
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) - Fiches

Rôle des professionnels impliqués
dans le parcours



STSS

Construction du parcours

Validé par le Collège le 3 février 2022

Sommaire

Fiche 1. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de la médecine scolaire	3
Fiche 2. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : situations qui conduisent à orienter vers un psychologue ou un pédo-psychiatre	7
Fiche 3. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : bilan de la situation sociale et de toute forme de vulnérabilité et accompagnement	10
Fiche 4. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné	15
Fiche 5. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du diététicien	20
Fiche 6. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'enseignant en activité physique adaptée (APA)	24
Fiche 7. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du kinésithérapeute	28
Fiche 8. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'ergothérapeute	31
Fiche 9. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du psychomotricien	34

Fiche 1. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de la médecine scolaire

La médecine scolaire propose un parcours de santé dans le système scolaire. Le dépistage des situations de surpoids ou d'obésité et la participation à la prise en charge des enfants s'inscrivent dans ce contexte¹.

Ce suivi permet tout particulièrement de se questionner sur les interactions possibles entre la scolarité et le développement du surpoids ou de l'obésité ou à l'inverse sur les conséquences de ces situations sur la scolarité.

Les visites obligatoires de dépistage intègrent systématiquement les mesures biométriques ainsi que l'évaluation du bien-être de l'enfant/de l'adolescent(e)

Les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire (Code de l'éducation nationale [articles L. 541-1](#) et [L. 541-4](#)).

Font partie des missions assurées par les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale :

- le suivi de la corpulence de l'enfant/de l'adolescent(e) ;
- le dépistage précoce du surpoids et de l'obésité ;
- le repérage de signes de souffrance psychique ;
- les actions de promotion de la santé des élèves ;
- l'accompagnement des jeunes pendant la prise en charge d'une situation de surpoids ou d'obésité si celle-ci a un impact sur la scolarité.

Des bilans obligatoires et des visites à la demande des familles, des jeunes ou des équipes pédagogiques sont réalisés²

- Bilan de santé entre 3 et 4 ans en école maternelle : réalisé par le médecin ou la puéricultrice de la PMI ou à défaut le médecin ou l'infirmière de la santé scolaire.
- Au cours de la 6^e année de l'enfant, en grande section (GS) de maternelle ou en cours préparatoire (CP) à l'école primaire : réalisé par un médecin de l'Éducation nationale (ou un médecin généraliste ou un pédiatre). Dans certaines académies, un entretien est proposé aux parents de l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, son développement et d'éventuelles pathologies. Les modalités des interventions des infirmiers de l'Éducation nationale dans le premier degré varient d'un département à l'autre en fonction de l'organisation territoriale.
- Lors de la 12^e année de l'adolescent(e) au collège : un entretien infirmier avec l'enfant est prévu, il porte notamment sur ses conditions de vie, sa santé perçue, l'expression éventuelle de difficultés ou de signes de souffrance psychique, ainsi que sur son développement pubertaire. Les parents peuvent être sollicités en tant que de besoin ou assister à l'examen sur leur demande.

¹ Circulaire n° 2015-118 du 10 novembre 2015 relative aux missions des médecins de l'Éducation nationale ; circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015 relative aux missions des infirmier(ère)s de l'Éducation nationale.

² Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du Code de l'éducation. Journal officiel ; 6 novembre 2015.

- Dans le cadre de la formation professionnelle pour l'obtention de certains baccalauréats technologiques ou professionnels, l'enfant mineur est amené à effectuer des travaux réglementés nécessitant une dérogation de l'inspecteur du travail. Une visite médicale annuelle est obligatoire pour valider cette dérogation. Elle devrait comporter systématiquement un dépistage biométrique.
- Quel que soit l'âge : sollicitation d'un médecin de l'Éducation nationale à la demande des familles, des jeunes ou des équipes pédagogiques pour des difficultés d'apprentissage ou de comportement, mais aussi pour des problèmes de santé dont le surpoids et l'obésité.

Des liens sont assurés avec les parents et le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e)

Si l'examen est réalisé hors la présence d'un parent (le plus souvent) :

- informer l'enfant/l'adolescent des résultats de l'examen de santé et du contact avec les parents ;
- transmettre aux parents les conclusions de l'examen si possible de vive voix, et par écrit dans le respect du secret médical. Ces conclusions incluent le cas échéant des recommandations, des repères ou des demandes d'investigations complémentaires ;
- conseiller de consulter le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e) pour envisager des soins et un accompagnement le cas échéant ;
- remettre aux parents, si nécessaire, un courrier à l'attention du médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent ou aux partenaires de soins, ou les informer si cette transmission est faite par messagerie sécurisée de santé. Dans ce cas, le médecin qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission.

Des solutions sont proposées dans les situations de détresse ou souffrance psychologique

- Proposer aux parents un temps de consultation médicale d'évaluation (enfant ou adolescent(e) seul, accompagné de ses parents, parents seuls avec l'accord du jeune) et établir un lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou les partenaires de soins avec l'accord des parents pour rechercher avec eux une aide.
- Proposer en cas de détresse psychologique sans troubles psychiatriques, ni de signes manifestes de crise suicidaire, un relais vers une consultation de psychologue.
- ➔ À titre d'exemple, le dispositif « Écoute'Émoi³ » destiné aux jeunes de 11 à 21 ans vise à réduire la souffrance psychique des jeunes : accès rapide à des consultations de psychologue libéral après évaluation du médecin (médecin scolaire, médecin généraliste), avec remboursement intégral par l'Assurance maladie (12 séances). L'orientation peut se faire par le médecin ou l'infirmière de la médecine scolaire, le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou à la demande du jeune ou de sa famille.
- En cas de situations plus complexes, d'un besoin d'évaluation complémentaire ou de soins spécialisés, une mise en lien est faite entre le jeune et sa famille et un réseau de psychiatrie : maison des adolescent(e)s, centre médico-psychologique, pédo-psychiatre ou psychiatre en ville ou, le cas échéant, les urgences.

Les visites médicales sont une occasion de promotion de l'éducation physique et sportive à l'école

Tout enfant ou adolescent(e) dans une situation de surpoids ou d'obésité doit être encouragé à pratiquer pour maintenir au maximum une activité physique et sportive avec, si besoin, des adaptations.

³ Dispositif « Écoute'Émoi » : arrêté du 7 juillet 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2018 et portant approbation du nouveau cahier des charges national relatif à l'expérimentation visant à réduire la souffrance psychique des jeunes.

- ➔ La délivrance d'un certificat d'inaptitude physique partielle ou totale à la pratique de l'éducation physique et sportive est possible après évaluation et doit s'accompagner d'adaptations.
- ➔ Elle est l'occasion d'amorcer une discussion avec le jeune sur ses envies, ses aptitudes, ses difficultés, ses besoins.
- ➔ La production de ce certificat ne constitue pas pour l'élève un motif de dispense de cours d'EPS.

Les médecins de santé scolaire peuvent, à l'occasion des visites médicales et de dépistage obligatoires, communiquer le document officiel qui doit être complété et signé par le médecin de l'enfant/de l'adolescent(e) (exemples en annexe 9 du guide). Ce certificat précise les aptitudes et atteste le cas échéant d'une inaptitude physique partielle ou totale à la pratique de l'éducation physique et sportive, si l'état de santé limite les capacités physiques de façon momentanée ou durable sur le plan locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire.

Dans le cas d'une inaptitude partielle, le certificat comporte des informations précises quant aux capacités fonctionnelles de l'élève (types d'effort, types de mouvements, types d'environnement, aménagements souhaitables...) pour permettre une adaptation de l'enseignement de l'éducation physique et sportive aux possibilités de l'enfant/de l'adolescent(e) et sa réelle mise en œuvre.

Le certificat médical d'inaptitude est si possible transmis au service de la médecine scolaire.

L'infirmière d'établissement ou le service de la médecine scolaire engage un dialogue avec l'élève, sa famille, le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et l'enseignant d'EPS. Des adaptations peuvent être mises en place pour permettre la pratique si elle est possible.

Le certificat, dont la validité ne peut dépasser l'année scolaire en cours, précise :

- le lien entre la nature des incapacités fonctionnelles et l'inaptitude : types de mouvements et les articulations à mobiliser modérément (amplitude, vitesse, charge, posture), types d'efforts (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires), capacité de l'effort (intensité, durée), situations d'exercice et d'environnement (milieu aquatique, conditions atmosphériques) ;
- la durée de l'inaptitude partielle ;
- les possibilités de l'enfant/de l'adolescent(e) par type d'activité (marcher, courir, lancer, lever-porter, nager, sauter) en précisant pour chacune d'elles l'intensité de l'effort (forte ou modérée), la durée de l'effort (prolongée ou limitée) et les aménagements à prévoir.

Des adaptations peuvent être proposées pour le suivi d'une scolarité le plus souvent dans des situations d'obésité complexes.

Les adaptations mises en place doivent être portées à la connaissance de l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours de soins via « Mon espace santé » ou les courriers de synthèse élaborés par le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e).

