ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
www.aphp.fr

PROTOCOLE DE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE
ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS

Intitulé du protocole : « Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin du Centre Spécialisé de l'Obésité »

Équipe promotrice (nom, service, DMU, site GHU): Pr Jean-Claude CAREL, Dr Laura ATGER-LALLIER, Diététiciennes Marine FEBRISSY et Laila OUAICHA, Cadre de santé Estelle HERRY, Service d'endocrinologie-diabétologie pédiatrique, Sandrine TYZIO, Cadre supérieur de santé, Direction des Soins et des Activités Paramédicales, Hôpital Robert-Debré, GHU Nord-Université de Paris.

Fiche projet coopération interprofessionnelle : Avis favorable ARS IDF à la lettre d'intention validé le25/07/2019

Envoi protocole de coopération à la DST le : 03/05/2021, corrections envoyée le 14/10/2021

Task-force le 17/12/2021, corrections le xx/12/2021

Copil PCL 16/12/2021, version finale le 17/12/2021, Avis CME le xx/01/2022, Avis CSIRMT le xx/01/2022

Décision de mise en œuvre le xx/01/2022

Merci d'adresser votre protocole à la *Task-force* PCL : aphp-coordination.pcl@aphp.fr

Protocole local de coopération interprofessionnelle AP-HP

Fondé sur les **exigences de qualité et de sécurité** des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après **s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits** dans le protocole

- *Respecter les recommandations de bonnes pratiques HAS*
- *Définir la nouvelle modalité d'intervention et les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant, par exemple :*
  - *Pour un examen clinique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou encore définir la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
  - *Pour une consultation de suivi : décider de son opportunité, détecter et interpréter des signes cliniques, décider des orientations du patient, poser l'indication d'un examen à réaliser, réaliser une prescription, adapter un traitement ou le renouveler ?*
  - *Pour un acte technique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
- *Les critères d'éligibilité et de retrait des patients, la qualification des professionnels et les conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire en rapport avec les actes et activités délégués*
- *Définir le processus de prise en charge des patients : modalités d'inclusion, étapes d'intervention des professionnels de santé, modalités de transmission des informations à l'ensemble des intervenants concernés, situations justifiant la réorientation du patient vers le délégant*
- *Définir les modalités d'information du patient et de partage des données de santé*
- *Déterminer les conditions d'organisation de l'équipe : disponibilité du/des délégants, gestion des risques*
- *Déclarer les professionnels de santé de leur engagement dans la démarche de coopération*

I	**1. Intitulé du protocole**	Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin d'un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant.
II	**2. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre**	Objectifs de mise en œuvre (répondant à un besoin de santé identifié) : Le nombre important d'enfants en situation d'obésité conduit à des demandes de plus en plus nombreuses de prise en charge spécialisée. En 2006, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était, selon les références IOTF (International Obesity Task Force), de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans, dont 3,5 % présentaient une obésité. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, à 50 à 70 % après la puberté. A l'âge adulte, plus l'obésité est sévère, plus le risque cardiovasculaire qui est associé y est important. Un IMC avec un équivalent IOTF > 40 à un risque 2 fois plus important de développer une HTA ou un diabète. La prise en charge précoce et spécialisée de ces patients permettrait de diminuer le risque cardiovasculaire associé à ces pathologies. Le nombre de médecins spécialisés dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est insuffisant pour répondre à cette demande. Il existe 37 centres spécialisés dans l'obésité (CSO) au niveau national dont 5 centres dit

		intégrés (CIO) qui effectuent en plus de leurs missions de centres spécialisés, des diagnostics et traitements spécialisés (génétiques, maladies rares) et sont engagés dans la recherche, la formation (enseignement universitaire) et l'enseignement. En Ile de France, le réseau de médecine libérale REPOP (REseau pour le Prise en charge et la prévention de l'Obésité Pédiatrique) regroupe 199 médecins (généralistes ou pédiatres, chiffres 2019) qui effectuent 2864 consultations par an (14,4 par médecin et par an). Il n'y a pas ou très peu de prise en charge de l'obésité pédiatrique dans les GHT en Ile-de-France. Dans ce contexte de pénurie de prise en charge spécialisée de l'obésité pédiatrique, l'objectif du protocole est de fluidifier et d'améliorer le parcours de l'enfant/adolescent atteint d'obésité (définit par un IMC supérieur au niveau de la courbe IOTF 30) adressé par un médecin de ville à un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité, en réalisant une consultation initiale d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne), permettant la mise en place d'un parcours de soins adapté. Le protocole vise à évaluer les demandes de prise en charge hospitalière afin d'orienter les patients en obésité « complexes », avec un risque de comorbidités associées (obésité sévère) ou d'obésité syndromique vers une prise en charge spécialisée. Les patients évalués en obésité « simple » sont adressés au médecin traitant/scolaire, conformément aux recommandations HAS. (cf. chapitre « Références utilisées »). <u>Intérêts pour le patient :</u> - Fluidifier et améliorer le parcours de soins du patient - Bénéficier rapidement d'une consultation et d'une prise en charge adaptée - Optimiser la prise en charge médicale et diététique - Repérer les risques d'apparition et/ou d'aggravation des signes de comorbidités <u>Intérêts pour le délégué :</u> - Reconnaitre et valoriser l'élargissement de l'expertise du diététicien nutritionniste dans la mise en œuvre des recommandations de santé publique pour la prise en charge des patients atteints d'obésité - Contribuer à l'amélioration du parcours de soins de l'enfant/adolescent atteint d'obésité <u>Intérêt pour le délégant</u> : Libérer le temps médical alloué aux consultations des patients atteints d'obésité « simple » ou d'allure exogène sans comorbidité, au bénéfice de prises en charge plus complexes de type « obésités syndromiques ». <u>Optimisation des dépenses de santé :</u> L'orientation précoce des patients favorisera la réduction des délais de prise en charge grâce à une optimisation du parcours de prise en charge.

		Patients et pathologie(s) concernés par le protocole : enfants/adolescents atteints d'obésité, définit par un IMC supérieur au niveau de la courbe IOTF 30. Intervalle d'âge des patients : 4 ans à 18 ans Professionnels concernés Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégants : médecin de médecine générale ou endocrinologie-diabétologie-nutrition ou pédiatrie, exerçant dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. [Selon liste 2020 des disciplines et spécialités médicales CNG.sante.fr] Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Diététicien(ne) diplômé(e) d'Etat Établissement de mise en œuvre : Établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant, en particulier services hospitaliers constitutifs des Centres Spécialisés Obésité (CSO). Le protocole a vocation à être mis en œuvre dans des locaux de consultation comprenant un bureau de consultation disponible pour le délégué au regard de la planification des rendez-vous des patients et permettant une consultation individuelle respectant les règles de confidentialité. Le délégué dispose : - d'un poste informatique permettant l'accès au dossier médical partagé afin de recueillir les éléments nécessaires à la décision d'orientation du patient - d'un téléphone permettant de contacter sans délai le médecin délégant en présence de critères d'alerte
III	**3. Critères d'inclusion des patients** *(définir précisément tous les critères)*	Critères d'inclusion Critère 1 : Tout patient mineur obèse (équivalent IOTF > 30 kg/m2) adressé par un médecin traitant/scolaire et Critère 2 : Patients mineurs, dont les titulaires de l'autorité parentale ont donné leur consentement à ce mode de prise en charge, après avoir été informés du protocole
	4. Critères de non-inclusion des patients (*ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)*	Critères de non-inclusion Critère 1 : Patient mineur non obèse (IMC équivalent IOTF < 30 kg/m2) ou Critère 2 : Patient n'ayant pas été adressé par un médecin ou

		Critère 3 : Patient en situation d'obésité avec présence de signes d'alerte suggérant la présence d'un diabète sucré (syndrome polyuropolydipsique, perte de poids récente inexpliquée) ou d'une tumeur intracrânienne (céphalées intenses, cassure de la courbe staturale) ou Critère 4 : Patient et titulaires de l'autorité parentale n'ayant pas donné leur consentement à ce mode de prise en charge	
	5. Organisation de l'inclusion et modalités d'information et d'accord des patients (ou celui de l'entourage pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection[1] si inclus)	<u>Décrire à quel moment, comment et par qui s'effectue l'inclusion</u> : La constitution de la file active s'effectue via un système d'adressage extra-hospitalier. L'adressage des patients est réalisé par le médecin traitant/scolaire. L'information du patient s'effectue en deux étapes : 1) Suite à la demande de consultation spécialisée adressée au secrétariat de l'établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant par le médecin traitant/scolaire, un rendez-vous de consultation avec le(a) diététicien(ne) est proposé pour réaliser l'évaluation et l'orientation des patients répondant aux critères d'inclusion du protocole. Une lettre d'information (annexe 1), expliquant ce qu'est un protocole de coopération et les actes dérogatoires réalisés par le délégué, est envoyée avec la proposition de rendez-vous. Les coordonnées du service spécialisé sont stipulées sur la lettre d'information afin que le patient et les titulaires de l'autorité parentale puissent demander des informations complémentaires sur le déroulement du protocole et le cas échéant refuser ce mode de prise en charge. 2) Le jour de la consultation, le délégué vérifie que le patient et les titulaires de l'autorité parentale, ont reçus la lettre d'information sur le protocole et le cas échéant complète l'information Les patients seront inclus sous réserve de leur consentement et de celui des titulaires de l'autorité parentale.	**Annexe(s) n° 1 et 2 :** modèle de document destiné au patient ou à son ayant droit pour l'informer et recueillir de son consentement au protocole.

