

**LETTRE D'INFORMATION DESTINÉE AUX FAMILLES PARTICIPANT AU PROGRAMME  
D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE MyPOP  
(Mon Parcours d'Obésité Pédiatrique)**

Responsable coordonnateur : Pr Régis COUTANT  
Etablissement : CHU d'Angers

Madame, Monsieur,

Nous proposons à votre enfant ..... et à vous-mêmes, de participer au programme d'éducation thérapeutique mis en œuvre conjointement par le service de pédiatrie du CHU d'Angers et le centre Les Capucins.

**But du programme :** Ce programme est ouvert aux enfants et adolescents obèses ainsi qu'à leurs parents. Il a pour objectif d'aider votre enfant/adolescent à stabiliser son poids et à diminuer sa corpulence en accompagnant un changement durable du mode de vie de toute la famille (activité physique, alimentation...).

**Déroulement du programme :**

Le programme se déroule sur 2 ans de la manière suivante :

- Une première **consultation médicale** au CHU ou aux Capucins
- **Un premier atelier collectif** (de groupe) permettant de cibler pour votre enfant et vous, vos attentes et définir avec chacun de vous vos priorités.
- **Un bilan métabolique et hormonal** en hospitalisation de jour au CHU.
- **Six ateliers thématiques** pour répondre à vos priorités : libre à chacun de faire ou non tous les ateliers, selon sa convenance, le programme étant fait pour que tous les ateliers soient complémentaires.

Les ateliers « En équilibre », « A table ! » et « Un pas en avant » restent cependant obligatoires pour tous les participants.

- **Des consultations diététiques individuelles :** possibilité de bénéficier de 2 consultations individuelles au long de ce parcours, en plus de celle prévue lors du bilan métabolique en hospitalisation de jour.

**Intervenants du programme :** internes, pédiatres, diététiciennes, infirmières, éducateur sportif et socio-esthéticienne.

Les ateliers thématiques auront lieu soit au CHU soit aux Capucins. Pour chaque atelier, plusieurs dates sont possibles.

**Charge à vous d'appeler au secrétariat respectif pour vous y inscrire.**

**Informations générales :**

La prise en charge définie ci-dessus nécessite une adhésion volontaire de votre enfant et de vous-mêmes, un engagement à participer à votre propre rythme aux différents ateliers individuels et collectifs proposés sur 2 ans et à modifier vos habitudes de vie.

Si vous ne souhaitez/pouvez vous engager sur ces 2 années, l'équipe pourra vous orienter vers des professionnels libéraux susceptibles de vous aider.

Votre médecin référent (Dr ....., Téléphone :02.41.35.56.55) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

***CHANGER SES HABITUDES, C'EST UNE AFFAIRE DE FAMILLE !***

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX FAMILLES PARTICIPANT AU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE **MyPOP** (*Mon Parcours d'Obésité Pédiatrique*)

Je soussigné(e) M..... (père) et/ou Mme..... (mère)  
Demeurant à.....  
..... (adresse complète)  
certifie que le Docteur ..... nous a proposé la prise en charge de notre  
enfant, au sein du programme d'éducation thérapeutique MyPOP (*Mon Parcours Obésité  
Pédiatrique*).

J'atteste avoir pris connaissance et compris la lettre d'information relative au  
fonctionnement du programme MyPOP.

- ⇒ Nous sommes libres de refuser de participer à ce programme. Cette décision ne modifiera en rien les relations avec notre médecin traitant et la qualité des soins envers notre enfant. Nous avons compris qu'une prise en charge en ville serait alors proposée.
- ⇒ Mon enfant est d'accord pour participer au programme MyPOP.
- ⇒ Nous nous engageons à assister à plusieurs ateliers **en groupe** qui nous seront proposés **pendant 2 ans. Nous avons bien compris que notre présence à certains d'entre eux était obligatoire.**
- ⇒ Cette prise en charge nécessite un changement durable des habitudes de vie que nous allons tenter de mettre en place.
- ⇒ Nous nous engageons à **arriver à l'heure aux différents rendez-vous**. Pour cela, nous prévoyons d'arriver **15 à 30 minutes** avant l'heure du rendez-vous pour nous garer et réaliser les formalités administratives.
- ⇒ **En cas d'empêchement majeur** (panne de voiture, maladie...), nous **préviendrons le secrétariat de notre absence (02 41 35 44 06 ou 02 41 35 56 55)**. Vous pourrez vous réinscrire à une autre date puisque plusieurs dates sont proposées par atelier.
- ⇒ Nous avons été informés que nous pouvions retirer notre enfant du programme MyPOP à tout moment, **en prenant le soin de prévenir le secrétariat (02 41 35 44 06 ou 02 41 35 56 55)**. Nous avons compris que dans ce cas-là, une prise en charge en ville serait alors proposée.
- ⇒ Nous acceptons librement que les informations personnelles et/ou médicales puissent être partagées avec d'autres interlocuteurs en lien avec le programme et/ou de l'équipe soignante.
- ⇒ Les données médicales, biologiques et radiologiques concernant notre enfant pourront faire l'objet d'un recueil informatisé et anonymisé en vue d'analyser l'efficacité de ce programme. Nous bénéficions à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées nous concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne les données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par nous ou par l'intermédiaire du médecin de notre choix. (*Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004*).

⇒ Nous acceptons librement et volontairement que notre enfant et nous-mêmes participions à ce programme dans les conditions précisées dans la lettre d'information.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au Docteur ....., n° de téléphone : .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

Signature de l'enfant  
ou de l'adolescent

Signature des parents  
ou des représentants légaux

Signature du médecin

*(Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis à la famille, le second est conservé par le responsable)*