Projet d'accueil individualisé (PAI), défini dans la circulaire du 10 février 2021 et BO n° 9 du 4 mars 2021⁴ : précise les adaptations nécessaires (aménagements d'horaires, organisation des actions de soins, etc.) pour les enfants et adolescent(e)s présentant un trouble de la santé afin de faciliter leur parcours de vie en structure collective et l'administration de traitements. Il est rédigé dans une démarche concertée avec le jeune, ses responsables légaux, à leur demande. Le médecin de l'Éducation nationale veille au respect du secret médical. Le PAI associe l'enfant/l'adolescent(e), ses représentants légaux, l'équipe éducative, les personnels de santé de l'établissement scolaire, les partenaires extérieurs.

⁴ Les fiches complémentaires du PAI sont disponibles, remplissables et imprimables directement en ligne sur le site Éduscol : <https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades>

Projet personnalisé de scolarisation (PPS), défini à l'article D. 351-5 du Code de l'éducation : nécessité de recourir à la MDPH : concerne tous les élèves dont la situation répond à la définition du handicap telle qu'elle est posée dans l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles : « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant » et pour lesquelles la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) s'est prononcée sur la situation de handicap, quelles que soient les modalités de scolarisation.

Le PPS définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap (loi n° 2005-102 du 11 février 2005, égalité des droits et des chances, participation et citoyenneté des personnes handicapées).

Accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école (APADHE) : dispositifs départementaux de l'Éducation nationale destinés à fournir aux enfants et adolescent(e)s atteints de troubles de la santé ou accidentés un accompagnement pédagogique au domicile.

Lorsque, pour des raisons de santé, un élève ne peut suivre temporairement une scolarité en établissement, des alternatives à la scolarisation peuvent être mises en place après évaluation et avis du médecin de l'Éducation nationale : l'APADHE s'inscrit dans la complémentarité du service public et garantit le droit à l'éducation à tout élève malade ou accidenté, dont la scolarité est interrompue momentanément, ou perturbée durablement, pour une période supérieure à deux semaines (circulaire du 3 août 2020, assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescent(e)s atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période).

Autres solutions : Centre national d'enseignement à distance (CNED), Votre école chez vous, etc.

- Enseignement à distance : l'inscription au CNED est réglementée. La famille d'un enfant, âgé de 6 à 16 ans, dans l'impossibilité d'être scolarisé dans un établissement scolaire, peut solliciter l'avis favorable de l'inspecteur d'académie-directeur des services départementaux de l'Éducation nationale, pour une inscription au CNED réglementé – classe complète.
- Scolarité partagée : une convention de scolarité partagée CNED/établissement 1^{er} ou 2^d degré précise les conditions de scolarité partagée. Ces conditions seront inscrites dans le projet d'accueil individualisé de l'élève. À défaut d'avis favorable du DASEN ou du médecin de l'Éducation nationale, la scolarité partagée ne pourra pas être mise en place par le CNED.

La participation au suivi et à l'évaluation des dispositifs mis en place pour la poursuite de la scolarité fait partie de l'évaluation globale de la situation et des effets des dispositifs

Selon la situation, le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) associe le médecin et/ou l'infirmière de la médecine scolaire, le psychologue de l'Éducation nationale, si besoin, à l'évaluation de la situation et à la recherche de solutions sur le plan de l'accompagnement de la scolarité, au suivi et à la réévaluation de la situation selon des modalités de concertation définies ensemble.

Dans les situations complexes, le médecin et/ou l'infirmière de la médecine scolaire, le psychologue de l'Éducation nationale participent aux réunions d'analyse ou réunions de concertation pluridisciplinaire organisées par la structure spécialisée de l'obésité. Il s'agit de réévaluer et réajuster la situation en partageant les effets des dispositifs mis en place pour accompagner la scolarité.

Fiche 2. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : situations qui conduisent à orienter vers un psychologue ou un pédo-psychiatre

Selon le tableau clinique, une orientation sera proposée vers un psychologue ou un pédo-psychiatre ou psychiatre en s'assurant de l'accès pour les familles (géographique et financier).

- Débuter en fonction de l'intensité des troubles par un recours au psychologue ou au pédo-psychiatre ou psychiatre. Cette offre de soins peut être proposée parallèlement aux autres interventions ou de manière prioritaire en fonction de la situation.
- Explorer les aptitudes parentales, mais aussi leur souffrance et les orienter si besoin.
- Aider, si besoin, l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents à comprendre et à accepter, en fonction de la situation, une orientation vers un psychologue ou un pédo-psychiatre ou un psychiatre (encadré).

Encadré. Faciliter l'acceptation de l'intervention d'un psychologue ou d'un pédo-psychiatre ou psychiatre

Des réticences ou des résistances peuvent parfois être exprimées par les jeunes ou leurs parents : les difficultés psychologiques, une souffrance psychologique ou des troubles psychiatriques pouvant être minimisés, vécus comme synonyme de folie, l'aide perçue comme stigmatisante, sans utilité ou inefficace, voire difficile d'accès.

Le médecin doit aider l'enfant/l'adolescent(e) à :

- mettre des mots et prendre conscience de ses difficultés psychologiques ou d'une souffrance en lien avec sa corpulence, une insatisfaction vis-à-vis de l'image corporelle, une estime de soi ou une confiance en soi ébranlées, une instabilité de l'humeur, des répercussions sur l'alimentation et les relations sociales, un bien-être ou une qualité de vie altérés ;
- comprendre que les difficultés ou la souffrance psychique sont légitimes et reconnues par le soignant, qu'il y accorde une attention particulière, que d'autres jeunes dans sa situation sont confrontés aux mêmes difficultés ;
- comprendre qu'il n'a pas les ressources tout seul pour faire face à ses difficultés ou à sa souffrance et qu'une aide est possible pour se sentir mieux ;
- accepter que cette aide vienne d'un psychologue ou d'un pédo-psychiatre ou psychiatre.

Il doit également aider les parents à prendre conscience des difficultés ou de la souffrance de leur enfant et de leur légitimité, à exprimer leurs préoccupations, à percevoir le besoin d'une aide et à accepter que cette aide vienne d'un psychologue ou pédo-psychiatre ou psychiatre :

- le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) présente les professionnels de proximité, discute du lieu des soins et rassure sur le lien de confiance avec le professionnel vers lequel il propose l'orientation et sur la continuité de la démarche de soins et d'accompagnement ;
- il propose une mise en lien par une prise de contact. S'il sent le jeune ou les parents réticents, il leur propose d'y réfléchir et d'aborder le sujet lors de la prochaine consultation de suivi ;
- les difficultés d'accessibilité (géographique, financière) doivent être abordées et une solution trouvée en lien avec le réseau de psychiatrie local, et si besoin, avec l'aide du travailleur social.

Recours au psychologue

Le psychologue offre à l'enfant/l'adolescent(e) un espace de parole et établit une relation de confiance pour pouvoir parler de lui, de ses préoccupations, et l'accompagne si besoin

- Il permet de trouver un espace différent d'écoute, de parole. Il aide à affronter les difficultés parfois passagères. Autrement, il repère des signes de souffrance psychique qui peuvent ne pas se révéler ou incomplètement lors des consultations avec le médecin.
- Il approfondit l'évaluation du retentissement psychique d'une situation de surpoids ou d'obésité et recherche une situation de mal-être chez l'enfant/l'adolescent(e), une situation de stigmatisation, de harcèlement.
- Il accompagne le rapport au corps, permet d'exprimer le vécu de la prise de poids, à l'adolescence le désir et l'intérêt ou non pour la sexualité afin de désamorcer des angoisses.
- Il décèle des signes évocateurs d'une situation de maltraitance ou d'une situation d'un enfant en danger ou à risque de danger sur le plan physique, psychologique, sexuel, de négligences (22, 23).
- Il analyse le contexte de vie de l'enfant/l'adolescent(e), le fonctionnement familial et la réponse apportée par les parents aux besoins du jeune, afin de déterminer ce qui pourrait expliquer les difficultés rencontrées. Il explore la qualité de la relation parents-enfant lorsqu'elle apparaît difficile.
- Il recherche des perturbations de l'alimentation et/ou des troubles des conduites alimentaires TCA..

Le psychologue partage une synthèse de l'évaluation avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e)

- Il propose, si besoin, un accompagnement psychologique et, si cela est nécessaire, un travail sur les émotions, la gestion du stress, le contrôle des impulsions en complément des autres composantes des soins (diététique, activité physique, sédentarité, etc.).
- Il propose, si besoin, un accompagnement psychologique aux parents.
- Un lien peut être établi avec le travailleur social pour réfléchir ensemble au besoin d'un appui parental ou de l'intervention d'un éducateur spécialisé.

Si le psychologue ne décèle pas d'éléments pouvant justifier d'un accompagnement psychologique

- Il reste en lien avec le médecin ou les professionnels impliqués dans l'offre de soins et d'accompagnement pour leur apporter des conseils ou un appui.
- Il peut être sollicité pendant le parcours de soins si la situation de l'enfant/de l'adolescent(e) ou de ses parents le nécessite.