[1] Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/

		En cas d'acceptation, un consentement (annexe 2) est recueilli, signé et archivé au dossier médical du patient, conformément à l'article L1111-4 du code de la santé publique. Le patient et les titulaires de l'autorité parentale sont informés qu'ils peuvent avoir accès au protocole, ce dernier leur est remis à leur demande. Ils sont également informés que le médecin traitant/scolaire sera avisé du compte rendu de prise en charge dans le cadre du protocole. En cas de refus d'entrer dans le protocole de coopération, le patient bénéficiera du circuit habituel de prise en charge médicale. Un rendez-vous en consultation médicale spécialisée, en fonction des caractéristiques du patient, est organisé. Le refus est tracé dans le dossier du patient. <u>Modalités d'information et de recueil du consentement</u> ✍ Oral ✍ Écrit <u>Modalités de retour au délégant en cas de non inclusion</u> : En cas de non inclusion, le patient bénéficiera du circuit habituel de prise en charge médicale : consultation médicale spécialisée en fonction des caractéristiques du patient.	
IV	**6. Description synthétique par un algorithme du parcours du patient dans le cadre du protocole** incluant à partir de l'inclusion **toutes les étapes** de prise en charge y compris les motifs de réorientation vers le délégant	Le parcours du patient, après que celui-ci ait été informé du cadre du protocole, comprend les étapes suivantes : 1. Consultation d'orientation par la diététicienne dans le cadre de la coopération 2. Orientation de l'enfant/adolescent en situation d'obésité avec comorbidités ou présentant des arguments pour une obésité syndromique ou secondaire, vers le délégant pour une prise en charge spécialisée de 3ème recours, selon recommandations de la HAS 3. Orientation de l'enfant/adolescent obèse sans comorbidités vers le réseau REPOP pour une prise en charge spécialisée de 2ème recours, selon recommandations de la HAS 4. Orientation de l'enfant/adolescent obèse sans comorbidités vers le réseau REPOP pour une prise en charge spécialisée de 1er recours, selon recommandations de la HAS	**<u>Annexe n°3</u>** *-Si le protocole comprend plusieurs sous-parcours, décrivez chaque sous-parcours par un algorithme distinct afin d'éviter les algorithmes trop complexes*

		Durant ces étapes, le contrôle du délégant intervient selon les critères d'alerte définis	
	7. **Liste de toutes les dérogations envisagées** : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. **Cochez la nature des documentations à faire figurer en annexe, en sélectionnant celles qui sont pertinentes à l'exercice des dérogations.** ● Pour chaque dérogation, arbre décisionnel pour guider la prise de décision du délégué ● Et le cas échéant - Grille d'entretien pour le recueil d'informations - Ordonnance type pour une prescription de médicament,	Les actes dérogatoires des différentes étapes de la prise en charge comprennent : **Dérogation 1 :** L'évaluation clinique des patients de moins de 18 ans, adressés à un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant par un médecin de ville/scolaire et définis « atteints d'obésité » (IMC IOTF 30) (annexe 4) Cette évaluation est réalisée en consultation présentielle du patient avec le(a) diététicien(ne) et perm et : - L'inclusion du patient après vérification des critères d'inclusion du protocole de coopération - Le recueil et l'interprétation des antécédents médicaux et familiaux à partir d'une grille d'entretien comprenant (annexe 5) : ▪ L'IMC des parents et de la fratrie, ▪ Les comorbidités de l'obésité dans la famille, notamment : diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, ▪ L'histoire de la maladie et la(les) prise(s) en charge déjà réalisée(s), ▪ L'analyse du contexte familial tenant compte de problématiques psychologiques et sociales déjà identifiées, de l'évaluation du mode de vie notamment de l'activité physique - L'identification des marqueurs de sévérité de l'obésité et des facteurs de risque de complications selon une grille d'entretien et un référentiel prédéfini (annexe 5) : ▪ marqueurs cutanés : *acanthosis nigricans* (résistance à l'insuline) - hirsutisme (syndrome des ovaires polykystiques), ▪ boiterie : risque d'épiphysiolyse de la tête fémorale ▪ marqueurs de risque métabolique : prise de la pression artérielle	**Annexe(s) n° 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11** ✍ Pour chaque dérogation, **arbre décisionnel** guidant pas à pas l'intervention des délégués aux différentes étapes du protocole en associant une action à chaque situation identifiée sans que les délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole (cf. modèle infra) ✍ Grille d'entretien ou de consultation type : items d'interrogatoire et paramètres à recueillir par l'examen clinique ✍ Ordonnance(s) type de prescription d'APA (Annexe 9) ✍ Compte rendu type de prise en charge (Annexe 11) ✍Tableau récapitulatif des normes attendues et des critères d'interprétation des examens prescrits par le délégué (annexe 6, 7, 8)

	d'examens complémentaires et traitements envisagés - Tableau des normes attendues… *Nb: les **dérogations peuvent porter** sur la réalisation **d'examens cliniques ou complémentaires, la prescription d'examens ou de traitements**, sans oublier celles relatives aux **entretiens avec les patients et aux examens cliniques hors compétences des délégués.***	▪ évaluation de la puberté : risque de puberté précoce ou de retard pubertaire dans les situations d'obésité, troubles des règles (marqueur de syndrome des ovaires polykystiques) ▪ autres comorbidités de l'obésité via des questionnaires adaptés à la recherche d'un Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS) (échelle de somnolence), ou d'un trouble du comportement alimentaire (échelle de binge eating), **Dérogation 2 :** L'orientation médicale du patient dans la filière de soins adaptée selon les recommandations de la HAS (annexe 4) Le délégué réalise l'orientation du patient vers une consultation médicale adaptée: - Consultation du délégant en cas de : ▪ suspicion d'obésité secondaire à une endocrinopathie (ralentissement de la croissance dans le contexte d'obésité) ▪ suspicion d'obésité syndromique (signes associés en particuliers troubles cognitifs) ▪ suspicion de comorbidités (diabète, syndrome des ovaires polykystiques, puberté anormale) ▪ Obésité morbide (courbe IOTF ≥40 kg/m2) Le délégant organise la prise en charge spécialisée du patient selon les modalités habituelles (consultation, hospitalisation de jour ou conventionnelle). Il établit la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques. - Prise en charge par un médecin du réseau REPOP qui établit la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques et transmet ses conclusions~~,~~ au médecin traitant/scolaire La prise en charge au sein du REPOP ou de l'établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ne se substitue pas à la prise en charge par le médecin traitant/scolaire, elle est complémentaire. - Prise en charge par le médecin traitant (selon les recommandations de la HAS) qui établit la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques	

		Dérogation 3 : La prescription d'activité physique adaptée (APA) (annexe 4 et 9) Le délégué réalise, au regard de l'évaluation clinique du patient, la prescription d'activité physique adaptée **Dérogation 4 :** La rédaction d'un compte rendu « type » de la prise en charge proposée (annexe 4, 10 et 11) Le délégué rédige un compte rendu médical standardisé comprenant la synthèse de l'évaluation et l'orientation choisie et l'adresse au médecin ayant adressé l'enfant ainsi qu'au médecin traitant si celui-ci est différent. Certains actes ne sont pas dérogatoires mais indispensables à l'évaluation clinique et au choix de l'orientation du patient. Dans ce cadre, le délégué : - Recueille les paramètres anthropométriques du patient pour optimiser et sécuriser la prise en charge (poids, taille, IMC) - Réalise l'enquête alimentaire et réalise les mesures de prévention associées en délivrant un conseil diététique	
V	**8. Modalités envisagées pour le partage des données de santé et la coopération entre délégants et délégués.**	<u>Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués</u> Le dossier du patient (médical et de rééducation) est partagé à l'ensemble des professionnels intervenants dans la prise en charge du patient. La traçabilité des décisions du délégué dans un document consultable par le délégant (dossier médicale partagé) est réalisée. Le délégué remplit une fiche spécifique (dossier diététique intégré au dossier de rééducation) selon la grille d'entretien définie par le protocole de coopération. Il valide le compte rendu de consultation qui fait partie du dossier médical du patient. <u>Dossier utilisé : informatique ✍ – papier ☐</u> <u>Si dossier informatique, Identifiant et mots de passe personnels : oui</u>	

	9. Modalités de transmission des informations à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient afin d'assurer la continuité des soins *Prioriser un cadre sécurisé de transmission*	*<u>Au médecin traitant (fréquence, contenu…)</u>* Le médecin traitant/scolaire reçoit le compte rendu de consultation du délégué qui l'informe des conclusions de l'évaluation clinique, de l'orientation choisie dans la filière de soins adaptée et de la prescription d'APA. *<u>Aux autres professionnels de santé (fréquence, contenu…)</u>* De même pour le médecin du réseau REPOP reçoit le compte rendu de consultation du délégué.	**Annexe (s) n° X le cas échéant** *-Modèle type de courrier de transmission au médecin traitant* *-Modèle type de courrier de transmission aux autres professionnels de santé*
VI	**10. Conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises de la part du ou des professionnels délégués**	<u>Prérequis : qualification (diplôme) et expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) des délégués</u> - Diplôme d'État de Diététicien(ne), - Ayant trois années d'expérience professionnelle en service clinique MCO dont une année d'expérience dans un service spécialisé dans la prise en en charge des enfants et adolescents atteints d'obésité.	
		<u>Formation théorique</u> - Nombre d'heures : 20 heures - Connaissances à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués : ▪ Épidémiologie, physiopathologie, causes et complications des différents types d'obésité (commune, secondaire et syndromique) ▪ Enjeux de la prise en charge de l'obésité ▪ Prise en charge de l'obésité ▪ Marqueurs de sévérité de l'obésité ▪ Examens complémentaires nécessaires au dépistage des comorbidités ▪ Développement psychomoteur/psychoaffectif de l'enfant/neuro sensoriel ▪ Comorbidités associées à l'obésité et signes d'appel ▪ Développement pubertaire normal et pathologique,	**Annexe(s) n°12, 13, 14, 15, 16** -Programme de formation (objectifs détaillés de formation, contenu, intervenants, modalités d'évaluation des compétences) (annexe 12) - Support de validation des connaissances (annexe 13 et 14) - Grille d'évaluation des connaissances et des compétences (annexe 15) - Attestation de formation (annexe 16)

		▪ Repérage des signes d'alerte nécessitant une prise en charge en urgence - Modalités de validation (qui valide ; quel type de validation) : La validation des connaissances théoriques est réalisée par le médecin délégant et/ou un médecin habilité par le délégant sur la base d'une série de vignettes cliniques organisées en dossiers progressifs (type évaluation des étudiants en médecine) (annexe 13). L'obtention préalable du Diplôme Universitaire « Nutrition et obésité de l'enfant et de l'adolescent » de Sorbonne Université dispense de la formation théorique mais pas de la validation des connaissances par le médecin délégant. <u>Formation pratique</u> - Nombre d'heures : 45 heures - Modalités de la formation pratique : 80 consultations réalisées sur le mode du compagnonnage dans le service, avec mise en situation progressive incluant : ▪ 20 consultations réalisées en observation du délégant ▪ 30 consultations en binôme délégant-délégué ▪ 30 consultations sous la supervision du délégant ▪ 5 heures de participation à des staffs médicaux d'évaluation des enfants et adolescents atteints d'obésité - Modalités de validation (qui valide ; quel type de validation) : Le délégant évalue la formation pratique du délégué à partir d'un carnet de stage traçant (annexe 14) : - La complétude de l'ensemble des consultations, - L'analyse de la pratique du délégué sur les 5 dernières consultations en supervision et le cas échéant les réajustements nécessaires à réaliser. Toutes les connaissances théoriques et les compétences pratiques doivent être acquises pour appliquer le protocole. (annexe 15)	

		Une attestation de formation du délégué sur l'ensemble des connaissances théoriques et des compétences pratiques est établie par le délégant (annexe 16).	
		<u>Modalités de maintien des compétences et de formation continue</u> Le maintien des compétences comprend : - La prise en charge d'au minimum 20 patients par mois par délégué soit une moyenne de 60 consultations par trimestre par délégué ; il est nécessaire de prévoir une durée de consultation pour le délégué permettant de réaliser les actes médicaux dérogatoires et l'entretien diététique (*a priori* au minimum 1h à affiner après mise en œuvre). - Une demi-journée de consultations tous les 3 mois avec un délégant la première année, puis une fois par an. Un délégué ne validant pas ce niveau d'activité annuelle (congés maternité, maladie, autre affectation, …) devra effectuer une mise à jour de ses connaissances pratiques de 5 heures, soit 10 consultations en supervision du délégant.	
VII	**11. Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant**	<u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la **disponibilité d'un nombre suffisant de délégants** :</u> La structure dispose d'au moins deux médecins spécialisés dans la prise en charge de l'obésité. Le ratio délégants/délégués devra être défini par chaque service de soins au regard du nombre de vacations dédiées à la coopération interprofessionnelle. Il est préconisé un minimum de 2 délégants pour assurer la continuité de la mise en œuvre du protocole. <u>Modalités de supervision par le délégant (*présentiel, **ou par télésanté** / téléphone) :*</u> Le délégant est joignable à tout moment et peut répondre aux questions du délégué. En l'absence de délégant, le protocole de coopération est suspendu et l'activité est réalisée selon les modalités habituelles du service de prise en charge des patients atteints d'obésité.	

