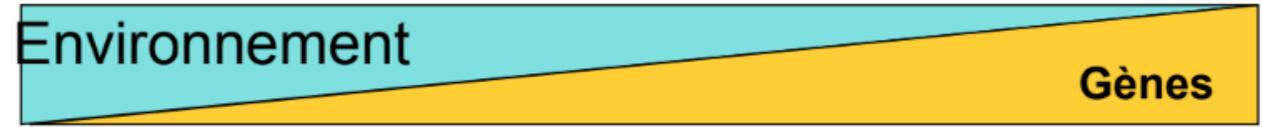


## MULTIFACTORIEL

- Media
- Social
- Psychological
- Economic
- Food
- Activity
- Infrastructure
- Developmental
- Biological
- Medical

Source : Obesity System Map,  
GOV.UK

## Obésités polygéniques/monogéniques



composante génétique = 40-50% de la variabilité du statut pondéral

### Polygénique

- Nombreux gènes
- **Effets faibles** (25-30% de la variance IMC)
- Interactions gènes-gènes/ gènes-environnement

### Formes monogéniques

- à pénétrance variable
- > MC4R

### Monogéniques

> LEP/LEPR/POMC/PC1

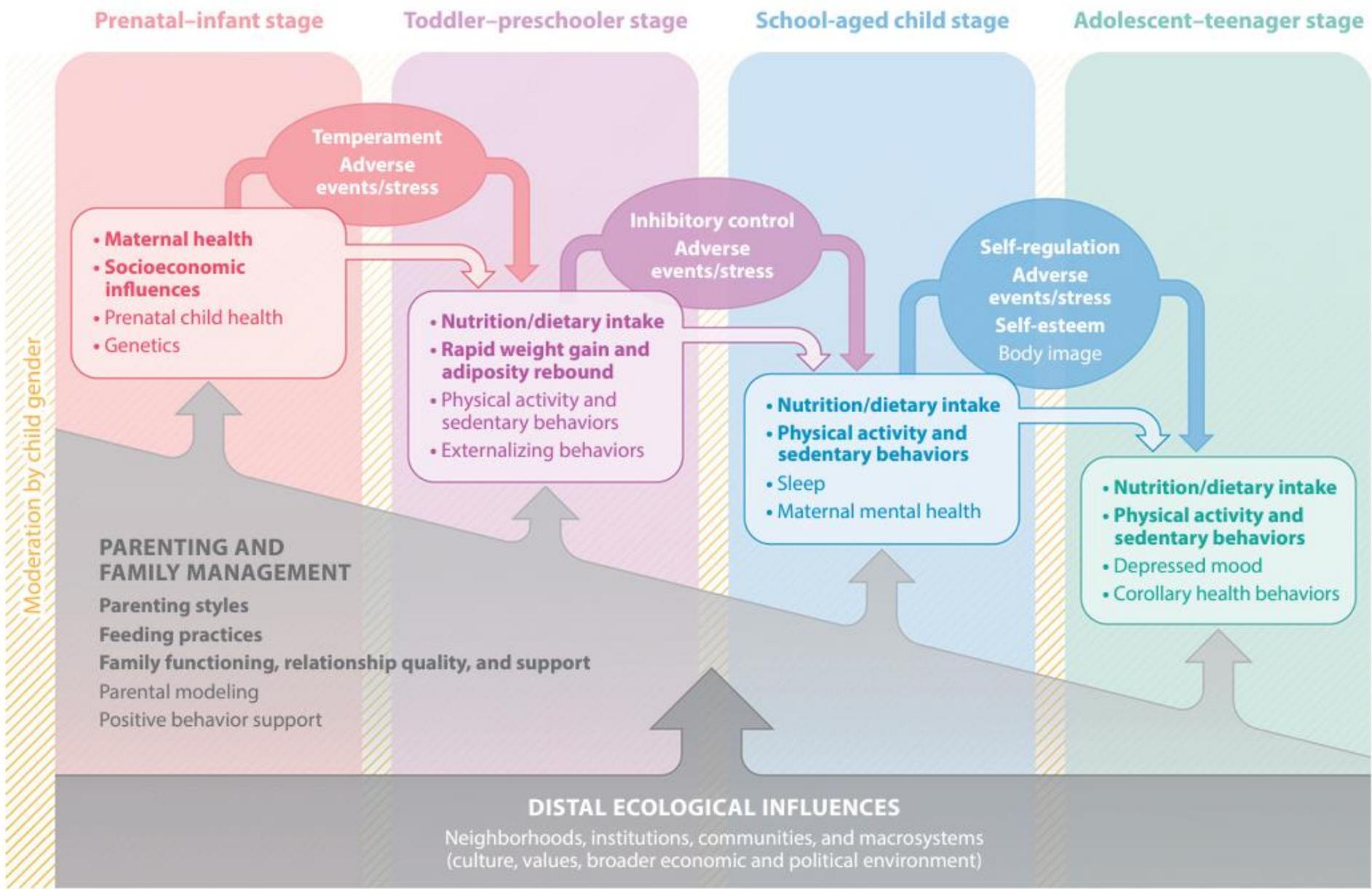
**Syndromiques:** multi- ou monogéniques

> 79 syndromes (43 sans nom)[ob rev 2017]

> Mono: PWS, BBS...

- **Diagnostic génétique : formes syndromiques et non syndromiques sévères (rapide) et/ou précoces**
- SIGNES:
  - **NÉONATAUX** (hypotonie/dysmorphie, troubles succion)
  - **NEUROLOGIQUES** (Retard de développement, Troubles d'apprentissage, Signes neurologiques, Troubles du comportement, Troubles sensoriels)

# Modèle du développement en cascade de l'obésité infantile



Smith Annual Review  
Clin Psychol 2020



## DÉPISTAGE du surpoids de l'ENFANT :

- HAS recommande que chaque enfant soit pesé + mesuré + mis sur les 3 courbes (p, t, tt): 2 à 3 x par an, peu importe le motif de la consultation
- Se baser sur des signes visuels est insuffisant – surtout chez les jeunes enfants, l'IMC a tendance à être sous évalué
- Le dépistage systématique et précoce > ne pas arriver au stade d'obésité

# CONSÉQUENCES DE L'OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE

H.U.B

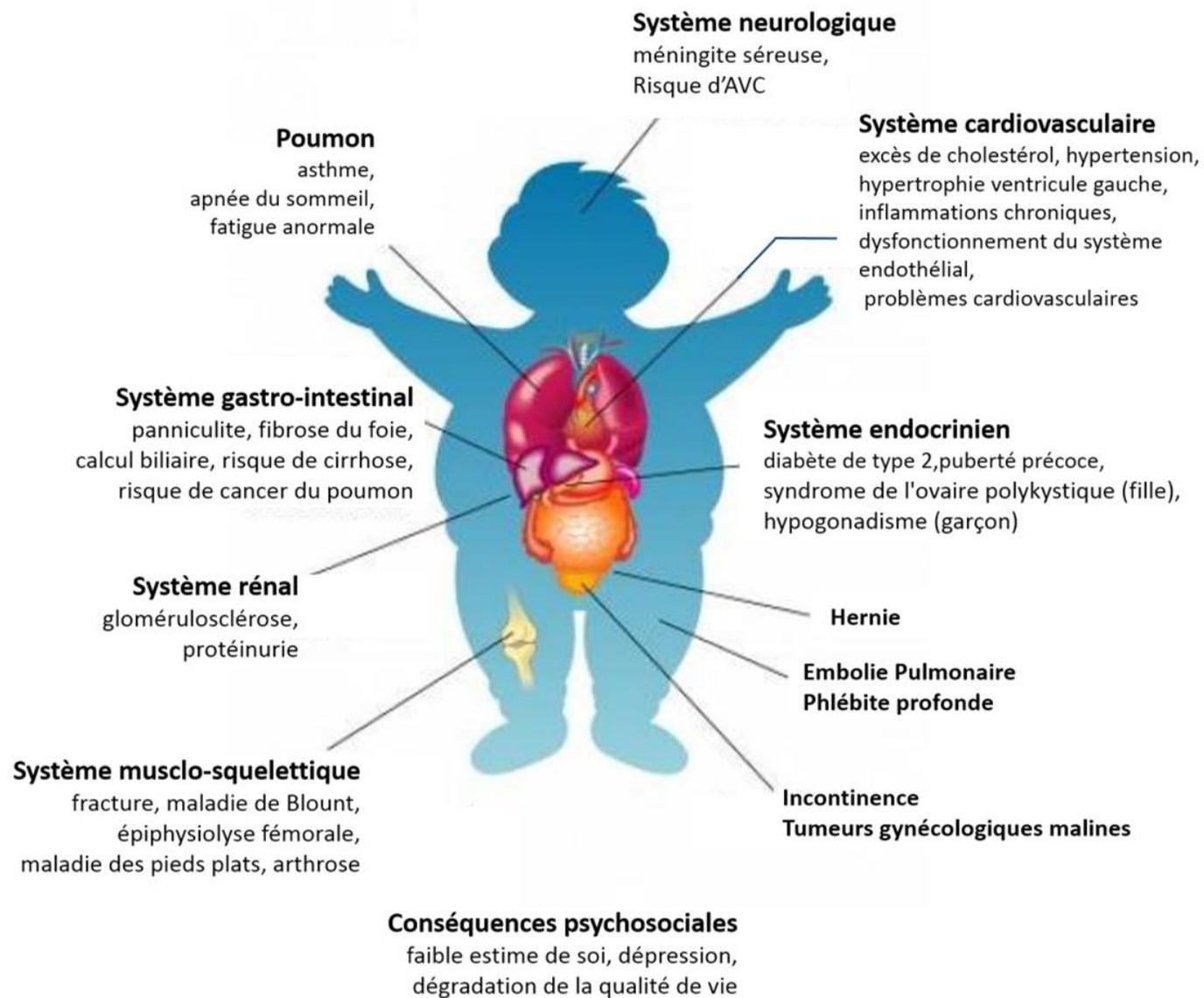
HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
DE BRUXELLES  
ACADEMISCH ZIEKENHUIS  
BRUSSEL