Orientation vers le pédo-psychiatre ou le psychiatre dans des situations d'urgence

L'indication peut être posée par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou le psychologue ou le médecin de la médecine scolaire ou le médecin coordinateur de la structure spécialisée dans l'obésité.

- Si la souffrance psychologique de l'enfant/de l'adolescent(e) est très importante avec un retentissement sur le sommeil, des troubles des conduites alimentaires (hyperphagie boulimique, boulimie et autres troubles), sur l'état général, la qualité de vie, la scolarité.
- En cas de signes de dépression, d'anxiété, de risque suicidaire, de tentative de suicide.
- Le recours aux urgences pédiatriques est nécessaire en cas de trouble psychiatrique aigu et/ou de risque suicidaire.

- En cas de prise de poids très importante sur une période courte, d'apparition d'une dépression et/ou d'un faisceau d'arguments conduisant à évoquer des agressions (pas uniquement d'ordre sexuel), une situation de maltraitance physique ou psychologique.
- Si la situation évoque un trouble envahissant du développement, un trouble du spectre autistique, un trouble du comportement, un trouble de la personnalité, une anxiété, une prise de poids importante concomitante à un évènement traumatique qui se répète ou qui se cumule avec d'autres évènements.

Fiche 3. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : bilan de la situation sociale et de toute forme de vulnérabilité et accompagnement

Le bilan de la situation sociale doit être précoce pour venir en soutien de la démarche de soins ou la solliciter

- Une position sociale qui se dégrade et une désocialisation des personnes joueraient un rôle aggravant dans les situations de surpoids ou d'obésité. Même si ces situations de surpoids ou d'obésité sont presque 4 fois plus fréquentes en particulier chez les femmes et les enfants défavorisés socialement, il ne faudrait pas en conclure hâtivement que la précarité est systématiquement associée à l'obésité.
- La vulnérabilité sociale peut être liée à des événements comme un changement de la composition familiale (parent isolé ou rupture conjugale, chômage, maladie, etc.), des difficultés relationnelles intrafamiliales, dont la survenue fragilise la capacité d'un ménage ou d'un parent à répondre à ses besoins et à ceux de ses enfants à partir de ses ressources disponibles, financières ou autres.
- De même, l'accès à l'information en santé est un des éléments qui conditionne les comportements en matière de santé et la capacité des personnes à prendre des décisions.

Les services sociaux ont un rôle essentiel dans le repérage et l'évaluation de difficultés sociales, éducatives, économiques, financières, et plus largement de toute forme de vulnérabilité chez l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents

Le travailleur social réalise une évaluation multidimensionnelle en lien avec l'ensemble des professionnels. Cette évaluation va notamment porter sur l'accès aux soins, les éventuelles difficultés sociales, économiques, financières et de carence éducative. Il s'agira également d'évaluer les difficultés à comprendre l'information et à la traiter qui peuvent entraver l'adhésion et l'engagement dans l'accompagnement et les soins.

Cette évaluation peut être l'occasion de repérer des problématiques liées à un risque de danger pour l'enfant/l'adolescent(e) qui nécessiteront un accompagnement spécifique : signes évocateurs d'une situation de maltraitance (parents, fratrie, etc.) (22) ou d'enfant en danger ou à risque de danger sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste) (23).

- Le motif de recours aux services sociaux peut être l'occasion de repérer une situation de surpoids ou d'obésité ou une préoccupation pour la corpulence exprimée par les parents, l'enfant/l'adolescent(e) lui(elle)-même, et d'orienter vers le médecin généraliste, le pédiatre ou le service de la PMI.
- Les difficultés et/ou des situations de vulnérabilité doivent être accompagnées car elles entravent l'adhésion aux soins des jeunes et de leurs parents.
- Tout professionnel de santé ou les parents concernés peuvent solliciter le travailleur social du centre communal d'action sociale (CCAS) présent dans chaque commune ou les structures des départements (dont la PMI pour les moins de 6 ans).
- Les parents concernés doivent être informés des dispositifs d'aide et d'accompagnement et être soutenus pour faciliter les demandes d'aide auprès des professionnels ou des structures.

Les éventuelles difficultés à comprendre l'information et à la traiter (littératie, numératie et résolution de problèmes) doivent être identifiées et accompagnées.

- Ils peuvent s'adresser aux maisons de services au public (MSAP) qui accompagnent les usagers dans leur démarche de la vie courante : prestations sociales, accès à l'emploi, aux transports, à l'énergie, etc. Les citoyens éloignés des administrations, notamment en zones rurales et périurbaines, sont les premiers bénéficiaires de ces initiatives locales⁵.
- Certaines personnes, du fait de leurs caractéristiques personnelles et de leurs ressources sociales, peuvent avoir des difficultés à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions en santé⁶. Des « précautions universelles de littératie en santé » (32) ou bonnes pratiques de communication orale et écrite devraient être utilisées pour faciliter la communication (33).
- Il peut être nécessaire d'avoir recours à la médiation en santé ou à l'interprétariat linguistique en santé (34, 35).

Le travailleur social réalise un diagnostic sur le plan social et éducatif et met en place un plan d'accompagnement

- Le rôle du travailleur social et de son équipe est de réaliser un diagnostic préorientation, puis d'orienter, recevoir et conseiller les parents sur les démarches à effectuer et de proposer un accompagnement social grâce aux dispositifs existants et à un appui parental.
- Si le besoin est identifié, l'éducateur spécialisé des agences départementales accompagne en premier lieu les enfants/les adolescent(e)s sur leurs lieux de vie. Il accompagne également les pratiques parentales.

Le diagnostic sur le plan social et éducatif se réalise dans le cadre d'une relation fondée sur la confiance mutuelle, la transparence, le respect, le non-jugement. Il peut révéler :

- des droits non mis en œuvre ;
- un suivi irrégulier ou interrompu de la santé globale de l'enfant/l'adolescent et des soins dentaires, des problématiques au niveau de l'alimentation, des rythmes de vie (sommeil, régularité et contexte des repas, activités récréatives), de la pratique d'une activité physique, des loisirs, des interactions sociales, etc. ;
- une relation parent - enfant ou une dynamique familiale difficile, des difficultés éducatives.

L'analyse de la situation peut nécessiter :

- de croiser les informations recueillies avec les autres intervenants impliqués dans les soins et l'accompagnement pour une complémentarité d'action ;
- de proposer aux parents une visite au domicile pour mieux comprendre les conditions et le contexte de vie de l'enfant/de l'adolescent.

Le diagnostic est partagé avec les parents et des solutions adaptées à la situation sont proposées, que les jeunes et leurs parents sont libres d'accepter ou non.

Le travailleur social partage une synthèse de l'évaluation ainsi que les solutions mises en place avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) en ville ou dans le cadre d'un exercice coordonné ou d'une

5 <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/maisons-de-services-au-public>

6 Concept de littératie en santé défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Dodson S, Good S, Osborne RH. Health literacy toolkit for low and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2015. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf>

structure spécialisée dans l'obésité avec l'accord de la personne. Il propose diverses interventions et suit leur effet.

Le lien entre le travailleur social et le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou l'équipe d'une structure spécialisée dans l'obésité est essentiel pour échanger des informations, apporter des conseils, des solutions, un appui à la coordination du parcours

- Les modalités d'échanges d'information, de concertation et de suivi des mesures d'accompagnement mises en œuvre sont définies en commun.
- Seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne doivent pouvoir être échangées ou partagées (109). L'échange et le partage d'informations personnelles sont indispensables à la continuité du parcours. Les données de santé peuvent être échangées et partagées dès lors qu'elles contribuent aux soins et à l'accompagnement de la personne, à la prise en compte de sa situation.
- Le travailleur social ou l'éducateur spécialisé (si besoin, un binôme de professionnels des secteurs sanitaire et social) peut être choisi par le jeune et ses parents comme référent de proximité pour la coordination et le suivi du parcours.

L'accompagnement social et des pratiques parentales repose sur des interventions adaptées à la situation et un travail en pluridisciplinarité

Dans les situations de surpoids ou d'obésité en lien avec une problématique sociale ou économique, le soutien et l'accompagnement social peuvent être larges (encadré).

Parmi les dispositifs, l'accompagnement socio-éducatif, financé par les agences départementales, est particulièrement adapté à une approche globale du retentissement de la situation de surpoids ou d'obésité dans un contexte de fragilité du jeune et/ou de sa famille.

Dans ce cadre, l'éducateur spécialisé peut intervenir à domicile et plus largement dans les lieux des activités quotidiennes.

- Il accompagne, soutient et fait progresser l'enfant/l'adolescent(e) en situation de souffrance et d'exclusion sociale, à partir de ses potentialités, de ses fragilités et de ses besoins, et en l'envisageant dans sa globalité : développer l'autonomie, contribuer à l'épanouissement personnel et à l'insertion sociale, scolaire.
- Avec le jeune et selon son âge, le travail consiste d'abord à créer les conditions de la confiance et de l'expression de ce qui fait souffrance, du vécu de sa situation de surpoids ou d'obésité au quotidien pour travailler avec lui à une meilleure communication (résolution de conflit avec ses pairs, avec sa famille), une prise de conscience du contexte des prises alimentaires, de ce corps qui pose parfois un problème (regard des autres, habillement...), une acceptation de la démarche de soin.
- Il accompagne également les parents dans leurs pratiques parentales lorsque des difficultés à s'occuper de leur enfant, de ses soins, de son comportement, sont identifiées : conforter et développer, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien.