		Au cours du premier trimestre de mise en œuvre du protocole, des points d'échange sont organisés tous les 15 jours entre délégués et délégants puis de façon trimestrielle ou la demande du délégué ou délégant pour répondre aux difficultés rencontrées dans l'organisation de la prise en charge des patients, l'orientation des patients, le recueil des indicateurs.	
		<u>Critères d'alerte par le délégué au délégant pour supervision ou réorientation, en précisant les délais de prise en charge :</u> Le délégué alerte systématiquement le délégant des situations à risque suivantes (annexe) : - Sans délai, lors d'un malaise au cours de la consultation, - Le jour même lors de : ▪ Signes évocateurs de diabète sucré (syndrome polyuro-polydipsique, perte de poids récente non expliquée) ▪ Signes évocateurs d'une tumeur intracrânienne (céphalées sévères, troubles visuels, cassure de la courbe staturale) ▪ Signes évocateurs d'épiphysiolyse de la tête fémorale (boiterie) ▪ Signes évocateurs d'apnées du sommeil sévère (somnolence, troubles du sommeil)	
		<u>Modalités de gestion des **urgences** *(mode de contact, délai d'intervention, conduite à tenir en cas de délégant absent ou non joignable)*</u> En cas d'urgence médicale au cours de la consultation, le délégué peut : - Joindre sans délai le délégant, - En l'absence de délégant à proximité immédiate, joindre un médecin au numéro d'appel du service dédié aux urgences.	**Annexe(s) n° X le cas échéant** -Fiches pratiques de conduite(s) à tenir en cas d'urgence avec définition des facteurs de gravité
VIII	12. **Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risque**s.	<u>Risques identifiés à chaque étape de la mise en œuvre du protocole, en indiquant les mesures préventives prévues pour chaque risque identifié :</u> 1. Inclusion au protocole de coopération Défaut d'inclusion par : données non disponibles ou erronées, autonomie | Mesures à mettre en place : mise à disposition de documents informatifs	

		insuffisante du patient, repérage incorrect des critères d'inclusion au protocole par le délégué	(documents existants à diffuser ou à créer spécifiquement), ajuster la formation du délégué et/ou délégant au protocole et au circuit de prise en charge	
		2. Consultation d'évaluation clinique et paraclinique		
		Risque de comorbidité associées à l'obésité non identifiée, défaut de diagnostic d'une obésité secondaire ou syndromique.	Mesures à mettre en place : grille d'entretien pour le repérage des signes d'alerte orientant vers une obésité secondaire ou syndromique, supervision ponctuelle par le délégant de la consultation du délégué.	
		3. Orientation de la prise en charge par le délégué vers le médecin traitant, le réseau REPOP ou la consultation médicale spécialisée (délégant)		
		Risque de perte de vue, avec aggravation de l'obésité et des comorbidités associées	Mesures à mettre en place : points réguliers sur les orientations avec les responsables des réseaux REPOP. Utilisation du système d'information pour vérifier les prises de rendez-vous et ceux honorés.	
		4. Transmission du compte rendu de consultation avec la décision d'orientation, au médecin ayant adressé le patient		
		Risque de perte d'information de la décision d'orientation, compte rendu non transmis au médecin ayant adressé l'enfant	Mesures à mettre en place : utilisation du système d'information intégré limitant ce risque, envoi systématique de la copie du compte rendu aux titulaires de l'autorité parentale qui peuvent le transmettre au médecin traitant/scolaire	
		Réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délégués *(fréquence, composition …)*		

		Une rencontre entre le délégant et le délégué, pour analyser les actions menées par le délégué ainsi que leur pertinence sur la base d'une revue de dossiers saisis au hasard ou ayant posé question au délégué, est programmée : - à la fin du premier trimestre de mise en œuvre du protocole, - puis *a minima* une fois par trimestre ou sur demande du délégué ou du délégant	
	***13.* Gestion des évènements indésirables** *(prioriser une organisation d'équipe)*	<u>Modalités de recueil des évènements indésirables</u> Tous les événements indésirables associés aux soins (EIAS) consécutifs à la mise en œuvre du protocole sont déclarés selon la procédure locale mise en œuvre. Le formulaire de déclaration d'EI est transmis automatiquement à la cellule de gestion des EI du l'hôpital. <u>Modalités d'analyse et de traitement des évènements indésirables</u> La cellule de gestion des EI de l'hôpital sollicitera les professionnels concernés afin d'analyser ces événements et de déployer des actions correctives qui seront par la suite évaluées et réajustées. Les EI sont consignés et partagés au minimum une fois par an dans le cadre d'un Comité de Retour d'expérience (CREX) auquel participeront délégant(s), délégué(s) et responsable de la structure ou gestionnaire de risque.	
IX	**14. Indicateurs de suivi (seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont <u>obligatoires</u>). Préciser les valeurs attendues et celles qui peuvent provoquer la suspension ou l'arrêt du protocole** ***Nb** : un **événement indésirable associé aux soins (EIAS)** est un évènement inattendu qui*	<u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole</u>***** : Taux d'adhésion au protocole : Nombre de patients pris en charge au titre du protocole / Nombre de patients éligibles sur une année, auxquels le protocole a été proposé	
		<u>Taux de reprise par le délégant</u>*** :** Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/Nombre d'actes réalisés par le délégué	
		<u>Taux d'EI déclarés</u>***** : Nombre d'événements indésirables déclarés*/nombre d'actes réalisés par le délégué <u>Nombre d'EIG déclarés</u>***** (**suspension ou arrêt du protocole si >0**) :	
		<u>Taux de satisfaction des patients</u> (optionnel) :	**Annexe n° 17**

	perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. *Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)*	Nombre de patients ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de patients inclus ayant répondu au questionnaire :	-Questionnaire de satisfaction patient
		Taux de satisfaction des professionnels de santé (délégué, délégant, autres professionnels concernés par la mise en œuvre du protocole* : Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de professionnels ayant répondu au questionnaire :	**Annexe n° 18, 19** -Questionnaire de satisfaction délégants / délégués -
		Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus : Délai de primo-consultation (médicale ou déléguée) en comparaison avec la situation avant la délégation. Proportion de patients ayant des critères de sévérité en consultation médicale après orientation par le délégué en comparaison avec la situation avant la délégation.	
X	**15. Références bibliographiques** *(recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires)*	- Recommandations professionnelles (HAS, autres recommandations reconnues, recommandations étrangères reconnues) • Recommandation de bonnes pratique : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : HAS 2011 • Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. Mayo Clin Proc. 2017;92(2):251–65. • Chung ST, Onuzuruike AU, Magge SN. Cardiometabolic risk in obese children. Ann N Y Acad Sci. 2018;1411(1):166–83. • Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. Pediatr Clin North Am. 2015 Aug;62(4):821–40 • Felső R, Lohner S, Hollódy K, Erhardt É, Molnár D. Relationship between sleep duration and childhood obesity: Systematic review including the potential underlying mechanisms. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2017 Sep;27(9):751–61. - Textes réglementaires (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué, …) • Feuille de route « Prise en charge de l'obésité 2019-2022 », Stratégie nationale de santé, ministère chargé de la santé	

		• Articles L. 4371-1 à L. 4371-3 du code de la santé publique relatifs à la profession de diététicien	

Rappel des annexes obligatoires à joindre

Annexe 1 et 2	Document d'information des patients et de recueil de consentement en cas de consentement écrit
Annexe 3	Algorithme décrivant le parcours du patient
Annexe 4	Arbre de décision pour chaque dérogation
Annexe 5	Exemple de grille d'entretien à destination du délégué
Annexe 6	Normes de la pression artérielle systolique et diastolique en fonction du sexe et de la taille
Annexe 7	Trouble du Comportement Alimentaire (Child-Binge Eating Disorder Scale) (envoyé au domicile avec la convocation)
Annexe 8	Scores d'évaluation du sommeil et de la somnolence (PSQ et Epworth modifié) (envoyé au domicile avec la convocation)
Annexe 9	Prescription d'activité physique adaptée (APA)
Annexe 10	Fiche d'information aux correspondants médicaux
Annexe 11	Compte rendu médical type
Annexe 12	Programme de formation des délégués
Annexe 13	Exemples de QCM et de cas clinique pour évaluation de la formation d'un nouveau délégué
Annexe 14	Grille d'évaluation des compétences théoriques et pratiques acquises par les délégués au cours de la formation
Annexe 15	Carnet de suivi de la formation pratique du délégué
Annexe 16	Attestation de formation
Annexe 17, 18, 19	Outils et questionnaires utilisés pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé

Annexe 1 : Informations à destination des parents concernant la consultation de coopération professionnelle obésité

Madame, Monsieur,

Votre médecin nous a adressé une demande de prise en charge par notre service spécialisée dans la pris en charge de l'obésité pédiatrique. Afin de proposer le parcours de soins le plus adapté à votre enfant, nous avons mis en place une consultation assurée par une diététicienne spécialisée dans la prise en charge de l'obésité, dans le cadre d'un protocole de coopération. Ce protocole* de prise en charge a été spécifiquement autorisé par la Direction de l'établissement et transmis à l'Agence régionale de santé. Le détail de ce protocole peut vous être remis sur simple demande.

- **En quoi va consister la consultation dans le cadre du protocole de coopération ?**

Une diététicienne ayant reçu une formation spécifique à la prise charge de l'obésité assurera une consultation afin de recueillir, par un interrogatoire et un examen clinique, les éléments nécessaires à une orientation de votre enfant pour la suite de sa prise en charge. Cette consultation est assurée en coopération avec les médecins du service spécialisés dans la prise en charge des patients en situation d'obésité. Cette consultation a pour objectif d'évaluer non seulement la situation nutritionnelle de votre enfant, mais également son état de santé global.