INSTITUT  
JULES BORDET  
INSTITUUT

Hôpital  
Erasmé

ULB

Hôpital Universitaire  
des Enfants Reine Fabiola  
Ziekenhuis voor Kinderziekten  
Kinderziekenhuis



# LES CONSÉQUENCES DE L'OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE

Complications of Childhood Obesity.	
Psychosocial	Poor self-esteem Anxiety Depression Eating disorders Social isolation Lower educational attainment
Neurologic	Pseudotumor cerebri
Endocrine	Insulin resistance Type 2 diabetes Precocious puberty Polycystic ovaries (girls) Hypogonadism (boys)

Cardiovascular	Dyslipidemia Hypertension Coagulopathy Chronic inflammation Endothelial dysfunction
Pulmonary	Sleep apnea Asthma Exercise intolerance
Gastrointestinal	Gastroesophageal reflux Steatohepatitis Gallstones Constipation
Renal	Glomerulosclerosis
Musculoskeletal	Slipped capital femoral epiphysis Blount's disease* Forearm fracture Back pain Flat feet

\* Blount's disease is a growth disorder of the tibia that causes the lower leg to angle inward (tibia vara).

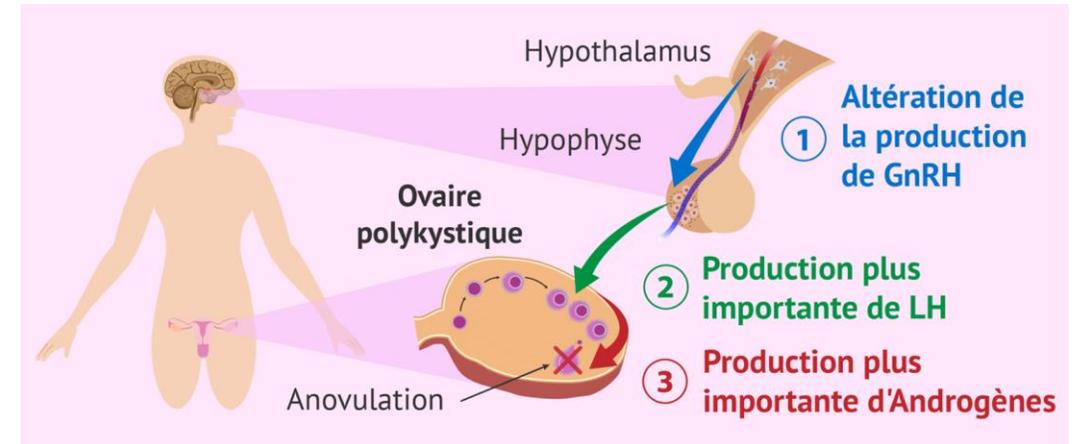
## MORPHOLOGIQUES ET PSYCHOSOCIAL

- Gynécomastie, adipomastie
- Vergetures, hirsutisme, acanthosis nigricans
- Micropenis, verge enfouie
- Stigmatisation
- Isolement
- Dévalorisation dans le monde scolaire
- Troubles anxieux et dépressifs
- Troubles de comportement alimentaire



## ENDOCRINIEN

- Résistance à l'insuline / diabète type 2
- Plus de pubertés avancées
- Hypogonadism > garçon
- Syndrome des ovaires polykystiques > fille



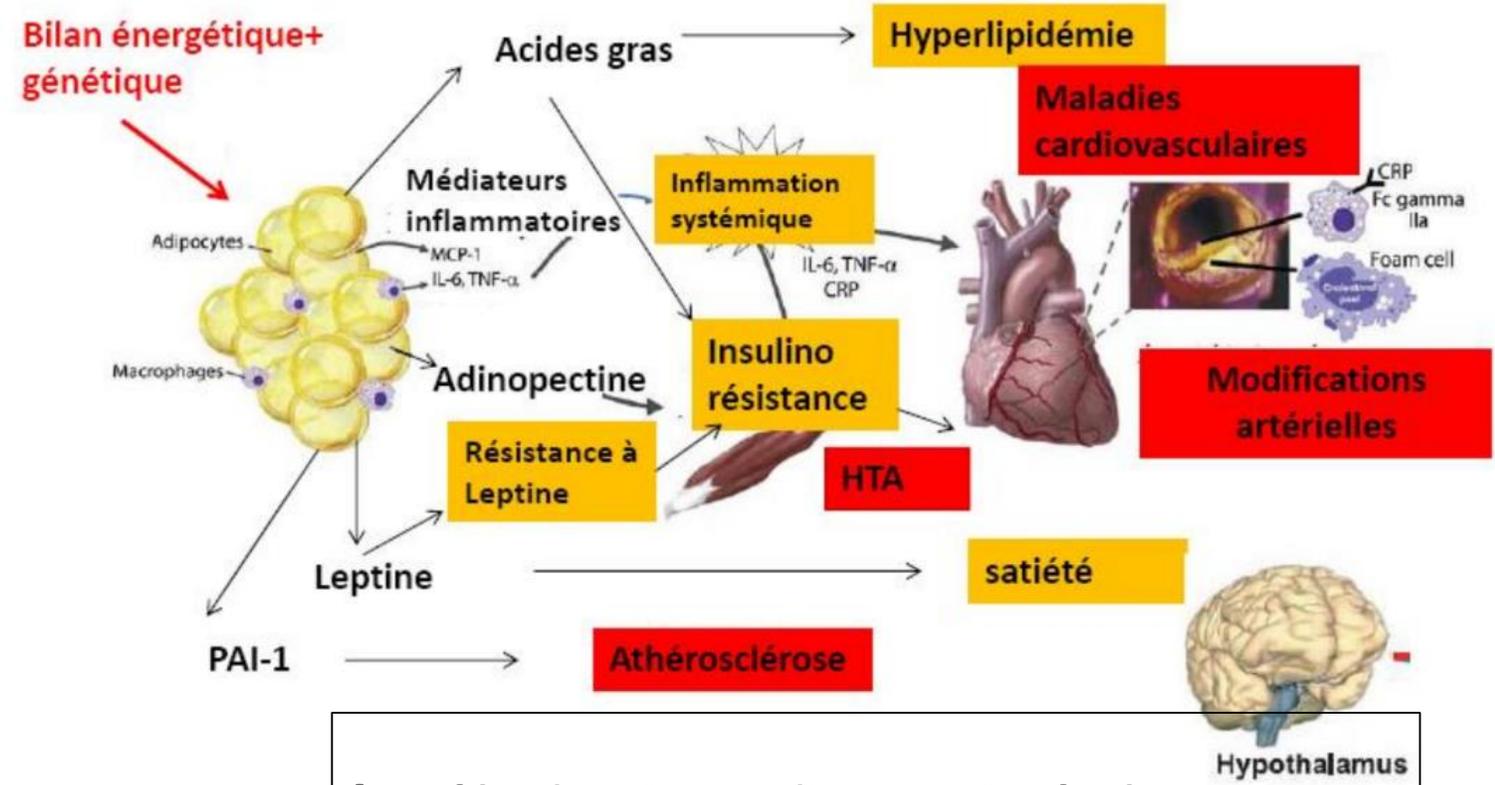
### SOPK:

- Acné
- Hirsutisme
- Règles irrégulier
- Hypofertilité



## CARDIOVASCULAIRE

- Hypertension artériel
- Dysfonction endothéliale
- Hypercholestérolémie



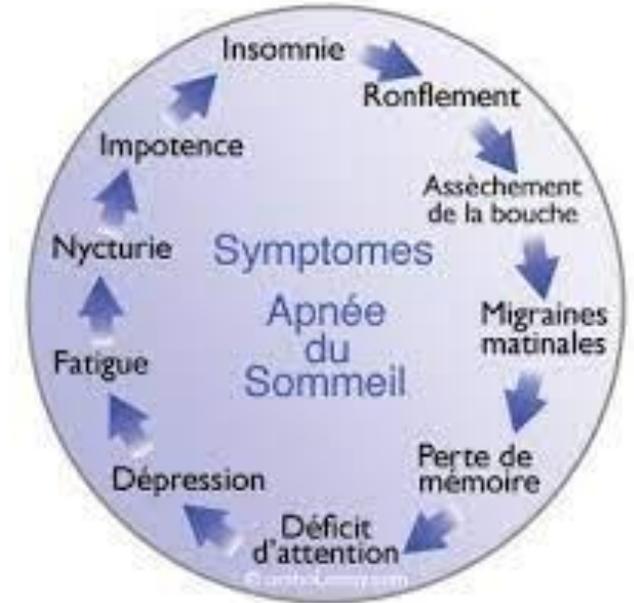
## RENAL

- ORG (Obesity Related Glomerulopathy) glomerulosclerosis

- ### Le rôle du tissu adipeux viscéral:
- l'inflammation
  - désordres métaboliques
  - risque cardiovasculaire