Encadré. Accompagnement social : interventions et dispositifs

Toute proposition doit recueillir l'adhésion de l'enfant/de l'adolescent(e) et de ses parents aux objectifs définis en commun.

- Ouverture de droits, renouvellement des droits à la sécurité sociale, aide pour obtenir ou renouveler une complémentaire santé, recherche d'un médecin traitant via les CPAM.
- Accompagnement socio-éducatif : intervention d'un éducateur spécialisé à domicile et sur les lieux de la vie quotidienne, mais aussi dans les familles d'accueil, dans les établissements médico-sociaux.
- Orientation vers des dispositifs de soutien à la parentalité et l'accès aux droits proposés par les caisses d'allocations familiales :
 - médiation familiale ;
 - lieux d'accueil parent-enfant de moins de 6 ans : accompagnement à la fonction parentale basée sur l'écoute et l'échange autour du lien familial et social ;
 - réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents.
- Accès à une alimentation favorable pour la santé, suffisante et équilibrée aux jeunes qui le nécessitent compte tenu des ressources des parents :
 - un soutien financier direct via la Caf ; coupons alimentaires ; banques alimentaires ; apport de plateaux repas ou de denrées alimentaires, y compris fruits et légumes, dispositif d'épicerie solidaire, etc. ;
 - les colis alimentaires devraient être équilibrés conformément aux nouvelles recommandations alimentaires du PNNS (2019-2023). La distribution de l'aide alimentaire s'accompagne de messages et de repères sur l'alimentation et devrait s'assurer de la possibilité de cuisiner.
- Accès à l'activité physique aux jeunes qui le nécessitent compte tenu des ressources des parents (plafond de quotient familial) : aide de la Caf ou du conseil départemental pour financer les frais d'adhésion, les frais de licence, les coûts des cours ou les frais d'équipement approprié à la pratique d'une activité pour les enfants de 3 à 15 ans (Pass'sports-loisirs).
- Aides financières : orientation vers les structures où les soins sont pris en charge sans reste à charge, financement de soins non pris en charge par l'Assurance maladie (consultation de psychologie, de diététique) et/ou du transport vers les lieux de soins.
- Accès à des activités de loisirs pendant les vacances scolaires : colonies ou séjours de vacances pour favoriser la socialisation du jeune, travailler son autonomie, accueil temporaire en famille d'accueil en cas d'absence de relais familial ou dans une situation de monoparentalité.
- Aides à la vie quotidienne pour les jeunes en situation d'obésité sévère avec un retentissement important sur le fonctionnement au quotidien :
 - aide pour la demande de reconnaissance de la situation de handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
 - financement des besoins liés à l'adaptation de l'environnement : ergothérapeute, équipements sur les lieux de vie, aide aux déplacements pour permettre la poursuite de la scolarité (vélo à assistance électrique, taxi en cas de problèmes de santé associés).

Les services sociaux soutiennent les familles grâce à un accompagnement social défini avec elles aussi longtemps qu'elles en ont besoin

L'évolution de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents n'est pas linéaire, des situations de vulnérabilité sociale peuvent être évidentes d'emblée ou survenir au fil du temps. C'est grâce au suivi de

l'accompagnement du jeune et à l'accompagnement des pratiques parentales que ces situations vont pouvoir être décelées et accompagnées.

L'éducateur spécialisé, tout particulièrement si ses interventions se situent au domicile, ou en structure médico-sociale, est à même :

- de déceler des signes de détresse psychologique chez l'enfant/l'adolescent(e) ou chez ses parents ;
- d'assurer l'interface avec les établissements scolaires et centres de loisirs (application du PAI : contexte de prise des repas notamment), les structures ou lieux fréquentés par l'enfant/l'adolescent(e) dans le cadre périscolaire ou de loisirs ;
- d'apprécier la dynamique des interactions sociales, de repérer des situations de harcèlement, de stigmatisation ;
- d'apprécier la qualité de l'engagement parental, la qualité de la relation parents-enfant, le déni d'une situation du surpoids ou d'obésité ;
- d'apprécier les progrès de l'enfant/l'adolescent(e) et les solutions mises en place par les parents ou les adultes qui s'occupent de lui dans leur lieu de vie.

Fiche 4. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné

L'exercice coordonné améliore la coordination entre tous les intervenants de façon à optimiser le parcours de soins des patients ainsi que l'organisation des soins en réduisant les délais d'accès aux soins.

Plusieurs modalités de travail en exercice coordonné permettent tout particulièrement aux infirmiers, selon leur profil, de participer aux soins et à l'accompagnement des enfants, adolescent(e)s en situation de surpoids et d'obésité dite non complexe et d'obésité complexe :

- les infirmier(ère)s délégué(e)s à la santé publique (IDSP) en coordination avec les médecins généralistes grâce à une organisation sur des actes non dérogatoires à la pratique des infirmiers et des délégations d'actes et d'activités (association Asalée) ;
- les infirmier(ère)s en pratique avancée (IPA) peuvent exercer au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin, en établissement de santé, en établissement médico-social, dans une structure spécialisée dans l'obésité ;
- une démarche de coopération dans laquelle s'engagent, à leur initiative, les professionnels de santé travaillant en équipe pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient (article 66 de la loi OTSS 2019).

Asalée (Actions de santé libérale en équipe)

Asalée est une association qui instaure une organisation sur des actes non dérogatoires à la pratique des infirmiers et des délégations d'actes et d'activités des médecins généralistes vers des infirmier(ère)s sur la base de protocoles validés. Ces infirmier(ère)s ont la charge de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), des dépistages et des suivis de patients ayant certaines maladies chroniques.

Les soins et l'accompagnement des situations de surpoids ou d'obésité dite non complexe peuvent bénéficier de la pratique de l'infirmier(ère) Asalée en permettant aux enfants, adolescent(e)s, de mieux s'approprier leur maladie et de devenir plus autonomes et aux parents d'être guidés, accompagnés. Le dialogue et le suivi régulier assurés par l'infirmier(ère) en coopération avec le médecin permettent un suivi conjoint avec des temps définis de coordination entre professionnels de santé.

Les temps de consultation avec l'IDSP Asalée ont approximativement une durée de 45 minutes à une heure, et ne nécessitent pas d'avance de frais.

Une formation construite par et pour les binômes médecins généralistes/infirmier(ère)s sur le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant/l'adolescent(e) en surpoids est actuellement proposée aux binômes Asalée sur l'ensemble du territoire.

Le repérage et le dépistage du surpoids/obésité de l'enfant/l'adolescent(e) au sein du cabinet se font selon trois modalités :

- accès aux dossiers médicaux informatisés avec possibilité de positionner une alerte à destination du médecin pour une prochaine consultation ;
- et/ou orientation par le médecin généraliste vers l'IDSP Asalée ;

- affichage dans le cabinet d'une information sur la possibilité de bénéficier d'un repérage de surpoids par l'IDSP Asalée. Le médecin validera l'accès direct du patient vers l'IDSP ou choisira de recevoir le patient en premier lieu selon le mode de coopération défini.

Le diagnostic du surpoids et/ou de l'obésité est posé par le médecin généraliste

Dans l'idéal, si l'infirmier(ère) est présent(e) au cabinet lors du diagnostic, le médecin propose à l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille de le (la) rencontrer directement afin de planifier le premier rendez-vous.

Les critères d'adressage du patient à l'IDSP par le médecin sont les suivants

Enfant dont l'IMC est > au 97^e percentile ; enfant dont l'IMC est > au seuil IOTF 25 ; enfant présentant un rebond d'adiposité précoce et dès le repérage de ce rebond ; enfant présentant une ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance ou un changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut ; enfant en surpoids présentant un rapport de tour de taille sur taille > à 0,5.

À la suite de l'invitation par le médecin généraliste à rencontrer l'IDSP et au consentement écrit du patient à être accompagné, un suivi pourra être mis en place selon les besoins du patient et de sa famille. Ce suivi est fondé sur une démarche d'éducation thérapeutique (ETP) selon plusieurs étapes.

L'élaboration du diagnostic éducatif selon les modalités suivantes : entretien de compréhension centré sur l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille ; entretien motivationnel ; utilisation d'outils interactifs et ludiques pour favoriser la réflexion, l'autoévaluation et la prise de conscience.

Il permet d'aborder les connaissances et compétences de la famille et de l'enfant/l'adolescent(e), les motivations intrinsèques et extrinsèques pour apporter des changements des habitudes de vie, la capacité d'adaptation au changement ; d'explorer la représentation qu'a l'enfant/l'adolescent(e) de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents, l'estime de soi, etc.