Au décours de cette consultation, votre enfant pourra être orienté soit vers une prise en charge par le Centre Intégré de Prise en charge de l'obésité (CIO) de l'hôpital Robert-Debré, soit vers une prise en charge de ville. Cette prise en charge de ville pourra être assurée par le réseau REPOP soit par votre médecin traitant. Dans tous les cas, ce dernier restera impliqué dans la prise en charge de la santé de votre enfant.

Le REPOP est un réseau non-hospitalier de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique. Il s'agit d'un ensemble de professionnels de santé formés pour la prise en charge de l'obésité chez l'enfant. Le but de ce réseau est de permettre un suivi pluridisciplinaire de votre enfant au plus près de votre domicile. En fonction de la situation de chaque enfant, le médecin REPOP référent qui assure le suivi de votre enfant pourra faire appel à des diététiciens et psychologues formés par le réseau pour compléter la prise en charge.

- **Pourquoi une consultation dans le cadre du protocole de coopération a-t-elle été mise en place ?**

La consultation de coopération que nous vous proposons a été mise en place afin de mieux cibler les besoins de chaque patient et de vous proposer une prise en charge adaptée à la situation de votre enfant. Ce dispositif a pour objectif d'améliorer le délai de consultation et d'optimiser la prise en charge de votre enfant.

Si toutefois vous ne souhaitiez pas que votre enfant bénéficie de cette consultation de coopération, une consultation classique pourra vous être proposée. Pour cela merci de nous faire part de votre souhait aux coordonnées suivantes : xx@xx.aphp.fr /01 xx xx xx xx

Bien cordialement,
L'équipe xxxx

*« Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin d'un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ». Cette organisation est inscrite dans le code de la santé publique (articles L. 4011-1 et L. 4011-4

Annexe 2 : Fiche de recueil de consentement du patient

Note d'information aux patients et à leurs familles Protocole de coopération

Madame, Monsieur,

La consultation d'orientation dans le parcours de soins des enfants et des adolescents en situation d'obésité dans le service d'Endocrinologie-Diabétologie Pédiatrique de l'hôpital Robert-Debré, s'inscrit dans le cadre d'un protocole de coopération entre médecins et diététicien(ne)s formé(e)s, autorisant des diététicien(ne)s formé(e)s à réaliser des consultations. Ces protocoles de coopération sont autorisés par le code de la santé publique (Articles L 4011-1, L 4011-2, L 4011-3) qui a prévu leur évaluation et leur autorisation par les autorités de santé compétentes.

L'Agence Régionale de Santé ainsi que la direction du groupe hospitalier ont donné leur accord pour la mise en place de ce protocole.

Un exemplaire du protocole est consultable à votre demande et peut vous être expliqué.

L'équipe médicale reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je soussigné(e) :_____

Ayant la qualité de :

- ☐ Titulaire de l'autorité parentale
- ☐ Représentant légal

déclare avoir reçu une information claire sur ce protocole, délivrée au cours d'un entretien individuel. Avoir été informé qu'en cas de refus du protocole une prise en charge hors protocole sera proposée.

Déclare être informé que le présent document sera conservé dans le dossier médical.

Accord du représentant légal/titulaire de l'autorité parentale :

✍ oui, nous acceptons que notre enfant participe à ce protocole après avoir reçu une information claire et loyale

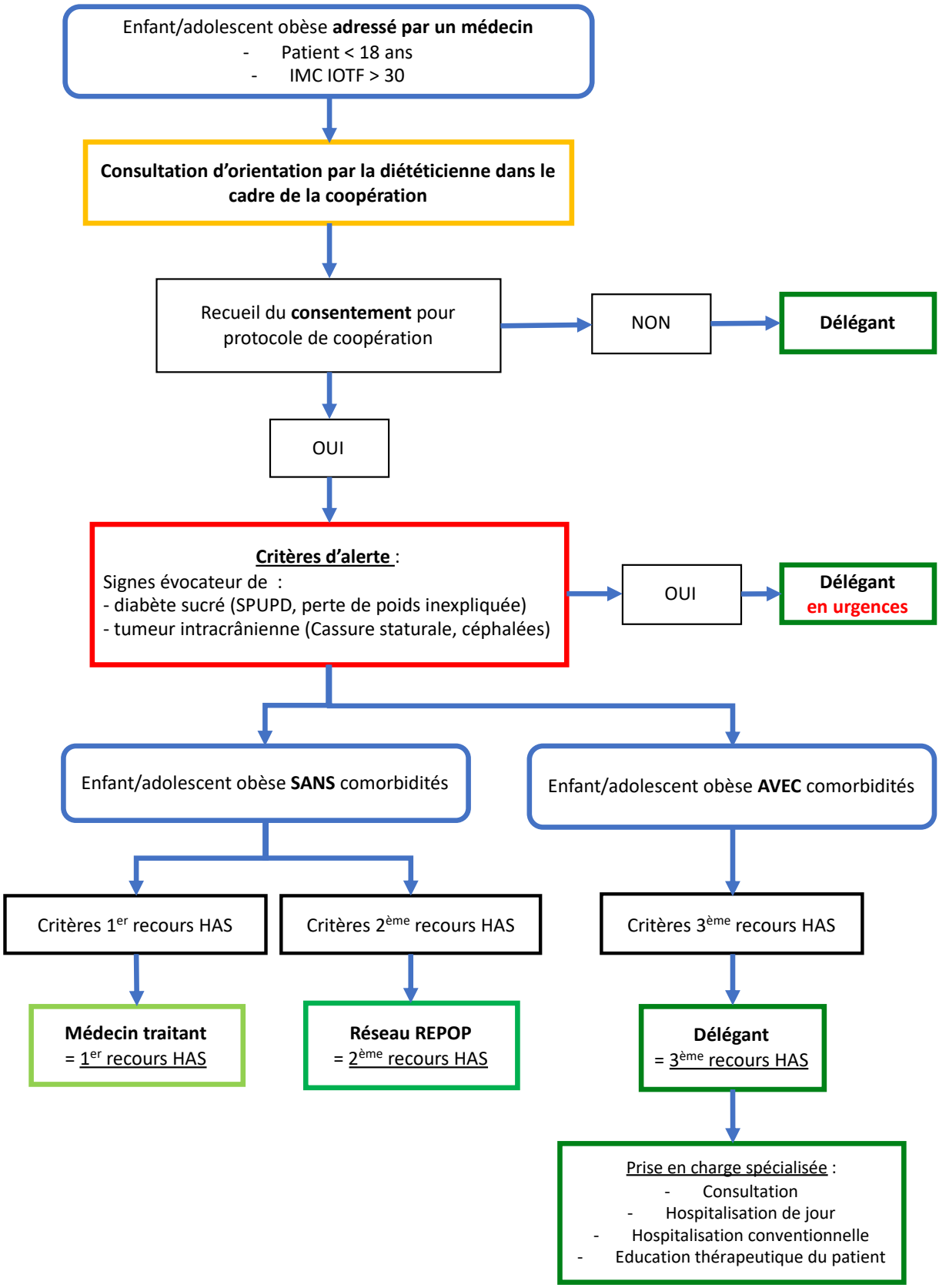
✍ non, nous refusons que notre enfant participe à ce protocole, tout en sachant que nous pourrons revenir sur notre décision

- Enfant (nom-prénom) :……
- Parent 1 (nom-signature) :
- Parent 2 (nom-signature) :
- Représentant légal/titulaire de l'autorité parentale (nom-signature) :
- Fait à ……..Le ……. / ……. / ……..

Professionnel qui a informé le patient et recueilli le consentement des titulaires de l'autorité parentale / représentant légal:

- nom : qualité :
- date : signature :

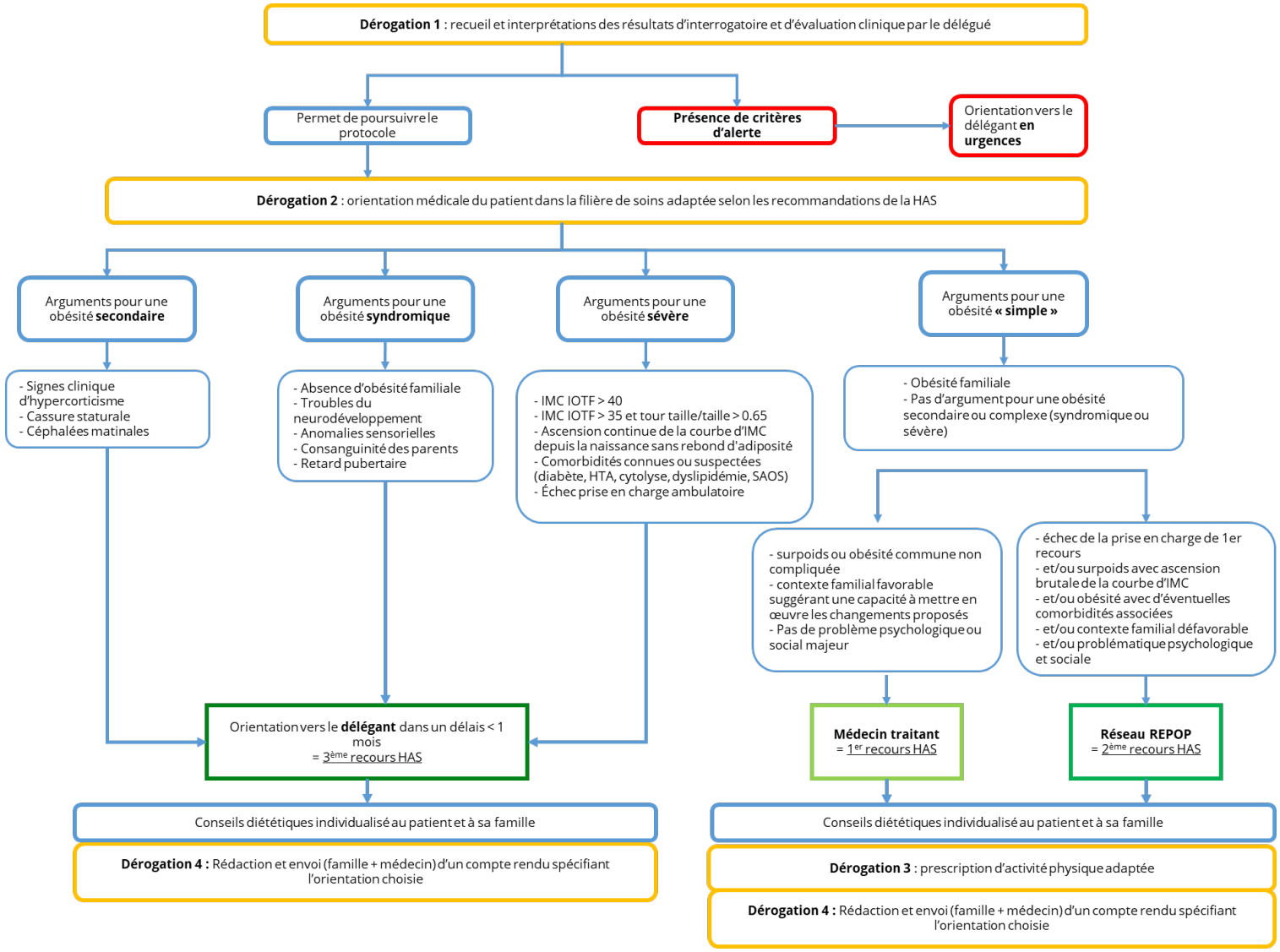
Annexe 3 : Algorithme décrivant le parcours du patient