## PULMONAIRE - SOMMEIL

- Syndrome d'apnée de sommeil
  - 2-3% de la population générale
  - 10 a 20% des enfants obèses
  - ⇒ Fréquence augmente avec sévérité de l'obésité
  - Associé à hypoventilation alvéolaire dans 20% des cas
- Asthme
- Dyspnée d'effort



## SOMMEIL

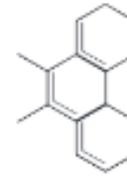
- HORMONES :
  - satiété - insuline
- CERVEAU
- COMPORTEMENT

### MANQUE DE SOMMEIL

### EFFETS SUR LE CERVEAU & LES HORMONES



Cortex frontal ralenti  
Centre de récompense renforcé  
Centre de prise de décision affecté



↑ de ghréline = ↑ d'appétit  
↓ de leptine = ↓ de satiété  
↑ du stockage de gras abdominal  
↓ de sensibilité à l'insuline = stockage des sucres sous forme de gras

Hausse du risque de maladies métaboliques

### INFLUENCE SUR LE COMPORTEMENT



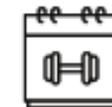
Mauvais **choix alimentaires** (goût accru pour le sucre et le gras)



Hausse de la consommation de **caféine en après-midi**



Baisse de la **motivation**

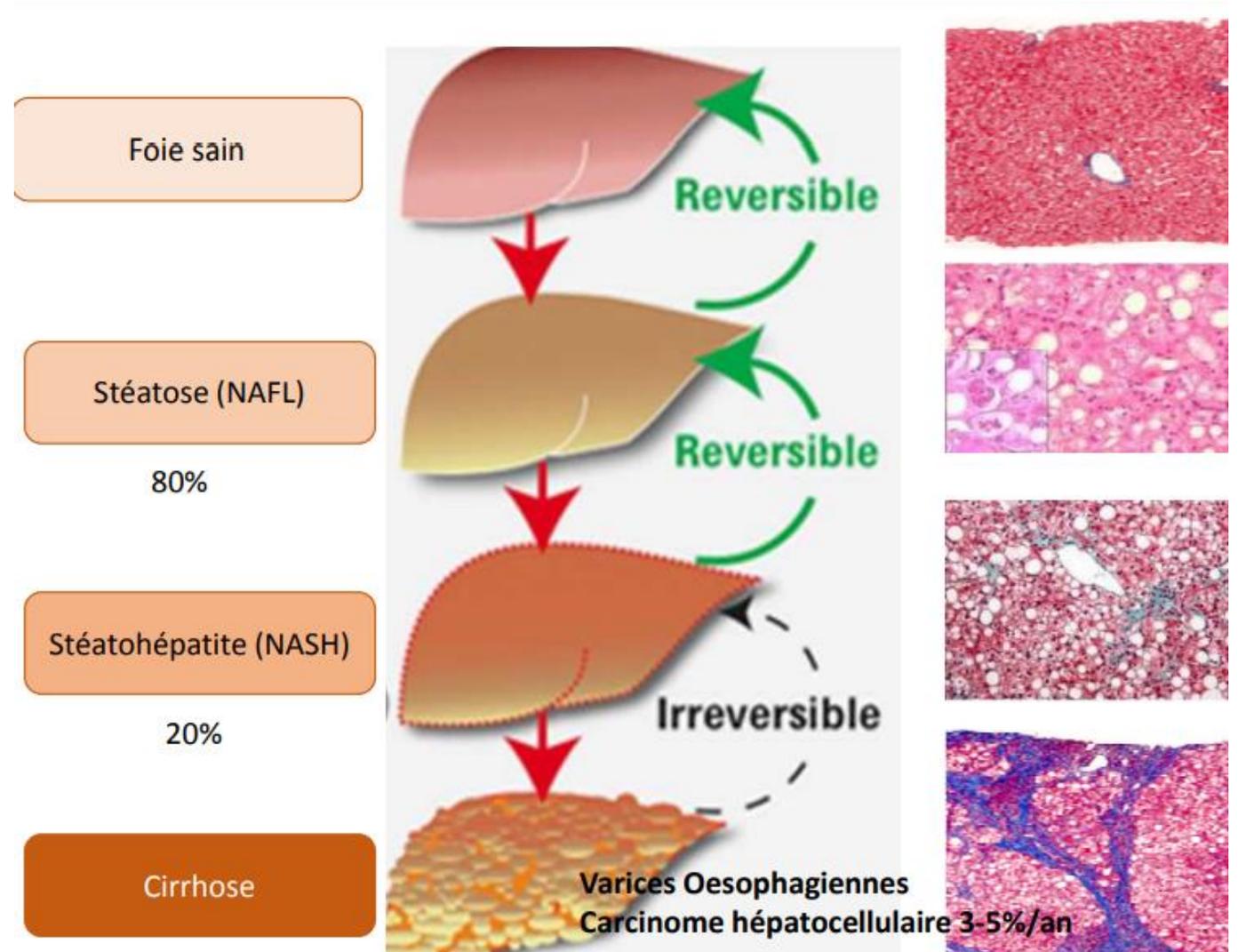
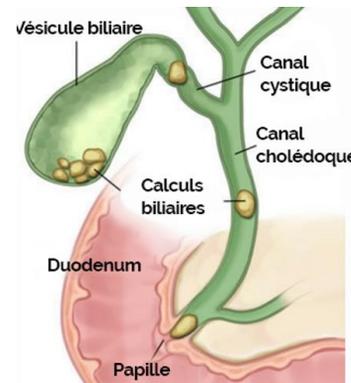


Recherche de confort, donc **diminution de l'entraînement**

### PRISE DE POIDS

## GASTRO-INTESTINAL

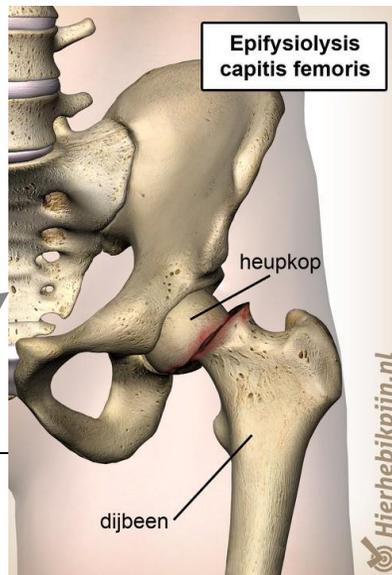
- Fibrose du foie - NASH
- Panniculite
- Calculs biliaires
- Gastro-oesophageal reflux
- Constipation



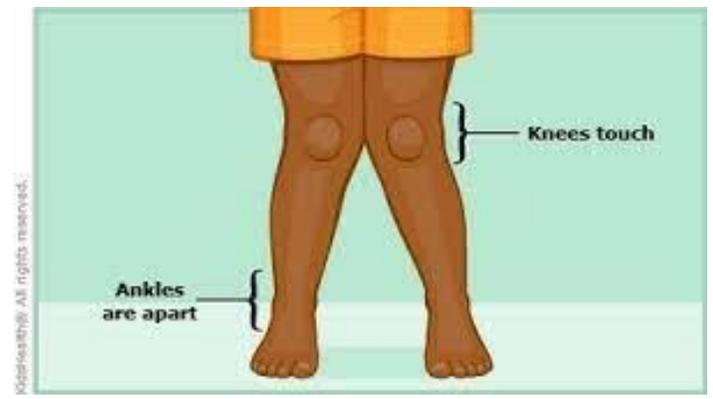
# LES CONSÉQUENCES

## MUSCULOSKELETAL

- Arthrose
- Epiphysiolyse
- Maladie de Blount
- Douleurs : rachis, genou, pied
- Traumatisme :
  - Fréquence
  - Sévérité (bassin, fémur, tibia bilatéral)
  - Persistance des symptômes > 6 mois (entorse de cheville)



## GENU VALGUM



## PIEDS PLATS

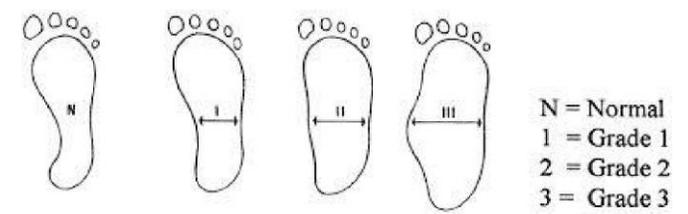


Figure 1: The plantar footprint.

Le dépistage précoce du surpoids et des facteurs de risque

- de l'obésité/surpoids par l'IMC
  - de la précarité alimentaire (600.000 personnes recourent à l'aide alimentaire en Belgique)
  - des déterminants sociaux de la santé
- 
- 82 % des enfants obèses seront obèses à l'âge adulte
- > Disparition des risques si poids normal à l'âge adulte
- 
- L'entretien motivationnel, personne de confiance
- > Permet de garder le lien, garder la motivation, éviter les abandons ...

Depuis le 1er décembre 2023, l'INAMI finance un trajet de soins multidisciplinaire ambulatoire pour les jeunes avec surpoids: accompagnement personnalisé au sein de centres multidisciplinaires pour l'obésité (CPMO).