La mise en place d'un plan d'action personnalisé et la réalisation des séances : négociation avec l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille basée sur une formulation positive des objectifs, la négociation de la fréquence des séances avec les parents et/ou l'enfant/ l'adolescent(e) en fonction de l'âge en tenant compte de l'intervention complémentaire du médecin, de l'IDSP pour les séances d'ETP, et en fonction des besoins, du psychologue, du diététicien, de l'enseignant en APA ; une mise en accord avec la famille du mode de communication avec le patient mineur ; la réalisation de séances d'ETP avec une approche pédagogique et ludique : enfant, adolescent(e) et/ou sa famille (ensemble ou séparément) ; ateliers de groupe autour de la diététique, l'activité physique, avec possibilité de collaboration avec les professionnels de proximité (diététiciens, EAPA, psychologue) en fonction de leur disponibilité.

L'évaluation des effets de l'ETP et un temps de coordination avec le médecin généraliste : si besoin, réajustement et/ou formulation par le patient et/ou sa famille de nouveaux objectifs dits SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, temporels) ; enrichissement du diagnostic éducatif et mise à jour du plan d'action personnalisé par des entretiens de compréhension et de motivation ; soutien et déculpabilisation de l'enfant/de l'adolescent(e) et de sa famille, renforcement positif des compétences éducatives parentales ; si besoin, orientation médicale, sollicitation du travailleur social ou de la santé scolaire.

Les pratiques de coopération : le binôme médecin-infirmier(ère) veille au repérage de situations plus complexes nécessitant l'intervention d'un diététicien, d'un enseignant en APA, psychologue, d'un travailleur social, etc.

L'IDSP est encouragé(e) à développer les relations avec les professionnels de santé locaux et dispositifs existants dans le but de proposer une démarche de soins et d'accompagnement pluriprofessionnelle et notamment dans le cadre de l'obésité.

L'IDSP a la possibilité en accord avec la famille de rencontrer les intervenants scolaires pour une aide à l'élaboration d'un PAI ou pour toute autre problématique.

L'IDSP intervient en amont dans la préparation d'un séjour en SSR, et en relais pendant le séjour et lors du retour à domicile.

Les infirmier(ère)s en pratique avancée (IPA)

Les IPA peuvent exercer au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin (par exemple, en maison ou centre de santé), en établissement de santé, en établissement médico-social au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin. Elles participent au suivi global des patients dont le suivi leur est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont mis en œuvre dans les conditions définies règlementairement et précisées dans un protocole d'organisation.

Dans le respect du parcours de santé du patient coordonné par le médecin traitant, l'IPA apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant au suivi du patient, à l'organisation des parcours avec le médecin généraliste et autres spécialistes, un médecin d'une structure spécialisée dans l'obésité, les professionnels et les équipes de soins des établissements et services de santé ou médico-sociaux.

Les soins et l'accompagnement des situations d'obésité complexe peuvent bénéficier de la pratique avancée des infirmier(ère)s. Cette pratique permet de développer des compétences spécifiques aux différents domaines d'intervention : pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. Elle recouvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales (tableau).

Tableau. Activités et compétences de l'infirmier (ère) en pratiques avancées

Activités	Compétences
<ul style="list-style-type: none">– Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention– Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention– Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique– Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient– Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles– Contribution à des études et des travaux de recherche	<ul style="list-style-type: none">– Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées– Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé– Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique– Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés– Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique– Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

Expertise dans le suivi des patients

L'IPA pourrait participer au bilan multidimensionnel de la situation de la personne soignée afin d'évaluer ses besoins, ses attentes et repérer d'éventuelles vulnérabilités. Les compétences issues du décret sont les suivantes :

- « recueil de données sur la qualité de vie, les capacités d'adaptation, les ressources, les représentations de la maladie, les retentissements de la maladie sur la vie personnelle, sociale et professionnelle, notamment dans le cadre d'un diagnostic domiciliaire ;
- repérage et évaluation de la situation de la personne en prenant en compte le contexte de vie, les différentes pathologies et les différents traitements ;
- évaluation de l'état de santé global d'un patient polypathologique (notamment échelles de mesure des capacités fonctionnelles, sommeil, état nutritionnel, qualité de vie) ;
- bilans de prévention adaptés à la situation du patient (notamment vaccinations recommandées, dépistage organisé de cancers, recherche d'infections sexuellement transmissibles, facteurs de risque cardio-vasculaire, addictions) et suivi des actions de prévention mises en œuvre ;
- analyse et anticipation des besoins en soins de support et en accompagnement social aux différentes étapes du parcours de soins, orientation de la personne en conséquence, pour prévenir les ruptures de soins ;
- repérage et évaluation des événements de vie pouvant avoir un impact sur la situation du patient. »

Expertise dans la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient

L'IPA pourrait participer à l'évaluation du degré de motivation de la personne ainsi que de son niveau de littératie, construire avec l'équipe pluridisciplinaire un parcours de soins structuré et cohérent. Les compétences issues du décret sont de « Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique :

- établir un diagnostic éducatif partagé avec le patient et son entourage ;
- concevoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre de son parcours de soins ;
- identifier et mobiliser les ressources, acteurs, réseaux et structures, nécessaires à la mise en œuvre des actions ;
- organiser et planifier les actions en fonction des besoins du patient ;
- co-construire un plan d'action avec le patient en établissant une relation de confiance dans la durée ;
- accompagner l'adaptation du traitement par le patient et/ou son entourage ;
- évaluer les actions conduites et mettre en œuvre les réajustements nécessaires ;
- accompagner des pairs dans la conception et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre du parcours de soins ;
- définir et mettre en œuvre les actions pertinentes favorisant l'adhésion du patient à son traitement ;
- concevoir et mettre en œuvre des actions recommandées de prévention et d'éducation thérapeutique en fonction de la pathologie aux différentes étapes du parcours du patient ;

- définir et anticiper les besoins en soins de support et en accompagnement social aux différentes étapes du parcours de soins, pour mieux aider et orienter le patient et prévenir les ruptures de soins ;
- aider le patient à développer des compétences d'autosoin. »

Les protocoles de coopération permettent d'opérer entre professionnels de santé exerçant en équipe des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient. Les professionnels de santé travaillant en équipe pourraient s'engager dans une démarche de coopération tout particulièrement dans des situations d'obésité non complexe. Ces protocoles pourraient recouvrir des actes d'évaluation multidimensionnelle et de conclusion clinique, des actes réguliers d'évaluation globale de la situation, préparatoires aux consultations médicales.

Fiche 5. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du diététicien

L'évaluation diététique permet d'approfondir le bilan réalisé par le médecin ou de l'infirmier(ère) dans le cadre d'un exercice coordonné.

Les situations qui conduisent à faire appel aux compétences du (de la) diététicien(ne) sont les suivantes :

- les habitudes alimentaires du jeune et de sa famille, les rythmes, le contexte et l'environnement des repas ;
- les perceptions liées à l'alimentation ;
- un repérage et une exploration, si besoin, des perturbations de l'alimentation, des troubles des comportements alimentaires ;
- les freins et des leviers pour changer l'alimentation.

Le diététicien évalue le besoin d'un accompagnement diététique et propose diverses interventions visant à :

- permettre à l'enfant/l'adolescent(e) de retrouver ou de développer les perceptions liées à l'alimentation, de comprendre les repères alimentaires, d'apporter progressivement des changements aux habitudes alimentaires et de les maintenir dans le temps avec l'aide de sa famille, de les adapter aux diverses situations de la vie quotidienne et aux changements des conditions de vie ;
- accompagner et soutenir les parents, la famille élargie, les éducateurs dans les changements de l'alimentation et leur cohérence entre les différents lieux de vie du jeune. Les améliorations de l'alimentation ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre, prennent du temps et demandent de la persévérance pour que les effets sur le bien-être soient visibles ;
- en cas de TCA, participer systématiquement à l'approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale et familiale) (49) ;
- en cas de perturbations de l'alimentation, travailler sur les comportements, en lien avec un psychologue ou un pédo-psychiatre selon le tableau clinique.

Contenu de l'évaluation préalable à un besoin d'accompagnement diététique

➔ **Évaluation des habitudes alimentaires et de ce qui peut faire obstacle aux changements de ces habitudes :**

- le choix des aliments (qualité, variété, quantité, proportion d'aliments transformés, ultratransformés), les prises alimentaires : rythme, répartition dans la journée, nombre y compris collations et prise alimentaire en dehors des repas (grignotage, alimentation nocturne), tachyphagie ;
- le contexte des repas : durée, contexte (lieux de vie : famille restreinte ou élargie aux grands-parents, foyer, établissement spécialisé, cantine, cafétéria) ;
- la mise en cohérence des habitudes alimentaires entre les lieux de vie du jeune (en particulier en cas de gardes alternées ou d'accueil chez les grands-parents ; entre le foyer, l'établissement médico-social et les périodes de retour au domicile) ;

- les conditions des prises alimentaires (en famille, en groupe ou seul), l'ambiance et la qualité de la relation parents-enfants (environnement calme, avec échanges, tension), participation au choix des menus, à la préparation des repas ;
- les connaissances et représentations, idées fausses et fausses croyances sur l'alimentation, les régimes ;
- les connaissances et attitudes parentales vis-à-vis de leur alimentation et celle de leur enfant ;
- les aspects culturels de l'alimentation dans la famille ;
- les situations qui jouent sur l'augmentation de l'appétit ou l'impulsivité alimentaire : traitements médicamenteux (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antiépileptiques) ; maladies d'origine génétique ;
- l'accès à une alimentation variée (sur le plan géographique et financier).
- ➔ **Évaluation des perceptions liées à l'alimentation et du retentissement psychologique d'une situation de surpoids ou d'obésité :**
- les dimensions sensorielles, émotionnelles, relationnelles : appétit, faim, satiété, envie, néophobie alimentaire, plaisir, instrumentalisation de l'alimentation (récompense, consolation, reconfort) ;
- une recherche de perturbations de l'alimentation, des troubles des conduites alimentaires ;
- une souffrance psychologique chez l'enfant/l'adolescent.