REPOP : Réseau de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

SPUPD : syndrome polyuropolydipsique

Annexe 4 : Algorithme décrivant la dérogation



Annexe 5 : Exemple de grille d'entretien à destination du délégué

	ITEMS recueillis	Modalités de recueil	Interprétation	Impact sur la décision de prise en charge	Prise en charge par le médecin traitant	Réseau de prise en charge de l'obésité ambulatoire (REPOP)	Prise en charge hospitalière
Interrogatoire	Pays d'origine des 4 grands parents	GPM : GMM : GPP : GMP :	Risque de comorbidité (en particulier diabète) variable selon l'origine	**NON**			
	Consanguinité (parents cousins ou issus de cousins)	□ NON □ OUI préciser :	Risque d'obésité monogénique si consanguinité.	**OUI**	**NON**	**NON**	OUI, surtout si obésité à début précoce (avant 2 ans) et sévère
	Surpoids Obésité parentale	IMC déclaré max (hors grossesse) : Père Mère	Importance de l'obésité parentale sur le risque chez les enfants. A contrario, risque accru d'obésité secondaire si les parents ne sont pas obèses.	**OUI**			OUI si obésité sévère et pas de Surpoids/Obésité chez les parents
	Antécédents de diabète de type 2 (DT2)	Père □ NON □ OUI Mère □ NON □ OUI	Risque de diabète si antécédent chez les parents	**OUI**			Oui si obésité sévère et antécédent de DT2 parental
	Antécédents de chirurgie bariatrique (Sleeve, anneau, by-pass)	Père □ NON □ OUI Type : Mère □ NON □ OUI Type : Autre membre de la famille : □ NON □ OUI Qui ? Type :		**NON**			

	Antécédents d'hypercholestérolémie chez les parents	Père □ NON □ OUI Type : Mère □ NON □ OUI Type :	Risque d'hypercholestérolémie si antécédent chez les parents	**OUI**			Oui si antécédent de dyslipidémie confirmée chez un parent, nécessité d'enquête familiale et ce indépendamment de la prise en charge de l'obésité.
	Antécédents chez les grands parents		Risque accru de comorbidités si antécédents familiaux	**NON**			
	Obésité	□ NON □ OUI Qui ?					
	Hypercholestérolémie ou d'accident cardiovasculaire prématuré	□ NON □ OUI Qui ?					
	Diabète type 2	□ NON □ OUI Qui ?					
	Fratrie	(rang) sur (nombre d'enfants)	Importance pour les obésités monogéniques et aussi pour l'analyse de l'environnement familial	**OUI**			Oui si obésité sévère et pas de Surpoids/Obésité dans la fratrie
	Obésité dans la fratrie	□ NON □ OUI Si oui, nombre de frères et sœurs en obésité :					
	<u>ATCD périnataux grossesse</u> Durée grossesse	SA	Augmentation du risque d'obésité en cas de macrosomie	**NON**			
	Taille de naissance	cm DS					
	Poids de naissance	kg DS					
	<u>Développement psychomoteur :</u> Retard de la marche > 18 mois	□ NON □ OUI	Oriente vers des obésités syndromiques	**OUI**			

	Retard du langage si > 3 ans Déficience intellectuelle	□ NON □ OUI □ NON □ OUI	si anomalie du développement				Oui si retard de développement et obésité sévère
	Troubles sensoriels (surdité, visuel)	□ NON □ OUI	Oriente vers des obésités syndromiques si anomalie sensorielle	**OUI**			Oui si associé à obésité sévère
Interrogatoire	Puberté précoce (Filles : seins, poils pubiens, acné avant 8 ans / Garçons : poils pubiens ou acné avant 9 ans)	□ NON □ OUI		**OUI**			Oui
	Retard pubertaire (Filles : absence seins à 13 ans, absence de règles à 15 ans // Garçon : pas de développement pubertaire à 14 ans)	□ NON □ OUI		**OUI**			Oui
	Age premières règles	ans		**OUI**			Oui si première régles < 10 ans
	Si premières règles il y a plus de deux ans : nombre de cycle par an et régularité du cycle		Spanioménorrhée = signe de syndrome des ovaires polykystiques	**OUI pathologique si > 45 jours**			oui si < 9 cycles par an
	Activité physique/sportive	H		**NON**			
	Ecrans	H		**NON**			
	Sommeil	H		**NON**			
	Tabagisme	□ NON □ OUI Si oui, nombre cigarettes/jour :		**NON**			

	Comorbidités /complications : - Diabète - HTA - Dyslipidémie - Anomalie du bilan hépatique - Signes de SAOS - Boiterie - Retentissement psychologique	 □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI		**OUI**	Vigilance si retentissement psychologique		Oui si dyslipidémie, anomalie du métabolisme glucidique, anomalie du bilan hépatique, SAOS.
	Autres problèmes de santé			**NON**			
	Traitements Pour asthme Oestroprogestatifs Psychotropes Autres VNI	 □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI, préciser (neuroleptiques, corticoïdes,...) : □ NON □ OUI	Impact des thérapeutiques sur le risque d'obésité	**NON**			
	Signes d'alerte : Signes évocateurs de diabète sucré : Syndrome polyuro-polydipsique Perte de poids récente non expliquée Signes évocateurs d'une tumeur intracrânienne Céphalées sévères Cassure de la courbe staturale	 □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI	Oriente vers des comorbités nécessitant une prise en charge en urgences	**OUI**			

Social	Prise en charge antérieure pour l'obésité MG Pédiatre libéral RéPPOP CHG suivi diet uniquement suivi psy uniquement suivi SSR autre	□ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI, préciser	Importance de retracer l'histoire de l'obésité et les tentatives de prise en charge et leur résultat	**OUI si échecs plusieurs PEC**		oui si échec de la prise en charge du MT	Oui si échec de la prise en charge ambulatoire
	Profession des parents	Père : Mère :	Importance du contexte socio-économique familial sur le risque d'obésité et les capacités de prise en charge	**OUI**	Vigilance sur la capacité de prise en charge en médecine de ville en fonction du contexte socio-économique familial	**OUI**	**OUI**
	Le foyer où vit l'enfant	□ Avec ses 2 parents □ Avec sa mère seule □ Avec son père seul □ En alternance chez son père et sa mère □ Avec sa mère et son/sa compagnon/compagne □ Avec son père et sa/son compagne/compagnon □ Avec d'autres personnes					
	Statut socio-économique de la famille (situation financière)	Sécurité sociale □ NON □ OUI					

		Mutuelle □ NON □ OUI CMU □ NON □ OUI CMUC □ NON □ OUI					
	Scolarité Type *(général, spécialisé, ITEP, IME, etc.)* Redoublement / difficultés	□ NON □ OUI	Difficultés scolaires = marqueur de trouble du neurodéveloppement et marqeur potentiel d'impact de l'obésité sur l'insertion scolaire	**OUI si trouble du neurodéveloppement**			Oui si obésité sévère et scolarité spécialisé
	Déscolarisation	□ NON □ Partielle, nombre de jours d'école par semaine □ Totale	Marqeur d'impact de l'obésité sur l'insertion scolaire	**OUI**	Vigilance sur la capacité de prise en charge en médecine de ville en fonction du contexte socio-économique familial		
	Aide éducative *(AME, AED, information préoccupante)*	□ NON □ OUI Si oui, laquelle :	Difficultés scolaires = marqueur de trouble du neurodéveloppement et marqueur potentiel d'impact de l'obésité sur l'insertion scolaire	**OUI**	Vigilance sur la capacité de prise en charge en médecine de ville en fonction du contexte socio-économique familial		

	Suivi pour trouble psychiatrique en cours	□ NON □ OUI Si oui le(s)quel(s) ?	Trouble psychiatrique = marqueur de trouble du neurodéveloppement et marqueur potentiel d'impact de l'obésité sur les conduites	**OUI**	Vigilance sur la capacité de prise en charge en médecine de ville en fonction des troubles du comportement		
Mensurations	PC	cm DS	Oriente vers des obésités syndromiques si micro ou macro céphalie	**OUI**			Oui si < -2DS ou > + 2 DS et obésité sévère
	Poids	kg DS					
	Taille	cm DS					
	IMC	kg/m² et en courbe IOTF (équivalent adulte)		**OUI**			OUI si IOTF > 40
	Tour de taille	cm	Augmentation du risque métabolique si TT/T >50%	**OUI**			Oui si IOTF > 35 et tour taille/taille > 0.65
	Tour de taille/taille	%					

	Reconstitution des courbes / recherche d'anomalies - Rebond d'adiposité - Accélération dynamique de l'IMC - Infléchissement statural	□ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI		**OUI**	Oui si changement rapide de couloirs de l'IMC vers le haut ou rebond d'adiposité précoce, et IOTF < 25	Oui si changement rapide de couloirs de l'IMC vers le haut ou rebond d'adiposité précoce, et IOTF entre 25 et 35	Oui si ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance sans rebond d'adiposité. Oui si infléchissement statural
	Accélération de la croissance au moment de la prise de poids	□ NON □ OUI	Absence d'accélération de la croissance = signe d'obésité secondaire	**OUI**			Oui si pas d'accélération staturale concomitante à la prise
Clinique	Acanthosis nigricans (cou/aisselles)	□ NON □ OUI	Acanthosis nigricans = signe d'insulino résistance	**OUI**			Oui si acanthosis modéré et IOTF > 35 ou si acanthosis sévère
	Pression artérielle : HTA	□ NON □ OUI		**OUI**			Oui si HTA
	Hirsutisme	□ NON □ OUI		**OUI**			Oui si présence d'un hirsutisme
	Boiterie	□ NON □ OUI		**OUI**			Oui si présence d'une boiterie
Tests	Trouble SAOS **(scorePSQ et Epworth modifié)**		Dépistage du SAOS	**OUI**			Oui si score PSQ > 0.33 ou Epworth modifié > 10
	Trouble Comportement Alimentaire **(Child Binge Eating Disorder Scale)**		Dépistage des TCA	**OUI**			Oui si TCA