CE TRAJET DE SOINS **EST LE 2<sup>ÈME</sup> NIVEAU DE SOINS**, IL S'AJOUTE AUX SOINS QUI EXISTENT DÉJÀ :

- **1<sup>ER</sup> NIVEAU DE SOINS** : SUIVI PAR SON MÉDECIN TRAITANT OU PÉDIATRE + *SUIVI DIET. AMBULATOIRE AVEC TRAJET DE SOIN EN MAJORITE REMBOURSE PAR L'INAMI SI 2-18 ans AVEC SURPOIDS (IMC SUR COURBE > IOTF 25 CORRESPONDANT A UN IMC DE 25 A 18 ANS)*  
+ *POSSIBLE DE DEMANDER L'AVIS D'UN CPMO*
- **3<sup>ÈME</sup> NIVEAU DE SOINS** : EN RÉSIDENTIEL DANS LES CENTRES CLAIRS VALLONS ET ZEEPVENTORIUM

## LES CPMO = Centres Pédiatriques de prise en charge Multidisciplinaire de l'Obésité

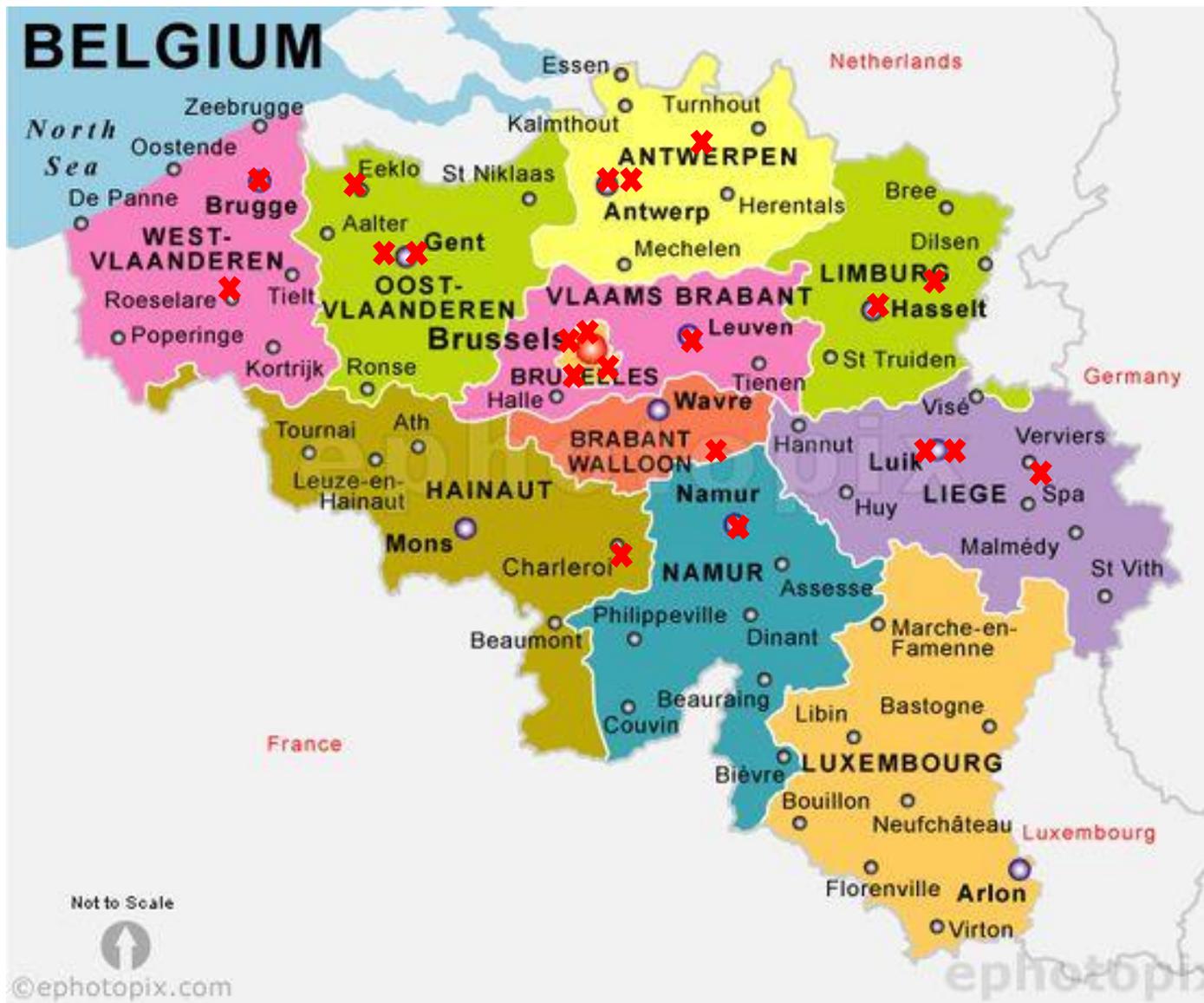
L'obésité étant une maladie complexe et multifactorielle

Le but est d'offrir une prise en charge ambulatoire plus complète afin de donner plus d'outils et de soutien multidisciplinaire aux patients et à leur famille pour sortir de cette obésité, sans que le cout ne soit un frein a la prise en charge

Avec une prise en charge sous plusieurs axes

- Médicale
- Diététique
- Psychologique
- Sportive
- Sociale

# LES CPMO



Pediatrische multidisciplinaire obesitas centra (Obesitas bij Kinderen)  
 Centre pédiatrique multidisciplinaire de prise en charge de l'obésité (Obésité chez les enfants)

ERKENNINGS-NUMMER	PEDIATRISCHE MULTIDISCIPLINAIRE OBESITAS CENTRA	ADRES	POSTCODE	GEMEENTE
NUMERO D'AGREMENT	CENTRE PEDIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE	ADRESSE	CODE POSTAL	COMMUNE
710049-88-195	A.Z. Sint-Jan Brugge	Ruddershove 10	8000	Brugge
710152-82-195	Groupe Santé CHC Liège	Boulevard Patience et Beaujonc 9	4000	Liège
710043-94-195	Clinique St Pierre Ottignies	Av Fabiola 9	1340	Ottignies-Louvain La Neuve
710076-61-195	CHU Saint-Pierre Bruxelles	Rue aux Laines 105	1000	Bruxelles
710300-31-195	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	Drie Elkenstraat 655	2650	Edegem
710713-06-195	AZ Jan Palfijn Ziekenhuis	Watersportlaan 5	9000	Gent
710009-31-195	ZNA Middelheim Antwerpen	Leopoldstraat 26	2000	Antwerpen
710150-84-195	HUB Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola	Av. Jean Joseph Crocq 15	1020	Bruxelles
710017-23-195	AZ Maria Middelaers	Builenring-Sint-Denijs 30	9000	Gent
710707-12-195	Centre Hospitalier Universitaire de Liège – CHU Sart-Tilman	Avenue de l'hôpital 1	4000	Liège
710322-09-195	UZ Leuven	Herestraat 49	3000	Leuven
710143-91-195	UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090	Jette
710371-57-195	Ziekenhuis Oost-Limburg	Synaps Park 1	3600	Genk
710020-20-195	CHR Verviers	Rue du Parc 29	4800	Verviers
710032-08-195	AZ Alma	Ringlaan 15	9900	Eeklo
710536-86-195	AZ Voorkempen en AZ Klina	Oude Liersebaan 4	2390	Malle
710243-88-195	Vzw Jessa Ziekenhuis	Salvatorstraat 20	3500	Hasselt
710166-68-195	CHU UCL Namur - Site de Ste-Elisabeth	Place Louise Godin 15	5000	Namur
710403-25-195	CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	Avenue Hippocrate 10	1200	Bruxelles
710117-20-195	AZ Delta vzw	Deltalaan 1	8800	Roeselare
710718-01-195	Humani - CHU Charleroi-Chimay	Boulevard Zoé Drion 1	6000	Charleroi

Not to Scale  
 ©ephotopix.com

## ➤ POUR QUI ?

### ÂGE:

- LES ENFANTS DE **2-18** ANS

### BMI:

- UN BÉNÉFICIAIRE PEUT ÊTRE INCLUS SI SON IMC EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL AU PERCENTILE QUI CONSTITUE LE SEUIL DE **SURPOIDS** POUR LA POPULATION DE RÉFÉRENCE