Synthèse et partage des informations

- Croiser, si nécessaire, les informations avec les autres intervenants du parcours pour une complémentarité d'action (psychologue, enseignant en activité physique adaptée, travailleur social).
- Partager une synthèse de l'évaluation avec le médecin prescripteur, le cas échéant avec les professionnels impliqués dans le parcours (dans le cadre d'un exercice partagé, en ville, ou dans une structure spécialisée de l'obésité).
- Proposer des interventions intégrées dans le projet d'éducation thérapeutique du jeune et suivre leur effet.
- Chaque consultation doit comporter un retour vers le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e), le coordonnateur du parcours ou le référent de proximité.

Objectifs des séances diététiques pour tous les enfants/les adolescent(e)s

- Améliorer la nutrition, la qualité des repas (quantité, composition, rythme) et favoriser le maintien des changements d'habitude de vie dans la durée.
- Travailler sur les sensations liées à l'alimentation (satiété, contrôle des stimuli alimentaires externes et internes : goût, odeur, faim, régulation de l'appétit, plaisir).
- Accompagner, selon la situation, une stabilisation du poids ou un infléchissement de la courbe de corpulence, ou une perte de poids (obésité sévère avec complications métaboliques et retentissement fonctionnel).

Modalités de mise en œuvre des consultations de diététique

- Proposer aux parents et au jeune des séances d'éducation thérapeutique régulières et suffisamment espacées pour permettre à l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille de mettre en place les objectifs négociés en termes d'alimentation et de gestion des comportements. Les consultations régulières permettent également de réajuster la démarche de soins.
- La fréquence des consultations est négociée avec les parents et avec l'enfant/l'adolescent(e) en fonction de l'âge. Elle tient compte des autres composantes des soins et de la faisabilité pour la famille.

- Les séances d'éducation thérapeutique concernent principalement les parents si l'enfant a moins de six ans puis progressivement les séances sont proposées à l'enfant/l'adolescent(e) et aux parents.
- Les habitudes alimentaires concernent l'ensemble de la famille, en fonction des besoins le diététicien pourra proposer des séances familiales (à domicile ou en cabinet).
- Il pourra également proposer des temps d'échange avec l'adolescent(e) seul en consultation.

Contenu des consultations de diététique

- Apporter des connaissances et encourager le jeune à aller vers les repères d'alimentation en fonction de son âge tout en restant en cohérence avec ses attentes, son projet, son environnement.
- Proposer des améliorations de l'alimentation et des rythmes de vie de l'enfant/l'adolescent(e) en cohérence avec les habitudes culturelles de la famille.
- Accompagner le choix d'un objectif à la fois avec l'enfant/l'adolescent(e) : progressif, facile à mettre en œuvre, culturellement acceptable et accepté, révisable.
- Se centrer sur un changement concret au niveau de l'alimentation, ou sur une activité en elle-même, plutôt que sur son résultat, rechercher les moyens de garder sa motivation, suivre ses progrès, rechercher l'aide des parents ou d'un éducateur pour persévérer (annexe 8, partie 3 du guide).
- Proposer des exercices permettant de changer la perception des signes de la faim et de la satiété.
- Selon l'évaluation de la situation, utiliser des stratégies d'adaptation complémentaires aux dimensions cognitives pour réguler les émotions (relaxation par exemple), développer ou mobiliser les compétences psychosociales : résolution de problèmes, adaptation de l'alimentation à des contextes variés et dans des situations courantes (famille, cantine, milieu amical, foyer de vie, alternance des lieux de vie) et exceptionnelles (fêtes, rencontres familiales, séjours scolaires, camp de vacances), résister à la pression (affirmation de soi, négociation, gestion des conflits), confiance en soi, estime de soi.

Accompagnement des familles, des éducateurs (selon le lieu de vie du jeune)

- Guider les parents, les éducateurs sur les repères concernant l'alimentation en fonction de l'âge du jeune.
- Expliquer l'importance pour le bien-être du jeune et de la famille d'associer une alimentation variée à de l'activité physique. La limitation de la sédentarité et en particulier l'usage des écrans, la qualité et quantité de sommeil, la régularité des rythmes de vie doivent être abordés avec les parents.
- Expliquer qu'il n'est ni nécessaire d'interdire des aliments, ni d'imposer à l'enfant/l'adolescent(e) un régime alimentaire particulier. Le recours à des produits de régime et compléments alimentaires comporte des risques pour la santé. L'enfant/l'adolescent(e) doit partager le même repas avec sa famille.
- Expliquer que des préoccupations excessives de leur part pour le poids de leur enfant, ou des pratiques de contrôle du poids ou de l'alimentation peuvent entraîner chez le jeune des perturbations de l'alimentation, des troubles des conduites alimentaires, une insatisfaction, une stigmatisation ou des difficultés psychologiques.
- Travailler avec la famille sur les dimensions sensorielles, émotionnelles, relationnelles liées à l'alimentation.

- Aider les parents à veiller à la cohérence (régularité des repas, sommeil) entre les lieux de vie du jeune (résidence alternée, école, internat).
- Renforcer le sentiment d'autoefficacité des parents et du jeune.
- Favoriser, si besoin, la mise en lien avec les lieux de restauration collective (cantine scolaire, extrascolaire dans le cadre des loisirs ou des séjours de vacances) à la demande de la famille ou avec leur accord si le besoin est identifié.

Mise en place d'une évaluation de suivi ayant pour objectifs de :

- suivre l'évolution des éléments recueillis lors de l'évaluation initiale ;
- suivre l'évolution des pratiques alimentaires de l'enfant/de l'adolescent(e), mais aussi de la famille ;
- renforcer positivement les comportements acquis et les capacités de l'enfant/de l'adolescent(e) et sa famille à réussir ;
- s'interroger sur les changements déjà menés, valoriser tout changement apporté à l'alimentation et au contexte des prises de repas. Identifier les raisons qui ont empêché leur maintien sur le long terme s'il y a lieu ;
- ajuster la stratégie de soins et prévoir des interventions visant à gérer les baisses de motivation, à anticiper les difficultés et les écarts aux objectifs ;
- évaluer l'adhésion, les difficultés rencontrées, les moyens mis en œuvre par l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille pour modifier un comportement alimentaire ;
- apporter de nouvelles connaissances, si nécessaire.

Ressources :

Haut Conseil de la santé publique. Avis du 30 juin 2020 relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0-36 mois et de 3-17 ans. Paris : HCSP ; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=924>

Programme national nutrition santé (PNNS), site internet Manger Bouger <https://www.mangerbouger.fr/>

Fiche 6. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'enseignant en activité physique adaptée (APA)

L'évaluation par un enseignant en activité physique adaptée (APA) permet d'approfondir le bilan réalisé par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou l'infirmier(ère) dans le cadre d'un exercice coordonné.

L'enseignant en APA évalue le besoin d'un encadrement en activités physiques et sportives (APS) et propose diverses interventions en fonction de l'évaluation de la situation.

Pour l'enfant/l'adolescent(e), associer la notion de plaisir à la pratique des activités physiques et sportives est un préalable indispensable à l'adoption d'habitudes de vie actives sur le long terme.

Pour les parents, réussir à intégrer une activité physique dans les habitudes familiales et parvenir à poser un cadre cohérent concernant l'usage (quantitatif et qualitatif) des écrans permet de soutenir la motivation du jeune et peut être bénéfique à l'ensemble de la famille.

Les situations qui conduisent à faire appel aux compétences d'un enseignant en APA sont les suivantes :

- évaluer les capacités physiques et motrices de l'enfant/l'adolescent(e) ;
- aider à débiter, reprendre ou poursuivre une AP sur un mode régulier, à mettre en lien l'enfant/l'adolescent(e) avec une structure ou un dispositif permettant de pratiquer ;
- mettre en œuvre, si besoin, un programme d'activité physique adapté, en individuel ou en groupe, supervisé par un professionnel de l'APA ;
- identification par le jeune et/ou sa famille sur quels domaines (AP et/ou sédentarité) ils souhaitent être accompagnés et agir (afin que l'orientation ait du sens) ;
- plainte du jeune quant aux répercussions physiques de son obésité sur sa pratique des activités physiques et sportives (dyspnée, douleurs articulaires ou autres signes fonctionnels...) ;
- vécu psychosocial difficile : activités physiques et/ou sportives en groupe, intégration, moqueries, sentiment de déplaisir, faible estime de ses capacités, sentiment d'incapacité à agir sur sa situation ;
- augmentation importante du temps passé devant les écrans au détriment des autres formes de loisirs. Les écrans peuvent être devenus la seule source de satisfaction ou de plaisir par exemple.