Annexe 6 : normes de la pression artérielle systolique et diastolique en fonction du sexe et de la taille

PA systolique et diastolique : valeurs repères pour les filles

	TAS				TAD			
Taille (cm)	50°	90°	95°	99°	50°	90°	95°	99°
111	91	105	108	116	59	72	75	83
116	93	106	110	117	60	72	76	83
120	93	107	111	118	60	73	76	83
125	95	109	112	119	61	73	77	84
131	96	110	114	121	61	74	78	85
136	98	111	115	123	62	74	78	85
140	99	112	116	124	63	75	78	86
145	101	115	118	126	64	76	79	86
150	101	116	119	127	64	76	80	87
156	105	118	122	130	66	77	81	88
161	106	119	123	131	66	78	82	89
165	106	120	124	132	67	79	82	89
170	107	121	125	133	67	79	83	90
174	110	124	128	135	69	80	84	90

Xi B et al. Establishing international blood pressure references among nonoverweight children and adolescents aged 6 to 17 years. Circulation. 2016; 133(4):398-408

PA systolique et diastolique : valeurs repères pour les garçons

	TAS				TAD			
Taille (cm)	50°	90°	95°	99°	50°	90°	95°	99°
111	90	104	108	115	59	71	74	80
115	91	105	109	117	59	71	75	81
120	93	106	110	118	60	72	75	82
125	94	108	111	119	61	73	76	83
130	96	109	113	120	62	73	77	83
135	98	111	114	122	62	74	78	84
140	99	113	117	124	63	75	78	85
145	101	114	118	126	63	75	79	86
150	103	116	120	127	65	77	80	87
155	104	118	122	129	65	77	81	87
160	106	120	124	131	66	78	82	88
165	108	122	126	133	66	79	82	89
170	111	124	128	136	68	80	84	90
176	113	127	131	139	69	81	85	91
181	115	129	133	141	70	82	86	92
186	117	131	135	143	70	83	86	93

Xi B et al. Establishing international blood pressure references among nonoverweight children and adolescents aged 6 to 17 years. Circulation. 2016; 133(4):398-408

Annexe 7 : Trouble du Comportement Alimentaire (envoyé au domicile avec la convocation)

Child-Binge Eating Disorder Scale

Evaluating Binge Eating Disorder in Children: Development of the Children's Binge Eating Disorder Scale (C-BEDS)

Jennifer R. Shapiro, *Int J Eat Disord 2007; 40:82–89*

1.	Est-ce qu'il t'arrive de vouloir manger même si tu n'as pas faim ?	**OUI**	**NON**
2.	Est-ce que tu as déjà ressenti que lorsque tu commences à manger tu ne peux plus t'arrêter ?	**OUI**	**NON**
3.	Est-ce qu'il t'arrive de manger parce que tu te sens mal, triste, tu t'ennuies ou autre ?	**OUI**	**NON**
4.	Est-ce qu'il t'arrive de vouloir de la nourriture en récompense d'avoir fait quelque chose ?	**OUI**	**NON**
5.	Est-ce qu'il t'arrive de prendre de la nourriture en cachette ou de la cacher ?	**OUI**	**NON**
6.	Depuis quand fais-tu cela ? (en semaines)		
7.	Est-ce qu'il t'arrive de faire quelque chose pour te débarrasser de ce que tu as mangé ?	**OUI**	**NON**

➔ **Demande d'avis spécialisé si :**

- **réponse positive aux questions 1 et 2,**

  et

- **au moins une réponse positive aux questions 3.4 ou 5,**

  et

- **symptômes évoluant depuis > 3 mois**

  et

- **réponse non à la question 7**

Annexe 8 : Scores d'évaluation du sommeil et de la somnolence (envoyé au domicile avec la convocation)

Questionnaire pour évaluer une somnolence diurne excessive :

Score d'Epworth modifié (Snow A et al. *pediatrics 2002*)

Nom :

Prénom

Date de naissance :

Afin d'évaluer la qualité de sommeil de votre enfant, nous vous proposons de remplir ce questionnaire afin de dépister une somnolence excessive dans la journée.

Merci de ramener ce questionnaire complété avant la date de votre prochain RDV.

Dans la journée, quelle chance à votre enfant de somnoler ou de s'endormir ?				
	Jamais = 0	Faible = 1	Modérée = 2	Forte = 3
Assis en train de lire				
En train de regarder la télévision				
Assis inactif dans un lieu public (ex : cinéma, spectacle)				
Passager d'une voiture roulant pendant 1H				
Allongé dans l'après-midi lorsque cela est possible				
Assis entrain en train de parler à quelqu'un				
Assis au calme après un repas				
En classe à l'école				

Score total (/24) : seuil > 10	

Questionnaire pédiatrique sur les troubles du sommeil liés à la respiration (PSQ)
Jordan L. *Sleep medicine 2019*

Nom : …….…… Prénom : …… Date de naissance : ……..

Personne remplissant le questionnaire : Mère ☐ Père ☐ Patient ☐ Date : _____

A lire avant de remplir :

Merci de répondre à ces questions concernant le comportement de votre enfant pendant son sommeil et lorsqu'il est réveillé. Ces questions portent sur le ***comportement général de votre enfant au cours du dernier mois****, et pas nécessairement au cours des derniers jours, car son comportement a pu être inhabituel s'il n'était pas en forme dernièrement.* ***Entourer la bonne réponse*** *ou écrivez en toutes lettres lisiblement votre réponse dans l'espace disponible.* "O" *signifie "oui", "N" signifie "non" et "NSP" signifie "ne sais pas".*

	Oui	Non	Ne Sais Pas	
1. Pendant son sommeil, votre enfant :				
Ronfle plus de la moitié du temps ?	O	N	NSP	A2
Ronfle tout le temps ?.....	O	N	NSP	A3
Ronfle bruyamment ?	O	N	NSP	A4
Respire fort ?	O	N	NSP	A5
Respire avec difficulté ?	O	N	NSP	A6
2. Avez-vous déjà vu votre enfant s'arrêter de respirer pendant la nuit ?	O	N	NSP	A7
3. Votre enfant : A-t-il tendance à respirer la bouche ouverte pendant la journée ?	O	N	NSP	A24
A-t-il la bouche sèche en se réveillant le matin ?	O	N	NSP	A25
Fait-il pipi au lit quelquefois ?.....	O	N	NSP	A32
4. Votre enfant :				
Est-il fatigué au réveil le matin?	O	N	NSP	B1
Est-il somnolent dans la journée?	O	N	NSP	B2
5. Un enseignant ou un autre encadrant vous ont-ils fait la remarque que votre enfant semble avoir sommeil dans la journée ?	O	N	NSP	B4
6. Est-il difficile de réveiller votre enfant le matin ?	O	N	NSP	B6
7. Votre enfant se réveille-t-il avec des maux de tête le matin ?	O	N	NSP	B7
8. Depuis sa naissance, y a t-il eu un moment où la croissance de votre enfant a été ralentie ?	O	N	NSP	B9
9. Votre enfant est-il en surpoids ?	O	N	NSP	B22
10. Souvent, votre enfant :				
N'a pas l'air d'écouter quand on lui parle directement.	O	N	NSP	C3
A du mal à organiser tâches et activités.	O	N	NSP	C5
Est facilement distrait par tout ce qui se passe autour de lui.	O	N	NSP	C8
Agite nerveusement ses mains ou ses pieds ou se tortille sur son siège.	O	N	NSP	C10
Est constamment actif, est "comme une pile".	O	N	NSP	C14
Interrompt ou s'immisce dans les discussions ou les jeux des autres. .	O	N	NSP	C18

MERCI BEAUCOUP!

Score = Nombre de réponses "OUI"/(Nombre de "OUI"+ nombre de "NON"),
les « ne sait pas » ne comptent pas.
En faveur d'un SAOS si >=0.33

Annexe 9 : Prescription d'activité physique adaptée (APA)

Formulaire spécifique de prescription d'activité physique adaptée (APA)

	Prescription d'APA réalisée dans le cadre d'un protocole de coopération

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant ....., à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

- réduction du temps passé à des activités sédentaires
- augmentation de l'activité physique du quotidien
- programme d'APA avec reconditionnement à l'effort pour mise en place d'exercices physiques et pratique régulière d'une activité physique

.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique[1]), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire[2]:
Enseignants en APA

Document remis au patient ☐

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

[1] Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

[2] Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans la cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

Annexe 10 : Fiche d'information aux correspondants médicaux

Chèr(e) confrère,

Vous nous avez adressé une demande de prise en charge par notre service spécialisée dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique pour l'un de vos patients. Pour proposer le parcours de soin le plus adapté aux patients, nous avons mis en place une consultation assurée par une diététicienne spécialisée dans la prise en charge de l'obésité, dans le cadre d'un protocole de coopération. Votre patient a accepté de participer à ce protocole de coopération. Ce protocole* de prise en charge a été spécifiquement autorisé par la Direction de l'établissement et transmis à l'Agence régionale de santé. Le détail de ce protocole peut vous être remis sur simple demande.

- **Qu'est-ce qu'un protocole de coopération ?**

Par dérogation, les professionnels de santé peuvent s'engager à leur initiative dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

- **En quoi a consisté la consultation dans le cadre du protocole de coopération ?**

Une diététicienne ayant reçu une formation spécifique à la prise charge de l'obésité a assuré une consultation afin de recueillir, par un interrogatoire et un examen clinique, les éléments nécessaires à l'orientation de votre patient pour la suite de sa prise en charge. Cette consultation a été assurée en coopération avec les médecins du service prenant en charge des patients en obésité.

Au décours de la consultation, votre patient a été orienté soit vers une prise en charge spécialisée au sein du Centre Intégré de Prise en charge de l'obésité (CIO) auquel appartient l'hôpital Robert-Debré, soit vers une prise en charge par le réseau REPOP ou vers un suivi conjoint entre ces deux structures, soit vers une prise en charge par vos soins.

Dans tous les cas, votre rôle dans la prise en charge de ce patient reste essentiel.

Le REPOP est le réseau non-hospitalier de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique. Il s'agit d'un ensemble de professionnels de santé formés pour la prise en charge de l'obésité chez l'enfant. Le but de ce réseau est de permettre un suivi de votre patient au plus près de son domicile. En fonction de la situation de chaque enfant, le médecin REPOP référent qui assure le suivi de votre patient pourra faire appel à des diététiciens et psychologues pour compléter la prise en charge.

- **Pourquoi une consultation dans le cadre du protocole de coopération a-t-elle été mise en place ?**

La consultation de coopération que nous avons proposée a été mise en place afin de mieux cibler les besoins de chaque patient et de proposer une prise en charge adaptée à la situation de chaque enfant. Ce dispositif a pour objectif d'améliorer le délai de consultation et d'optimiser la prise en charge de vos patients.