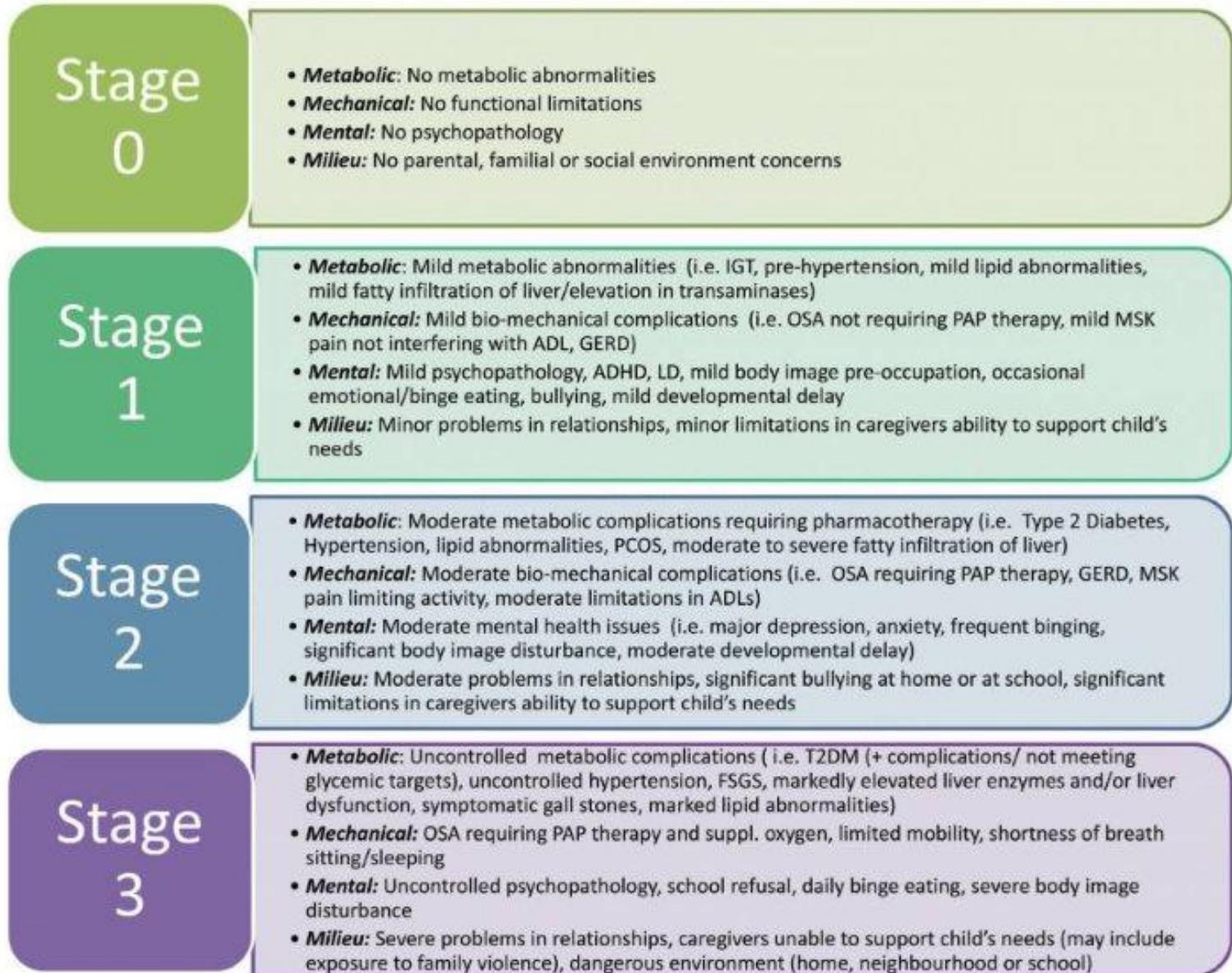
### EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM FOR PEDIATRICS (EOSS-P)

- OUTIL POUR UN DÉPISTAGE DES RÉPERCUSSIONS DE L'OBÉSITÉ ET DES FACTEURS DE PRONOSTICS DÉFAVORABLES SELON DES INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DANS 4 DOMAINES (LES 4 M).
  - *LE BÉNÉFICIAIRE DE STADE EOSS-P 0 ou 1 > PEC EN 1ERE LIGNE*
  - *LE BÉNÉFICIAIRE DE **STADE EOSS-P 2 OU 3** > SUIVI DANS LE CPMO (=2ÈME NIVEAU)*
  - STADE EOSS-P 3 PEUT AUSSI ÊTRE RÉFÉRÉ AU 3ÈME NIVEAU DE SOINS
  - SI ECHEC DE PRISE EN CHARGE, LE PATIENT PEUT ETRE ORITENTER DANS LE NIVEAU DE SOIN SUPERIEUR
  - SOUTIEN ENTRE LES DIFFERENTS NIVEAUX DE SOIN AVEC DEMANDE D'AVIS 1>2>3

# EDMONTON STAGE

Métabolique  
Mécanique  
Mental  
Milieu

EOSS-P: Edmonton Obesity Staging System – Pediatrics Staging Tool

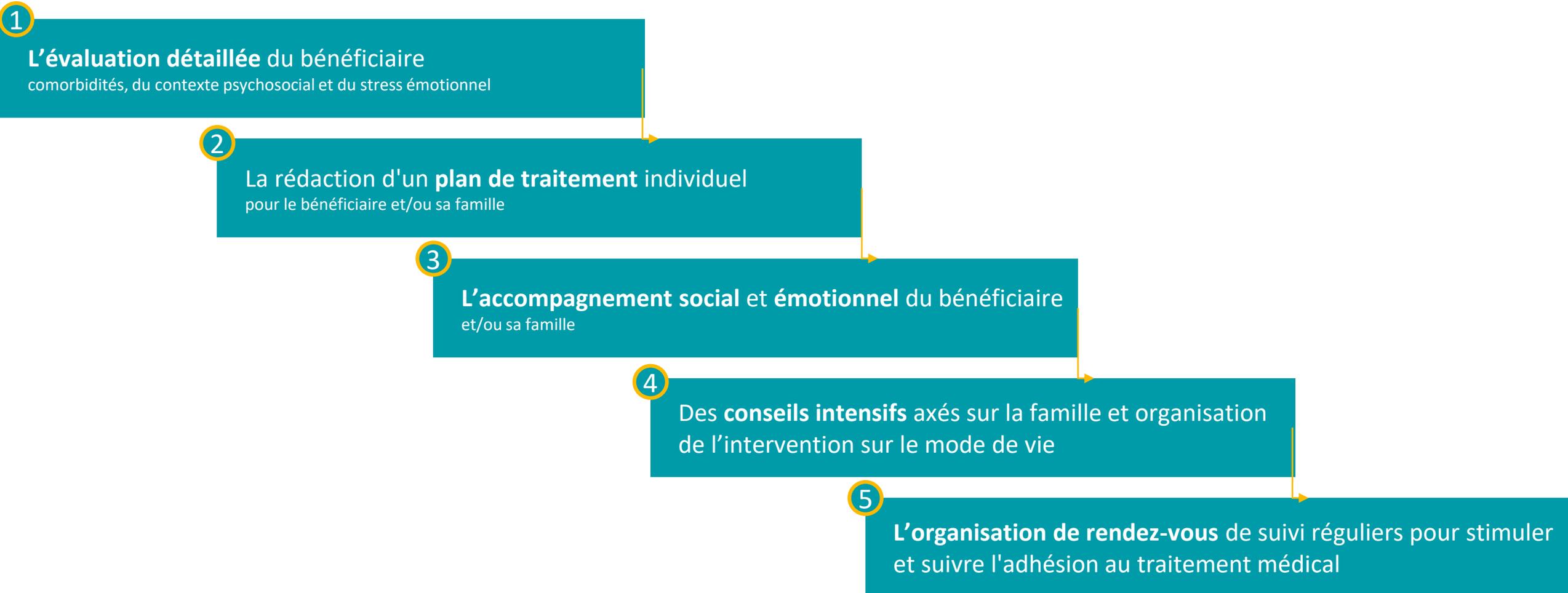


Risk factor	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3
<b>Metabolic</b>	No metabolic abnormalities	Acanthosis nigricans	T2D without diabetes-related complications	T2D with diabetes-related complications, haemoglobin A1c $\geq 8\%$
		Impaired glucose tolerance (7.8 mmol/L – 11.0 mmol/L)		
		Impaired fasting glucose (6.1 mmol/L – 6.9 mmol/L)		
		Prehypertension	Hypertension	Uncontrolled hypertension on pharmacotherapy
				Focal segmental glomerulosclerosis
		Lipids at upper end of normal range	Lipids modestly elevated	Elevated lipids requiring pharmacotherapy
		LDL-C or non-HDL-C: 3.4 mmol/L – 4.1 mmol/L	LDL-C or non-HDL-C: $>4.2$ mmol/L	
		HDL-C: 0.8 mmol/L – 1.03 mmol/L	HDL-C: $<0.80$ mmol/L	
		TG: 1.5 mmol/L – 4.0 mmol/L	TG: $>4.0$ mmol/L	
		ALT: 1.5–2.0 $\times$ normal	ALT: 2–3 $\times$ normal	ALT: $>3\times$ normal
Ultrasound: mild to moderate fatty infiltration of the liver	Ultrasound: severe fatty infiltration of the liver	Liver dysfunction		
	PCOS	Cardiomegaly		

Risk factor	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3
<b>Mechanical</b>	No functional limitations	Mild OSA not requiring BiPAP or CPAP	OSA requiring BiPAP or CPAP	OSA requiring BiPAP or CPAP and supplementary oxygen overnight; pulmonary hypertension
		Mild MSK pain that does not interfere with activities of daily living	MSK pain and/or complications limiting physical activity;	Limited mobility; Blount's disease; slipped capital femoral epiphysis; osteoarthritis
		Dyspnoea with physical activity not interfering with activities of daily living	Dyspnoea causing moderate limitations in activities of daily living	Dyspnoea when sleeping or sitting
			Gastroesophageal reflux disease	Peripheral oedema
<b>Mental health</b>	No psychopathology	Mild depression or anxiety that does not interfere with functioning	Major depression or anxiety disorder	Uncontrolled psychopathology
		Mild body image preoccupation/concern	Significant body image disturbance	Self/physical loathing
		Mild emotional/binge eating (occasional)	Moderate binge eating (frequent)	Severe binge eating (daily)
		Developmental delay with mild impact on weight management	Developmental delay with moderate impact on weight management	Developmental delay with severe impact on weight management
		ADHD or learning disability		