Contenu de l'évaluation préalable à un besoin d'encadrement par l'utilisation d'activités physiques et sportives (APS)

L'enseignant en APA utilise une approche éducative pour explorer les freins à la pratique d'activités physiques et/ou sportives, les difficultés rencontrées, les ressources à mobiliser, les bénéfices attendus.

➔ **Évaluation des habitudes et de ce qui peut faire obstacle à la pratique :**

- les pratiques d'activité physique et sportive parentales, la place de l'activité physique au sein de la famille ;

- les occasions de pratiquer, l'offre locale, un environnement géographique ou matériel favorable ;
- le niveau d'activité physique quotidienne de l'enfant/de l'adolescent(e), la durée journalière et durant les fins de semaine d'exposition aux écrans. Il est important de prendre en compte le fait qu'une augmentation du temps passé devant les écrans accompagnée d'une diminution des loisirs actifs est observée au passage du primaire au collège ;
- la prise en compte d'un éventuel certificat médical précisant les adaptations à la pratique de l'éducation physique et sportive, sur le plan locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire ;
- les pratiques de l'activité physique et sportive antérieures et leurs effets avec recherche du vécu y étant associé sur le plan physique, psychologique, social (plaisir, sentiment de compétence, dégoût, autodépréciation et croyances sur l'activité physique : fatigue, peur de se blesser, stigmatisation, etc.) ;
- la représentation que l'enfant/l'adolescent(e) se fait de l'activité physique et de ses aptitudes, ses souhaits, ses préférences, ses envies ;
- un mal-être lié à l'image du corps, une perturbation de l'estime de soi qui ne favorise pas l'engagement dans une activité et sa poursuite sur un mode régulier et dans la durée ;
- l'identification d'une personne de l'entourage qui pourra soutenir le programme d'activité physique (famille, milieu amical, etc.) ;
- la perception du rôle de la famille ou des éducateurs : importance de leur implication pour mobiliser l'enfant/l'adolescent(e) (motivation, organisation, pratique en commun ou en groupe de pairs).
- ➔ **Évaluation des capacités physiques et motrices et du retentissement psychologique :**
- l'endurance cardio-respiratoire, la force musculaire des membres supérieurs (en particulier la sangle abdominale et les muscles paravertébraux), l'équilibre ;
- la tolérance cardio-vasculaire et respiratoire avec recherche des signes fonctionnels à l'effort (essoufflement, douleur thoracique, syncope, malaise, sensation de palpitation, transpiration, douleurs à localiser précisément) ;
- la tolérance ostéo-articulaire et l'évaluation de la motricité avec recherche de douleurs spontanées ou à type de gêne lors de la marche, craquements au niveau des articulations, limitations angulaires et laxité, inégalités des membres inférieurs, souplesse du rachis ;
- la tolérance psychologique avec recherche de moquerie, de stigmatisation lors de la pratique de l'activité physique avec comme conséquence une mise à l'écart, un arrêt de l'activité physique ou un refus de s'engager dans une nouvelle activité, un isolement avec une augmentation du temps de sédentarité (en particulier l'utilisation des écrans) ;
- les conséquences de la perception de l'image du corps pour l'activité physique.

Synthèse et partage des informations

- Croiser, si nécessaire, les informations avec les autres intervenants dans le parcours pour une complémentarité d'action (diététicien, psychologue, travailleur social).
- Partager une synthèse de l'évaluation et des différentes consultations avec le médecin prescripteur ou les professionnels impliqués dans le parcours (dans le cadre d'un exercice partagé ou d'une structure spécialisée dans l'obésité).
- Proposer des interventions intégrées dans le projet d'éducation thérapeutique du jeune et suivre leur effet avec comme objectif : une « remise en mouvement » et une meilleure « gestion » des loisirs sédentaires de la famille ou au minimum de l'enfant/l'adolescent(e) et de personnes ressources proches qu'il/elle aura identifiées.

Effets recherchés pour tous les enfants et adolescent(e)s

- Lutter contre la sédentarité et augmenter l'activité physique quotidienne et de loisirs.
- Choisir un objectif avec l'enfant/l'adolescent(e) : progressif, facile à mettre en œuvre, accepté et révisable. Se centrer sur l'activité en elle-même plutôt que sur son résultat, rechercher les moyens de garder sa motivation, suivre ses progrès, rechercher l'aide des parents ou d'un éducateur pour persévérer (annexe 8, partie 3 du guide).
- Aider l'enfant/l'adolescent(e) à percevoir et valoriser les effets positifs (sensations, plaisir, diminution du tour de taille) d'une activité physique.

Contenu des séances d'activité physique selon l'évaluation

- Optimiser la mobilité et la condition physique pour rétablir une activité physique de la vie quotidienne, en particulier les déplacements actifs, réduire ou fractionner le temps de sédentarité :
 - encourager le jeune à aller vers les repères d'activité physique et sportive en restant en cohérence avec ses attentes ;
 - aider les parents à intégrer une activité physique dans les habitudes familiales et à parvenir à poser un cadre cohérent concernant l'usage (quantitatif et qualitatif) des écrans.
- Accompagner l'enfant/l'adolescent(e) pour initier, reprendre ou maintenir une pratique d'activité physique adaptée encadrée ou en autonomie :
 - s'informer sur les contre-indications connues à l'activité physique chez l'enfant/l'adolescent(e) ;
 - favoriser la pratique d'activités de types différents (cardio-respiratoire, renforcement musculaire, souplesse) en valorisant la dimension ludique. Pour optimiser l'adhésion des jeunes, proposer en premier lieu des exercices en résistance car la force et la puissance sont des aptitudes dans lesquelles ils sont plutôt performants et valorisés ;
 - prévoir une augmentation autonome de l'activité physique quotidienne si l'enfant/l'adolescent(e) est suffisamment motivé pour une régularité de l'activité et capable de suivre les recommandations d'AP seul ou avec l'aide d'un appui social (famille, amis). Le cas échéant, il est pertinent de montrer des activités reproductibles au domicile avec du petit matériel (élastiques, tapis, bouteilles d'eau, ballon...). Par exemple, un programme à réaliser à domicile peut être proposé sur 12 semaines avec 3 séances par semaine :
 - un circuit training mobilisant les différentes parties du corps,
 - une séance libre, seul ou en famille, plutôt centrée sur l'endurance,
 - une autre proposant de suivre une séance vidéo adaptée, sélectionnée ou créée par l'enseignant en APA ;
 - proposer des ateliers d'activité physique adaptée en groupe et mettre en lien avec des associations affiliées à certaines fédérations non compétitives ou des clubs sportifs encadrés par des éducateurs sportifs formés, au besoin dans le cadre de « sport santé » (<https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/les-premieres-maisons-sport-sante-sont-desormais-connues>). Ces ateliers proposent une pratique multisport où le contexte de pratique se veut contenant, valorisant et où la dimension ludique est mise en avant ;
 - inciter le jeune à inscrire les activités qu'il choisit, son expérience et son vécu dans un support du parcours de soins (journal de bord, carnet de liaison).

Dans certaines situations d'obésité sévère associée à une situation complexe sur le plan psychologique et/ou social :

- proposer un suivi individuel, notamment avec des interventions au domicile permettant d'associer la famille. Le but étant d'aider le jeune à trouver les ressources lui permettant de bouger (exemple : pratique à l'aide d'équipements de mobilité urbaine à proximité du domicile).

Éléments de suivi

- Évolution des pratiques d'activité physique de l'enfant/de l'adolescent(e) et de celles de sa famille si celle-ci s'est engagée à l'augmenter :
- renforcer positivement les comportements acquis ;
- valoriser tout changement et l'atteinte des objectifs.
- Perceptions liées à l'activité physique ou sportive : goût, plaisir, sentiment de compétence.
- Évaluation des difficultés rencontrées, les moyens mis en œuvre par l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille pour y faire face.
- Effets sur l'humeur, l'image de soi, le bien-être, modification de la silhouette (diminution du tour de taille, maintien ou développement de la masse musculaire).
- Ajuster la stratégie de soins et prévoir des interventions visant à gérer les baisses de motivation.

Fiche 7. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du kinésithérapeute

Les situations d'obésité peuvent avoir un retentissement fonctionnel et/ou douloureux qu'il est nécessaire d'évaluer pour répondre aux besoins identifiés et favoriser la réalisation d'activités physiques chez l'enfant/l'adolescent(e).

Peuvent être constatés : des contraintes cardio-respiratoires avec une désadaptation à l'effort, des troubles musculosquelettiques nécessitant une prise en charge kinésithérapique préliminaire à la reprise du sport, des troubles de l'équilibre et de la coordination, parfois associés à des difficultés psychomotrices, parfois une souffrance psychologique qui limite la participation aux activités sportives collectives.