Vous trouverez ci-joint le compte rendu de la consultation avec la décision d'orientation qui a été proposé à votre patient.

Bien cordialement,

L'équipe xxxxx

*« Première consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin d'un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ». Cette organisation est inscrite dans le code de la santé publique (articles L. 4011-1 et L. 4011-4)

Annexe 11 : Compte rendu médical type

Compte rendu 1ère consultation d'évaluation et d'orientation par un(e) diététicien(ne) pour les enfants et adolescents atteints d'obésité, en lieu et place du médecin du Centre Spécialisé de l'Obésité.

Antécédents personnels :

Antécédents néonataux :
Terme : SA
Poids de naissance : g (ème percentile), Taille de naissance : cm (ème percentile), PC : cm (ème percentile).
Hypotonie néonatale : OUI NON
Nutrition entérale néonatale : OUI NON
Allaitement maternel : OUI NON Durée :
Age de la diversification alimentaire :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents familiaux :
Mère : cm, kg, BMI :
Père : cm, kg, BMI :
Consanguinité :
Fraterie : cm, kg, BMI :

Antécédents familiaux :
- Obésité : OUI (préciser) NON
- Chirurgie bariatrique : OUI (préciser) NON
- Diabète de type 2 : OUI (préciser) NON
- HTA : OUI (préciser) NON
- Dyslipidémie : OUI (préciser : hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie) NON

Histoire de l'obésité :

Description de la courbe de croissance :
- Croissance staturale :
- Âge du début de l'obésité :
- Présence d'un rebond d'adiposité précoce : OUI (préciser) NON
- Évolution :

Prise en charge ultérieure : OUI (préciser) NON

Évaluation diététique :
Alimentation hypercalorique : OUI NON
Grignotage : OUI (préciser) NON
Troubles du comportement alimentaire : OUI (préciser) NON

Évaluation de l'activité physique :
Type d'activité :
Temps d'activité physique :

Temps passé devant les écrans :

Scolarité :

Retentissement de l'obésité :
Signes de SAOS : OUI (préciser, score sommeil) NON
Douleurs articulaires : OUI (préciser) NON
HTA : OUI (préciser) NON
Vécu difficile de l'obésité : OUI (préciser) NON

Examen clinique :
Age chronologique : ans 12ème
Poids : kg (DS), Taille : cm (DS), BMI : kg/m²
Tour de taille : cm
Tour de hanche : cm
Cycles réguliers : OUI NON
Hirsutisme : OUI NON
Acanthosis nigricans : OUI (préciser) NON
Puberté :

Décision d'orientation suite à la consultation, selon les recommandations HAS : Suivi par médecin traitant
Patient adressé au REPOP Prise en charge au sein d'un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant (choisir l'orientation)

Annexe 12 : Programme de formation théorique des diététicien(ne)s délégués

Connaissances à acquérir

- Analyser et interpréter des courbes de poids, taille et d'IMC
- Analyser et évaluer la sévérité de l'obésité
- Reconnaitre les signes d'appel et repérer les risques des principales comorbidités associées à l'obésité :
  - Savoir mesurer la tension artérielle et l'analyser
  - Savoir mesurer un tour de taille et réaliser puis analyser le rapport tour taille/taille
  - Savoir rechercher l'acanthosis nigricans, l'hirsutisme
  - Savoir rechercher une boiterie
- Repérer les obésités à risque de complications
- Repérer les différentes causes d'obésités secondaires
- Repérer les principales causes d'obésités syndromiques
- Repérer les signes d'alerte nécessitant une prise en charge en urgence
- Repérer un trouble neuro sensoriel et du développement psychomoteur de l'enfant/adolescent
- Connaitre les indications de prescription d'une activité physique adaptée et savoir réaliser cette prescription

Formation théorique :

1. Consolidation et approfondissement des connaissances sur l'obésité :

- Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde
- Physiopathologie de l'obésité
- Évaluation de la sévérité de l'obésité et des principaux signes orientant vers une complication métabolique de l'obésité :
  - Analyse des courbes de poids, taille, IMC
  - Analyse du tour de taille/taille
  - Analyse de la pression artérielle
  - Rechercher un acanthosis nigricans
  - Évaluer un éventuel hirsutisme
  - Analyse des scores d'évaluation du sommeil et de la somnolence

- Les différentes causes d'obésité :

  Obésité commune : un diagnostic d'élimination
  - Principe de prise en charge

  Obésités secondaires :
  - Causes
  - Comment les repérer
  - Signes d'alertes

- Comment les prendre en charge

Obésités syndromiques :

- Principales causes d'obésités syndromiques
- Signes d'appels orientant vers une obésité syndromique

Signes d'alertes nécessitant une prise en charge en urgence

- Tumeur cérébrale
- Diabète

- Connaissance des enjeux de la prise en charge de l'obésité pédiatrique
  - Rappel sur les principales comorbidités
  - Comment les identifier à l'interrogatoire et à l'examen clinique
  - Conséquences des comorbidités associées à court et moyen terme
- Connaissances du développement psycho affectif, psychomoteur, staturo-pondéral de l'enfant : savoir repérer l'enfant avec un développement anormal
  - Développement psychomoteur normal de l'enfant
  - Développement staturo-pondéral et pubertaire
  - Connaître les comorbidités psychiatriques des obésités syndromiques
- Connaissances du développement pubertaire :
  - Développement pubertaire normal du garçon et de la fille
  - Savoir repérer un développement pubertaire pathologique
- Connaissances sur les examens complémentaires nécessaires à la prise en charge des complications liées à l'obésité lorsque le patient sera adressé en consultation spécialisée :
  - Évaluation métabolique d'une obésité : connaissances sur les examens complémentaires de biologie nécessaires
  - Recherche d'un syndrome d'apnée du sommeil : polysomnographie
  - Recherche d'une hypertension artérielle : holter tensionnel
  - Exploration d'arthralgies : radiographies standards

Annexe 13 : Exemples de QCM et de cas clinique pour évaluation de la formation d'un nouveau délégué

Parmi les propositions suivantes laquelle/lesquelles sont en faveur d'une obésité syndromique :

A) ATCD familiaux de chirurgie bariatrique
B) ATCD de troubles de l'oralité en période néonatale
C) ATCD familiaux d'HTA
D) Présence d'un retard des acquisitions
E) Présence d'un retard pubertaire

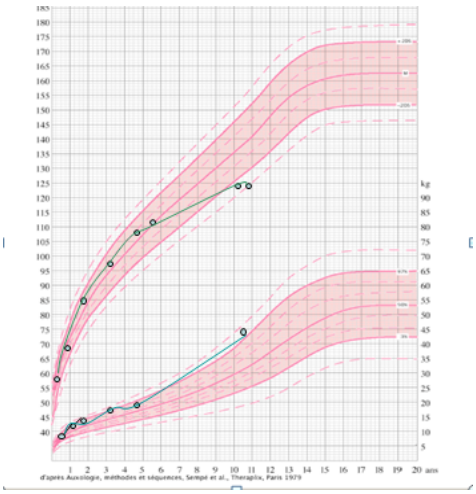
Parmi les propositions suivantes laquelle/lesquelles sont en faveur d'une obésité secondaire :

A) IMC équivalent IOTF > 35 kg/m2
B) Cassure de la courbe de croissance staturale
C) Syndrome polyuropolydipsique
D) Céphalées matinales
E) Microcéphalie

Parmi les propositions suivantes laquelle/lesquelles peuvent correspondre à une complication liée à l'obésité :

A) Dépression
B) Puberté précoce
C) Diabète
D) Hypertension artérielle
E) Hypercholestérolémie

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques en regard de la courbe de croissance suivante :



A) Syndrome de Cushing
B) Obésité commune
C) Hypothyroïdie
D) Tumeur cérébrale
E) Puberté précoce

Un enfant de 4 ans vient vous voir en consultation de coopération :

ATCD personnels :

- 41 SA – P: 3670g – T: 50 cm – PC: 34 cm
- Assise seule à 7 mois – Marche à 1 an
- Langage: 1ère phrase à 3 ans 1/2
- Pas de surdité
- Scolarité: moyenne section (4 ans) – bonne participation aux activités
- Asthme - OMA à répétition

ATCD familiaux :

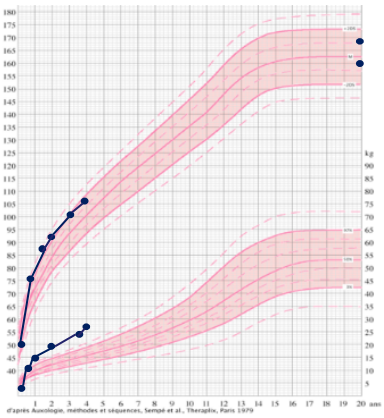
- Parents consanguins 4e degré - IMC des parents 22.6 et 23.3 kg/m²
- Frère de 7 ans en bonne santé

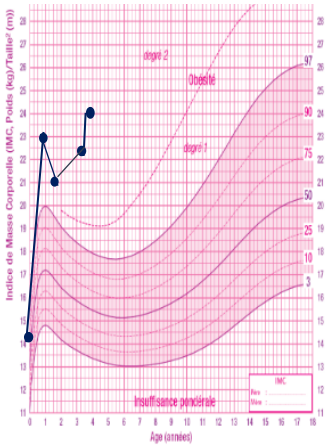
Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) vous met(tent) en alerte pour une suspicion d'obésité syndromique ?

A) L'acquisition de la marche à 1 an
B) Les otites à répétition
C) La consanguinité des parents
D) L'IMC des parents
E) Les mensurations de naissance

Les parents vous rapportent des ronflements nocturnes, des grignotages importants avec un trouble du comportement alimentaire (compulsion, réclame de la nourriture, colère si refus de la part des parents).

A l'examen clinique vous objectivez une obésité faciotronculaire, une racine du nez plate, des yeux en amandes et des extrémités normales. Vous retracez les courbes de croissance et corpulence.

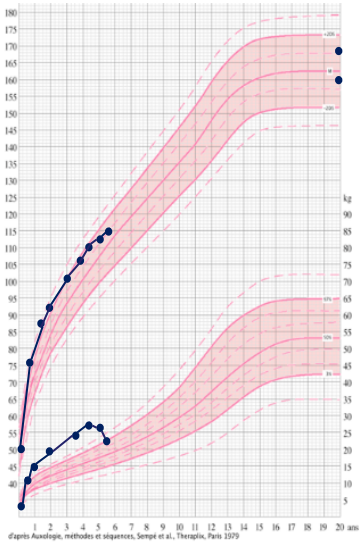


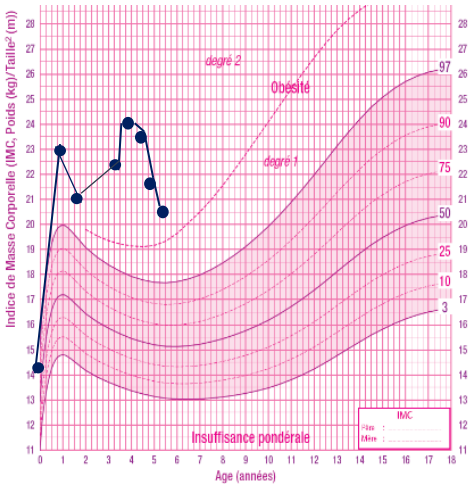


Parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) vrai ?