Risk factor	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3
<b>Social milieu</b>	No parental, familial, or social environment concerns	Occasional bullying at school or at home	Significant bullying at school or at home; poor school attendance	School refusal/absenteeism
		Minor problems in the relationships of the child with one or more family members	Moderate problems with parents, siblings or other family members, frequent arguing, difficulty maintaining positive relationships	Severe problems with parent, siblings or other family members, constant arguing or family violence
		Caregiver is generally knowledgeable of child's needs/strengths but may require information or support in parenting skills	Need for information on parenting skills; current lack of information interfering with ability to parent effectively	Unable to monitor or discipline child
		Caregiver has minimal difficulty organizing household to support needs of child	Moderate difficulty organizing household to support needs of child	Unable to organize household to support needs of child; experienced recent periods of homelessness
		Caregiver is recovering from medical/physical, mental health and/or substance use problems	Medical/physical problems that interfere with parenting; has some mental health, substance use and/or developmental challenges that interfere with parenting	Medical/physical, mental health, substance use or developmental challenges that make it impossible for caregiver to parent effectively
		Mild financial limitations	Moderate financial limitations	Severe financial limitations
				Dangerous home environment; child protection involvement

## ➤ COMMENT?



CPMO dispose d'un encadrement d'au moins 1,8 ETP pour 100 bénéficiaires suivis dans le cadre de l'obésité

## Equipe

### Responsable

Pr Cécile Brachet

### Coordinatrices

Mélissa Moretti

Anaïs Descamps

### Médecins

Pr Cécile Brachet

Dr Hélène Reusens

Dr Anne-Charlotte Morere

### Psychologue

Barbara Decroly

### Diététiciennes

Anaïs Descamps

Mélissa Moretti

Léa De Lathouwer

### Kinésithérapeute

Kawthar Kazzou,

### Assistante Sociale

Morgane Rocher

### Secrétariat

Mélissa Rodriguez Muñoz

T 02 477 31 97

[cliniquedupoidsjunior.huderf@hubruxelles.be](mailto:cliniquedupoidsjunior.huderf@hubruxelles.be)

## formations :

- **Equipe Spécialisée (formation et/ou 5 ans d'expérience)**
- **formation de base organisée** par la Belgian Association for the Study of Obesity (BASO), le Centre d'Expertise Poids Image du Corps et Alimentation (CEPIA) ou Eetexpert.
- le médecin, diététicien, psychologue et kinésithérapeute doivent suivre au minimum 8 heures de formation par an.

## obligations

### ➤ Auprès du médecin généraliste et de la famille :

- Réunion de concertation annuelle ☑ rapport de réunion

### ➤ Auprès de l'INAMI :

- Transmettre les informations pour le contrôle du respect de la convention sur le plan thérapeutique ou financier

### ➤ Auprès de la mutuelle :

- Au médecin-conseil, fournir toutes les informations demandées en vue de l'évaluation des demandes individuelles d'intervention

## DÉMARRAGE DU TRAJET DE SOINS :

- **ETAPE 1 : SIGNATURE** DU CONTRAT PAR
  - LE BÉNÉFICIAIRE
  - LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE (PREMIER NIVEAU)
  - LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE AFFILIÉ AU CPMO (DEUXIÈME NIVEAU).
- **ETAPE 2 : ENVOI** DU CONTRAT SIGNÉ À L'ORGANISME ASSUREUR DU BÉNÉFICIAIRE
- **ETAPE 3 : LE MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ** INFORME DU DÉBUT DU CONTRAT

M70T31

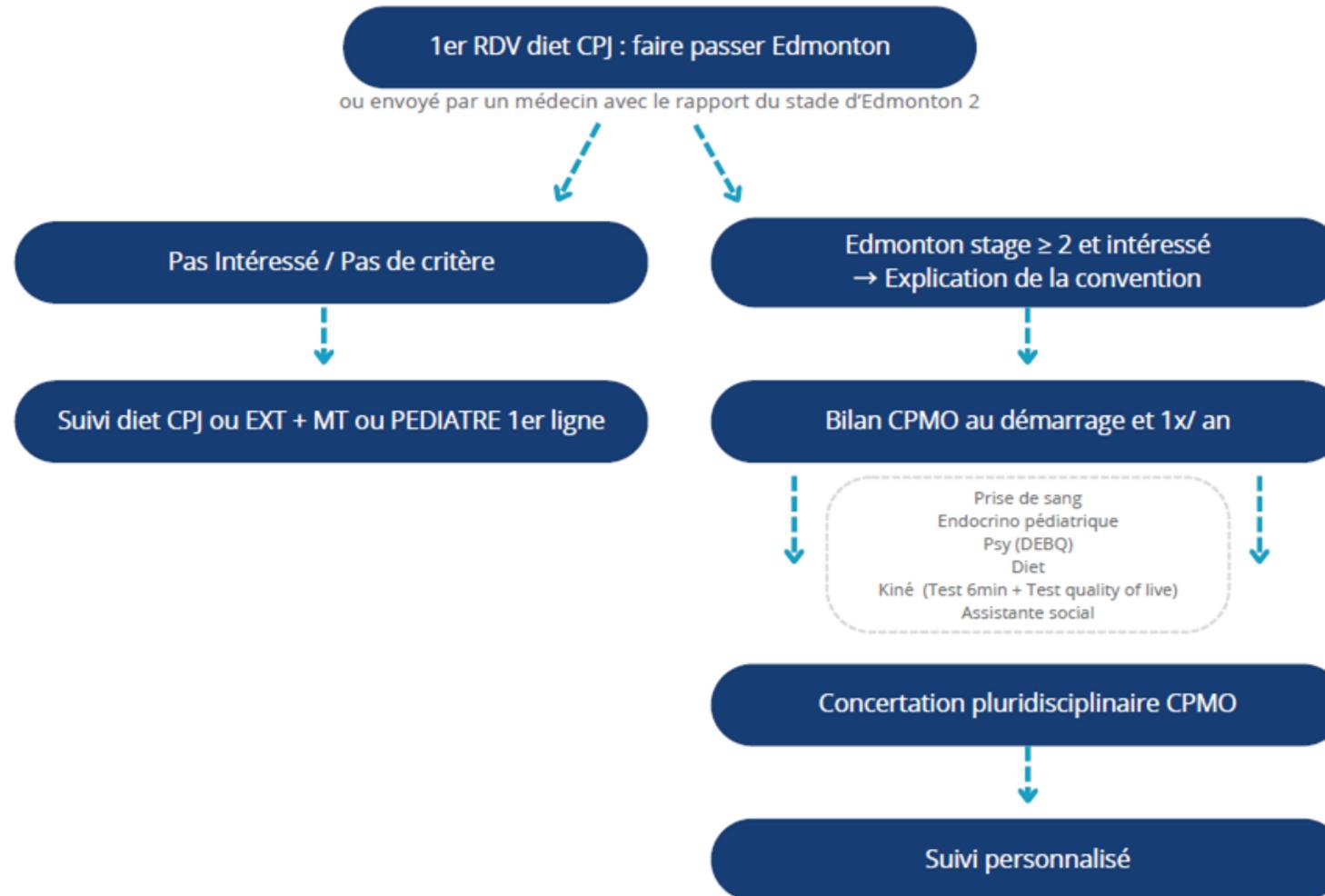
## CHANGEMENT LORS DU TRAJET DE SOINS :

1. LORS DU DÉMARRAGE, UNE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE DOIT AVOIR LIEU.
1. **LE TRAJET PEUT S'ARRÊTER** si :  
NON RESPECT DE TOUTES LES CONDITIONS DU CONTRAT DE TRAJET DE SOINS (VOIR CONVENTION ARTICLE 5, § 4).  
  
Si CHANGEMENT DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE/SPÉCIALISTE > SIGNER UN NOUVEAU CONTRAT.

## LES RENDEZ-VOUS :

- Min **20 MINUTES**
- **TOUS LES 1 À 3 MOIS**
- AVEC LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE **DONT LE BÉNÉFICIAIRE A LE PLUS BESOIN.**
- **MAX, 12/an REMBOURSÉS**

## LE CPMO POIDS JUNIOR – TRAJET DE SOIN



## Objectifs du bilan:

- Apprendre à connaître le patient dans son ensemble: contexte familial, scolaire, niveau socio-économique,...
- Analyse de la demande, des motivations du patient + de la famille, leurs ressources / freins,...
- Comprendre les causes de la prise de poids (psychologiques, alimentations, activité/sédentarité,...)
- Connaître la situation actuelle (anthropométrique, médicale, nutritionnelle)
- Détecter les répercussions de l'obésité:
  - **Psychologiques et sociales** (estime de soi, rapport avec les autres, rapport au corps,...),
  - **Métaboliques** (dyslipidémies, troubles hépatiques...),
  - **Mécaniques** (mobilité, essoufflement, douleurs,...)
- **Trouver avec le patient (et lui faire prendre conscience de) ses motivations et ressources**
- **Trouver avec le patient et sa famille des pistes accessibles afin d'améliorer sa situation**

## Mesures demandées par l'INAMI « must have » et « nice to have » au HUB

- Données anthropométriques: poids, taille, BMI, BMI-SDS, Degrés de surpoids, TT
- Tension artérielle
- ALT
- Chol total, LDL-Chol, HDL-chol, NON HDL-chol, TG
- Glucose à jeun, insuline à jeun, Index HOMA, HbA1c
- Test de 6 minutes
- Test de santé: EQ-5D-Y

## Objectifs:

- **Cerner** davantage le surpoids, ses causes et conséquences
- **Personnaliser** la prise en charge et les conseils
- Suivi du patient et de son **évolution** (1x/3 mois, 6 mois, 12 mois selon les tests)

## Réunions hebdomadaires en équipe pluridisciplinaire

- Discussion autour du patient et de sa situation
- Avis de chaque membre de l'équipe
- Décision d'un trajet de soin personnalisé
- Rapport de concertation pour le MT (objectif d'intégrer la première ligne)

## DIMENSION ENVIRONNEMENTALE

- Situation familiale et place de l'entourage :
- Environnement social (scolaire, loisirs, sport, écrans)

## DIMENSION MEDICALE

## DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

## DIMENSION ALIMENTAIRE

## MOBILITE

## CROYANCES ET REPRESENTATIONS

## RAISONS EVOQUEES DE LA PRISE DE POIDS

## RESSOURCES (personnelles, environnement, style éducatif parental, ...)

## FREINS (personnels, environnemental, style éducatif parental,...)

## PROJET et ATTENTES

## STADE DE PROCHASKA

Enfant :	Parents :
<input type="checkbox"/> Pré contemplation – ça ne me concerne pas	<input type="checkbox"/> Pré contemplation – ça ne me concerne pas
<input type="checkbox"/> Contemplation – Je sais, je dois	<input type="checkbox"/> Contemplation – Je sais, je dois
<input type="checkbox"/> Préparation – Je veux, je peux	<input type="checkbox"/> Préparation – Je veux, je peux
<input type="checkbox"/> Action – Je fais	<input type="checkbox"/> Action – Je fais
<input type="checkbox"/> Maintien – Je poursuis	<input type="checkbox"/> Maintien – Je poursuis

## 3. SUIVI PERSONNALISE:

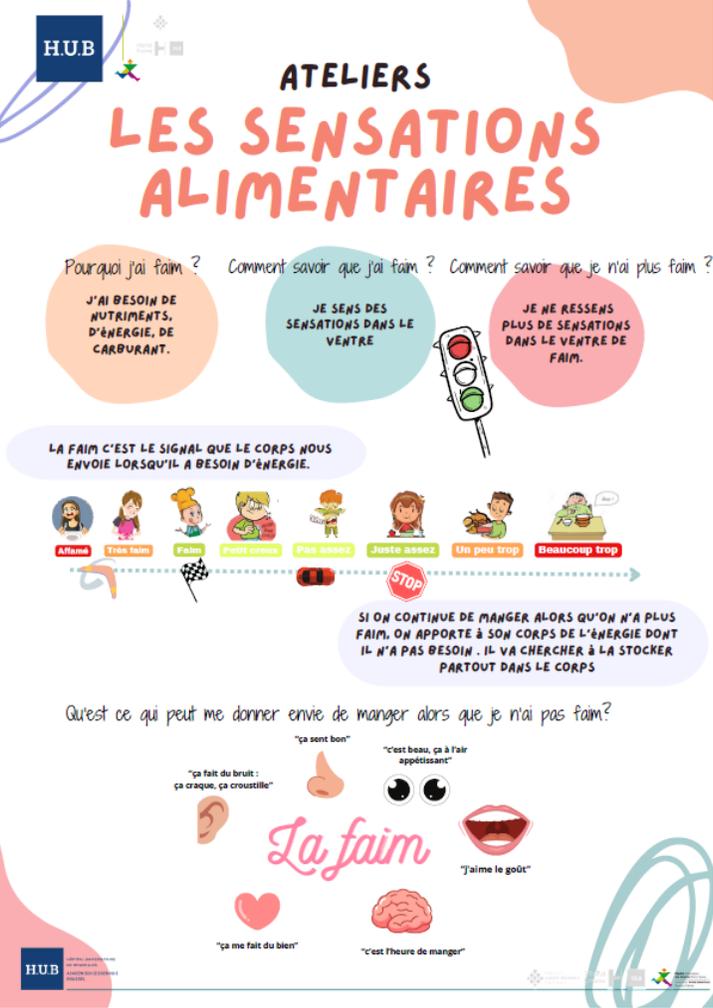
- MINIMUM 2 CONTACTS / 3 MOIS (diet, psy, médical, kiné 2x/an, AS)
- EVALUATION PÉDOPSY SI NÉCESSAIRE
- BILANS MEDICAUX COMPLEMENTAIRES AU CAS PAR CAS
- SUIVI EN GROUPE:
  - ✓ ATELIERS DIET/PSY
  - ✓ ATERLIERS MULTISPORT
  - ✓ ATELIERS FOOT

Suivi régulier des patients: suivi des rendez-vous, suivi des données anthropométriques (min 1x/3mois), ...

Réunions de suivi: au cas par cas selon la situation

## LES ATELIERS

- Animé les mercredi après-midi par la psychologue et la diététicienne
- Groupe:
  - Enfant 6 à 11 ans
  - Ado 12 à 17 ans
- Période de 2h par atelier Enfant-Ado
- 5 thèmes qui reviennent durant l'année:
  - Les sensations alimentaires: manger par besoin
  - Pleine conscience: manger par envie
  - Pyramide alimentaire (manger équilibrer) et idées reçues
  - Estime de soi et image du corps
  - Ecrans, sédentarité et motivation
- Un résumé est donné à la fin de chaque atelier
- Ateliers parents : 17 à 18h donnés que par la psychologue



**ATELIERS LES SENSATIONS ALIMENTAIRES**

Pourquoi j'ai faim ? **J'AI BESOIN DE NUTRIMENTS, D'ÉNERGIE, DE CARBURANT.**  
 Comment savoir que j'ai faim ? **JE SENS DES SENSATIONS DANS LE VENTRE.**  
 Comment savoir que je n'ai plus faim ? **JE NE RESSENS PLUS DE SENSATIONS DANS LE VENTRE DE FAIM.**

**LA FAIM C'EST LE SIGNAL QUE LE CORPS NOUS ENVOIE LORSQU'IL A BESOIN D'ÉNERGIE.**

Affame - Très faim - Faim - Petit creux - Pas assez - Juste assez - Un peu trop - Beaucoup trop

**SI ON CONTINUE DE MANGER ALORS QU'ON N'A PLUS FAIM, ON APORTE À SON CORPS DE L'ÉNERGIE DONT IL N'A PAS BESOIN : IL VA CHERCHER À LA STOCKER PARTOUT DANS LE CORPS.**

Qu'est ce qui peut me donner envie de manger alors que je n'ai pas faim ?

"ça sent bon" "c'est beau, ça à l'air appétissant"  
 "ça fait du bruit : ça craque, ça croustille" "ça me fait du bien"  
 "j'aime le goût" "c'est l'heure de manger"

## SUIVI CPMO - HUB

- ATELIERS MULTI SPORT
  - Par kinésithérapeute
  - Mercredi fin PM
  - Groupe 5-11 ans – Groupe 12-18 ans
  - Activités variables
  - Uniquement pour les patients du CPMO
- ATELIERS FOOT
  - Mercredi début PM
  - Brussels Football
  - Avec d'autres services de l'HUDERF



# CPMO: ASPECTS ADMIN POUR LA PREMIERE LIGNE



## SUIVI D'UN BÉNÉFICIAIRE DE STADE EOSS-P 2 OU 3 DANS UN CPMO:

- LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEUT FACTURER LE FORFAIT 400654 (€100/ AN) SOUS RÉSERVE QUE
  - LE CONTRAT DE TRAJET DE SOINS AIT ÉTÉ CONCLU AVEC CE MÉDECIN.
  - CE MÉDECIN ASSISTE AU MOINS DEUX FOIS PAR AN À UNE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE DU BÉNÉFICIAIRE DANS UN CPMO (contact réel ou virtuel).

## CONSEIL ET SOUTIEN AU PREMIER NIVEAU DE SOINS PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE AFFILIÉ À UN CPMO POUR UN BÉNÉFICIAIRE DE CLASSIFICATION EOSS-P 0 OU 1:

- DEMANDE ÉCRITE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE POUR RECEVOIR LES CONSEILS DU PÉDIATRE D'UN CPMO.



## PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE « MODERNE »

la stratégie « food and move » est trop simpliste

l'obésité est la partie visible de l'iceberg, le reflet de défis complexes pour les familles ☐ d'où l'importance d'une PEC en équipe pluridisciplinaire

cartographie complète de la santé et du mode de vie du patient et de son entourage



## Stigmatisation par les soignants

Ton condescendant, jugements, préjugés...

De nombreux professionnels de santé ont des stéréotypes:

*“Les patients atteints d’obésité sont paresseux, manquent de maîtrise de soi, sont responsables de leur poids et ne respectent pas le traitement.”*

Ces préjugés sont en contradiction avec les preuves scientifiques qui démontrent que la régulation du poids corporel n'est pas entièrement sous contrôle volontaire et que des facteurs biologiques, génétiques et environnementaux contribuent significativement à l'obésité.



## Stigmatisation par les soignants

Traiter les personnes avec surpoids et obésité avec dignité et respect.

Eviter de donner des leçons « vous devriez... »

Considérer la famille/le patient comme **compétents et donc alliés** pour co-décider du traitement et mener les changements

### Techniques d'entretien motivationnel

[Nat Med.](#) 2020; 26(4): 485–497.