A) La courbe de croissance staturale montre une cassure de la vitesse de croissance
B) Le rebond d'adiposité suit la courbe de corpulence
C) La croissance pondérale est adaptée à la croissance staturale
D) Les troubles du comportement alimentaires sont fréquents à cet âge là
E) Les atypies morphologiques vous font suspecter une obésité syndromique

Vous expliquez les principes de la prise en charge de l'obésité à cette famille et vous l'adressez en consultation spécialisée. Il est perdu de vue pendant 1 an ½ et reconsulte sur votre centre à l'âge de 5 ans ½. Vous complétez votre courbe de croissance et de corpulence.





Parmi les propositions suivantes laquelle(lesquelles) est (sont) fausse(s) ?

A) Vous vous félicitez de votre prise en charge
B) Vous appelez le délégant
C) Vous recherchez un syndrome polyuropolydipsique
D) Vous proposez de réaliser une glycémie à jeun
E) Vous prenez la tension

Le délégant arrive dans votre box de consultation et constate une TA à 150/100 mmHg, une polypnée à 40 / min, un tirage intercostal et une oligurie à 0.7ml/kg/h.

La biologie retrouve une insuffisance rénale terminale.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous devant l'association d'une obésité, d'un retard des acquisitions et d'une insuffisance rénale ?

A) Obésité commune
B) Syndrome de Cushing
C) Syndrome de Bardet Biedl
D) Hypothyroïdie
E) Syndrome de Wolfram

Annexe 14 : Grille d'évaluation des compétences (connaissances et savoir-faire) acquises par les délégués au cours de la formation

CONNAISSANCES			
	Non acquis	**En cours d'acquisition**	**Acquis**
Les Bases théoriques sur l'épidémiologie et la physiopathologie de l'obésité			
Les enjeux de la prise en charge de l'obésité			
Les principales comorbidités associées à l'obésité, reconnaître leurs signes d'appel et connaître leurs risques			
Les obésités à risque de complications			
Les examens complémentaires nécessaires à la prise en charge des complications liées à l'obésité			
Les différentes causes d'obésités secondaires			
Les principales causes d'obésités syndromiques			
Les signes d'alerte nécessitant une prise en charge en urgence			
Les bases du développement psychomoteur normal de l'enfant			
Les bases du développement pubertaire			

SAVOIR-FAIRE			
	Non acquis	**En cours d'acquisition**	**Acquis**
Etablir une démarche diagnostique			
Effectuer un raisonnement clinique			
Savoir repérer un trouble neurosensoriel			
Savoir repérer les obésités secondaires			
Savoir repérer les obésités syndromiques			
Savoir repérer les obésités à risque de complications			
Savoir évaluer la sévérité de l'obésité			
Reconnaitre les situations urgentes en lien avec une complication ou une cause de l'obésité			
Transmettre des données cliniques aux réunions de synthèse			
Utiliser les réseaux de professionnels et réseaux de santé pour faciliter la continuité des soins entre ville et hôpital			
Conduire une consultation			
Reconnaitre, dépister et signaler tout événement indésirable			

Annexe 15 : Carnet de suivi de la formation pratique du délégué

(à imprimer sous forme de livret)

Première page :

Formation diététicien(ne) à la consultation d'évaluation et d'orientation des enfants et adolescents atteints d'obésité, dans le cadre du protocole de coopération

CARNET DE STAGE

Formation clinique des diététicien(ne)s à la consultation d'évaluation et d'orientation des enfants et adolescents atteints d'obésité

Nom Prénom dietéticien(ne) :

Nom Prénom du médecin délégant encadrant :

Lieu de stage :

Dernière page :

Commentaires du médecin délégant sur l'apprentissage du délégué(e) au cours de la formation clinique :

Commentaires du délégué(e) sur la formation reçue lors du stage clinique :

Pages intermédiaires :

Phase 1 / Diététicien(ne) en observation du médecin encadrant

Durée de participation aux consultations	Date	Caractéristiques des patients vus (diagnostic, âge…)	Médecin(s) encadrant(s)	Observations

Phase 2 / Diététicien(ne) en binôme avec le médecin encadrant

Durée de participation aux consultations	Date	Caractéristiques des patients vus (diagnostic, âge…)	Médecin encadrant	Commentaire
				⇗oui ⬍non
				⇗oui ⬍non
				⇗oui ⬍non

Phase 3 / Diététicien(ne) mène seule la consultation, en supervision par le médecin délégant

Durée de participation aux consultations	Date	Caractéristiques des patients vus (diagnostic, âge…)	Médecin délégant	Commentaire
				⇗oui ⬍non
				⇗oui ⬍non
				⇗oui ⬍non

Annexe 16 : Attestation de formation

Je soussigné(e), Prénom NOM, médecin délégant, atteste que Prénom NOM, profession, a bénéficié d'une formation spécifique, répartie en :

Formation théorique : 20 heures

- Formation théorique spécifique au suivi d'enfants et adolescents atteints d'obésité,
- Validation des compétences acquises lors de la formation théorique spécifique à la prise en charge de l'obésité par le médecin formateur à l'aide d'un questionnaire type.

Formation pratique : 45 heures

Sous forme de stage clinique, pratiquer des consultations d'évaluation de prise en charge des enfants et adolescents atteint d'obésité.

- 20 consultations réalisées en observation du délégant
- 30 consultations en binôme délégant-délégué
- 30 consultations sous la supervision du délégant
- 5 heures de participation à des staffs médicaux d'évaluation des enfants et adolescents atteints d'obésité

A l'issue de cette formation, le délégant a validé les compétences de Prénom NOM pour exercer ses fonctions de délégué(e) dans le cadre du protocole de coopération entre professionnels de santé « **Consultation d'évaluation et d'orientation par le diététicien pour les enfants et adolescents atteints d'obésité** ».

Fait à…….. le……

Signature du délégant Cachet du service

Annexe 17 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENTS/ACCOMPAGNANTS

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté que votre enfant soit pris en charge dans le cadre du protocole de coopération « *Consultation d'évaluation et d'orientation par le diététicien pour les enfants et adolescents atteints d'obésité ».* Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole.

Date :

Vous êtes : Père ☞ Mère ☞ Autre personne titulaire de l'autorité de parentale ☞ Enfant ☞

Nom et prénom de l'enfant :

La *« lettre d'information et de consentement du patient »* envoyée par courrier était-elle claire ?

☞ Oui ☞ Non

Avez-vous compris les explications données par le professionnel de santé lors de la consultation d'orientation sur le protocole de coopération?

☞ Oui ☞ Non

Êtes-vous satisfait de la consultation d'orientation ?

☞ Pas du tout satisfait ☞ Peu satisfait ☞ Satisfait ☞ Très satisfait

Le discours du professionnel de santé que vous avez rencontré était -il clair ?

☞ Oui ☞ Non

Avez-vous eu la possibilité de poser toutes vos questions lors de la consultation d'orientation ?

☞ Oui ☞ Non

Avez-vous compris l'orientation du parcours de soins proposée par le professionnel de santé ?

☞ Oui ☞ Non

Êtes-vous satisfait du délai de prise en charge ?

☞ Pas du tout satisfait ☞ Peu satisfait ☞ Satisfait ☞ Très satisfait

Proposez 2 points d'amélioration à la consultation d'orientation :

Votre proposition d'amélioration n°1 …….....

Votre proposition d'amélioration n°2 …….....

Pensez-vous appliquer l'orientation proposée par le professionnel de santé ?

☞ Oui ☞ Non

Si non pourquoi ? ……

Vos remarques : ……

Annexe 18 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU DELEGANT

Madame, Monsieur,

Vous avez adhéré au protocole de coopération « *Consultation d'évaluation et d'orientation par le diététicien pour les enfants et adolescents atteints d'obésité ».* Nous souhaitons recueillir votre avis.

Date :

- Êtes-vous satisfait par la mise en place de ce protocole de coopération ?
  ☞ Pas du tout satisfait ☞ Peu satisfait ☞ Satisfait ☞ Très satisfait

- Êtes-vous satisfait du délai de prise en charge des patients ?
  ☞ Pas du tout satisfait ☞ Peu satisfait ☞ Satisfait ☞ Très satisfait

- Le nombre d'alertes de la part du délégué est :
  ☞ Insuffisant ☞ Adapté ☞ Trop fréquent

- La pertinence des alertes de la part du délégué est :
  ☞ Inadaptée ☞ Adaptée

- Le temps consacré à la supervision du délégué vous semble :
  ☞ Insuffisant ☞ Adapté ☞ Trop fréquent

- Les orientations proposées par le délégué vous semblent :
  ☞ Inadaptées ☞ Adaptées

- Le protocole de coopération vous a-t-il permis de vous consacrer à des prises en charge plus complexes de patients atteints d'obésité ?
  ☞ Oui ☞ Non

- Souhaitez-vous continuer à participer à ce protocole de coopération ?
  ☞ Oui ☞ Non

- Vos remarques : ……

Annexe 19 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DELEGUE

Madame, Monsieur,

Vous avez adhéré au protocole de coopération « *Consultation d'évaluation et d'orientation par le diététicien pour les enfants et adolescents atteints d'obésité ».* Nous souhaitons recueillir votre avis.

Date :

- Êtes-vous satisfait par la mise en place de ce protocole de coopération ?
  ☞ Pas du tout satisfait ☞ Peu satisfait ☞ Satisfait ☞ Très satisfait

- La formation théorique dont vous avez bénéficié vous semble :
  ☞ Insuffisante ☞ Adaptée ☞ Trop détaillée

- Le temps consacré à la supervision vous semble :
  ☞ Insuffisant ☞ Adapté ☞ Excessif

- La réponse apportée à vos besoins par le délégant vous semble :
  ☞ Insuffisante ☞ Adaptée ☞ Excessive

- La possibilité de joindre le délégant vous semble :
  ☞ Insuffisante ☞ Adaptée

- La coordination avec le médecin qui adresse l'enfant vous semble :
  ☞ Insuffisante ☞ Adaptée

- Le protocole de coopération vous a-t-il permis de valoriser votre expertise ?
  ☞ Oui ☞ Non

- Souhaitez-vous continuer à participer à ce protocole de coopération ?
  ☞ Oui ☞ Non

- Vos remarques : ……