Published online 2020 Mar 4. doi: [10.1038/s41591-020-0803-x](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x)

Joint international consensus statement for ending stigma of obesity



# L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

SE FOCALISER **SUR L'OBJECTIF / LE DESIR DU PATIENT** (pas sur notre objectif personnel)

Nourrir la motivation du patient

Si nécessaire rechercher sa motivation avec lui, revenir sur sa demande

- Explorer avec lui sa balance décisionnelle
- Lui donner les informations nécessaire pour se fixer des objectifs mais ne pas les lui imposer
- Evaluer avec lui sa motivation et sa capacité à atteindre ses objectifs
- Rechercher avec lui des ressources / outils / aide pour les mettre en place concrètement



# ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

EXPLORER LA BALANCE DÉCISIONNELLE

<i>Je ne change pas (statu quo)</i>		<i>Je change un comportement :</i>	
LES AVANTAGES	LES INCONVEIENTS	LES AVANTAGES	LES INCONVENIENTS
<i>= LE DISCOURS MAINTIEN</i>	<i>= LE DISCOURS CHANGEMENT</i>		<i>= LE DISCOURS MAINTIEN</i>



# ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

## MOTIVATION & CONFIANCE

*Combien est-il important de .....(le changement)*

(0 = aucunement important, 10 = extrêmement important)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- *Pourquoi est-ce que votre niveau d'importance est si élevé, pourquoi pas moins ?*
- *Que devrait-il se passer pour que ce niveau d'importance pourrait-il augmenter ?*

*Si je décide de .....(le changement), quel serait mon niveau de confiance en ma capacité à réussir ?*

(0 = aucunement confiant, 10 = extrêmement confiant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- *Qu'est ce qui fait que votre niveau de confiance est si élevé, pourquoi pas moins ?*
- *Qu'est-ce que vous pourriez faire pour augmenter votre niveau de confiance ?*



## OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Développer et soutenir des compétences

Alimentaires

Sportives/physiques

Comportementales

Nourrir l'estime de soi et une bonne image corporelle

Garantir de meilleure chance d'atteindre des objectifs et donc de réussite sur du long terme



## COMMENT?

Décider **avec** le patient et sa famille des objectifs

**Écouter le patient** (*questions ouvertes, reflets, synthèses, valorisation*), faire preuve d'empathie

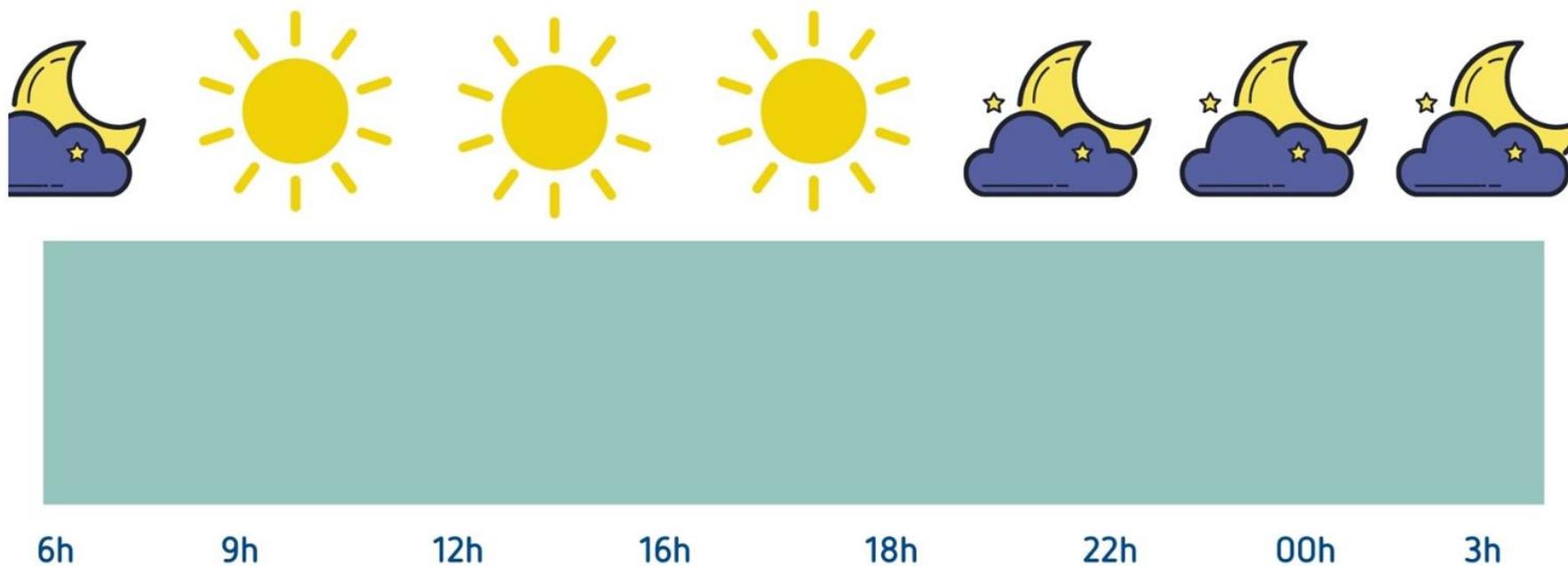
Et **encourager les volontés de changements** présentes chez l'enfant et sa famille

Ne pas donner de leçons, ne pas penser qu'on sait mieux, mais se positionner **a leur hauteur** = en équipe, pour trouver des solutions ensemble

*Demander si le patient veut recevoir des informations supplémentaires*



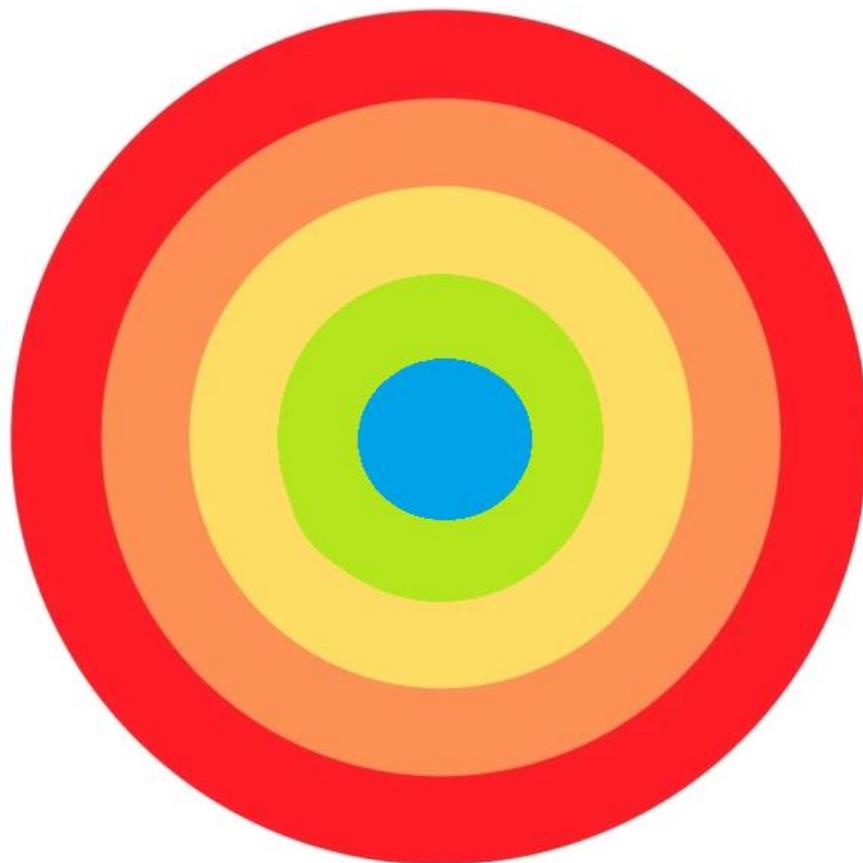
## EXEMPLES EN CONSULTATION DIETETIQUE



*Ma journée alimentaire*



## EXEMPLES EN CONSULTATION DIETETIQUE





## CONCLUSION – PRISE EN CHARGE DIETETIQUE DE L'ENFANT EN SURPOIDS

Diététicienne – enfant + sa famille = une équipe

Diététicien en obésité pédiatrique n'est plus qu'un expert en alimentation

### Rôle du diététicien pédiatrique en obésité:

- Faire équipe avec le patient
- Interroger pour mieux comprendre et donc mieux aider (pas dans un but de calculer les apports)
  - Comprendre ce qui a causé cette situation
  - Comprendre pourquoi antcd d'échecs de traitement
  - Repérer les fausses croyances
  - Repérer les déviations de comportement alimentaire (restriction cognitive, alimentation émotionnelle,...)
  - Réorienter si nécessaire (psy, kiné, AS...)



## CONCLUSION – PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE DE L'ENFANT EN SURPOIDS

- Comprendre la demande du patient et de la famille
- Soutenir la démarche et la motivation du patient et de la famille
- Aider le patient à trouver des objectifs atteignables
- Lui donner des outils et astuces tant en diététique qu'en entretien à la motivation
- Encourager les changements effectués
- Marquer l'évolution positive quelle qu'elle soit





## CONCLUSION

Obésité chez l'enfant :

- diagnostic précoce
- Prise en charge médicale et paramédicale
- Ne pas négliger l'aspect psycho social
- Bienveillance
- Évaluer l'Edmonton Stage pour réorienter en 1ere ligne , 2eme ligne, 3eme ligne
- Travailler en collaboration entre les différents intervenants et niveaux de soin



# MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

## QUESTIONS?