- Un bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) peut être prescrit d'emblée ou en cours de parcours par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou par le médecin de la structure spécialisée dans l'obésité auquel il aura été adressé.
- Le médecin prescripteur du bilan diagnostic ou de séances de kinésithérapie communique au masseur-kinésithérapeute les éventuelles précautions ou contre-indications qui peuvent nécessiter une attention particulière lors de l'évaluation ou la mise en œuvre des moyens thérapeutiques.

Le BDK peut conduire, après une concertation avec l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille, à une proposition d'objectifs de soins et de moyens thérapeutiques les plus appropriés pour répondre aux besoins identifiés, y compris de permettre à l'enfant/l'adolescent(e) de poursuivre une activité physique ou sportive avec ou sans supervision, organisée par des associations ou clubs sportifs encadrés par des éducateurs sportifs formés, au besoin dans le cadre de « sport santé ».

Les situations qui conduisent à faire appel aux compétences d'un kinésithérapeute sont les suivantes :

- une évaluation initiale des fonctions organiques, des structures anatomiques, des activités, des limitations d'activités et de la participation, notamment des douleurs au niveau des articulations ;
- une participation à l'évaluation qualitative et quantitative du sommeil ;
- un bilan pour une désadaptation à l'effort (évaluation quantitative de l'activité physique, dyspnée d'effort).

Contenu du bilan diagnostic préalable à des séances de kinésithérapie

- Examen morphologique, statique et dynamique pour évaluer les attitudes et morphotypes, les possibles adaptations corporelles causées par un excès de poids (relâchement abdominal, enroulement des épaules, augmentation de la cyphose thoracique, hyperlordose lombaire, valgus du genou, pieds plats, par exemple).
- Examen orthopédique objectivant d'éventuels troubles ou douleurs articulaires.
- Évaluation de la qualité de la locomotion, de l'équilibre et du contrôle postural (proprioception).
- Évaluation de la fonction respiratoire (dyspnée, asthme) et de la qualité du sommeil (ronflements, apnées), syndrome restrictif.

- Évaluation (si besoin en collaboration avec l'EAPA) des aptitudes de l'enfant/l'adolescent(e), de sa confiance en ses capacités et en son corps, de ses croyances, des éventuelles barrières psychologiques, familiales (contraintes de temps, etc.).
- Évaluation (si besoin en collaboration avec l'ergothérapeute) des limitations d'activités et des restrictions de participation.

Co-construction d'un projet négocié de traitement et de suivi entre l'enfant/l'adolescent(e) et le masseur-kinésithérapeute

- Accompagner l'enfant/l'adolescent(e) dans un mode de vie actif et dans la pratique d'activités physiques adaptées (en fonction du bilan et des contraintes propres, etc.).
- Proposer des objectifs de soins et des moyens thérapeutiques les plus appropriés pour répondre aux besoins du jeune et *in fine* améliorer sa qualité de vie.

Synthèse et partage des informations

Une synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) est partagée avec le médecin prescripteur et le cas échéant avec l'EAPA pour une complémentarité d'actions.

Effets recherchés

- Redonner le goût du mouvement, redonner confiance en son corps et en ses capacités, améliorer la qualité de vie.
- Permettre à l'enfant/l'adolescent(e) de réaliser des activités physiques sans douleur, ou de réduire toute restriction de nature orthopédique afin qu'il (elle) puisse adopter le mode de vie qui lui convient.
- En cas de pathologie respiratoire du sommeil, diminuer l'index d'apnée/hypopnée par heure et diminuer les principaux symptômes : ronflement, fatigue au réveil, trouble de concentration.

Contenu des séances

Les différentes modalités d'intervention sont proposées et mises en œuvre en fonction de la demande du prescripteur et des conclusions du BDK.

La rééducation s'appuie sur les principes de mise en œuvre suivants :

- varier les exercices et les rendre ludiques ;
- intégrer aux séances un renforcement musculaire et un travail d'endurance ;
- adapter l'intensité des exercices aux possibilités de l'enfant/l'adolescent(e) ;
- privilégier les exercices en décharge, si besoin ;
- veiller à la régularité des séances qui doivent être plurihebdomadaires (2 à 3 par semaine de 30 à 45 minutes) ;
- encourager, soutenir et maintenir la motivation de l'enfant/l'adolescent(e).

Il peut s'agir :

- d'exercices d'activité physique adaptée et progressive (pouvant être confiés à un EAPA). Les activités en décharge peuvent être mieux tolérées (vélo, rameur, piscine). Les séances de balnéothérapie, individuelles ou en groupe, permettent de travailler en décharge et de faciliter l'activité physique en cas de douleur importante ou de dyspnée. Elles peuvent également permettre aux jeunes n'osant pas se montrer en public en tenue de bain de retrouver le plaisir de pratiquer un sport aquatique ;
- d'un renforcement musculaire (membres inférieurs, abdominaux, tronc), des étirements, des exercices de proprioception, un travail sur l'image du corps (pouvant être confiés à un EAPA) ;

- des exercices pour améliorer la capacité cardio-respiratoire et reconditionner à l'effort, harmonisés avec le programme de l'EAPA si la personne est également suivie par ce professionnel ;
- des thérapies manuelles (mobilisations, massages) et des thérapeutiques à visée antalgique ;
- de rééducation des troubles de la marche et des troubles de l'équilibre ;
- de rééducation maxillo-faciale pour des troubles respiratoires et du sommeil.

Éléments de suivi

- Évènements ayant justifié des modifications thérapeutiques : indicateurs liés aux déficiences et aux limitations d'activités.
- Augmentation de l'activité physique globale cumulée au plus près des recommandations pour la population générale, selon l'âge de l'enfant/l'adolescent(e).
- Diminution des temps de sédentarité.

Fiche 8. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'ergothérapeute

Les situations de surpoids ou d'obésité peuvent entraîner des difficultés (en termes de limitation ou de restriction) à réaliser les activités et occupations de la vie quotidienne. Celles-ci incluent les soins personnels, les activités de jeu, d'activité physique extérieure, aller en classe et apprendre, la participation à des activités de loisirs extrascolaires, des relations sociales satisfaisantes.

En l'absence d'explication somatique, doivent être recherchés précocement un retard de développement moteur et/ou neurologique, ou une déficience intellectuelle.

Des solutions existent pour améliorer le fonctionnement dans les situations de la vie quotidienne, l'autonomie, et plus largement la qualité de vie de l'enfant/de l'adolescent(e).

Les situations qui conduisent à faire appel aux compétences d'un ergothérapeute

Diverses problématiques associées ou non à une anxiété sociale peuvent nécessiter un recours à l'ergothérapeute (prescription d'un bilan et de séances d'ergothérapie). Elles sont variables selon l'âge, tout petit, enfant, adolescent(e). Il peut s'agir de :

- retard des acquisitions psychomotrices chez le tout-petit et le très jeune enfant (acquisition, manipulation pauvre, etc.) ;
- développement neuromoteur en décalage avec les attendus de son âge (retard de la station assise, de la marche, de l'acquisition du langage, de la propreté, manipulation pauvre, laçage des chaussures tardif ou non acquis, retard d'acquisition du pédalage, etc.) ;
- particularités sensorielles (troubles de la modulation sensorielle) entraînant un évitement des activités normalement investies par l'enfant/l'adolescent(e) et/ou la présence de comportements inadaptés, en décalage avec les jeunes de son âge (difficulté à gérer les bruits, appréhension à se mettre en mouvement, etc.) ;
- difficultés dans les apprentissages scolaires et/ou à les investir, décrochage, démotivation, perte de confiance en soi, etc. ;
- accidents, chutes ou maladroites répétés et inhabituels pour son âge sans causes somatiques retrouvées (faire tomber ses couverts en permanence, tomber dans les escaliers...) ;
- limitation fonctionnelle musculaire et articulaire (ne pas pouvoir se laver le dos, ne pas pouvoir se baisser ou se relever en toute sécurité) ;
- suspicion ou un diagnostic posé de troubles du spectre de l'autisme, du développement de la coordination, de l'oralité, alimentaire, attentionnels avec ou sans hyperactivité, de trouble de la communication, de déficience intellectuelle, de maladie génétique.

Contenu de l'évaluation préalable à un besoin d'interventions

Le bilan initial en ergothérapie peut être global ou spécifique selon la situation. Il permet d'évaluer les aptitudes et les capacités de l'enfant/de l'adolescent(e) dans les dimensions suivantes :

- la dimension sensorielle : traitement des informations sensorielles reçues ;
- la dimension motrice : motricité globale (niveau de développement moteur par rapport au niveau attendu) et motricité fine (dextérité, coordination bimanuelle) ;
- la dimension cognitive : résolution de problème et adaptation ;
- la dimension scolaire : graphisme et utilisation des outils scolaires et/ou informatiques ;

- le niveau d'activité physique, de sédentarité en prenant en compte du lien social ;
- le niveau de participation dans les activités de la vie quotidienne : autonomie et indépendance (différents transferts, accessibilité du lieu de vie, etc.) ;
- l'analyse des facteurs environnementaux, en particulier l'accessibilité des lieux de vie et d'activités du jeune.

Le bilan en ergothérapie s'appuie sur un entretien semi-dirigé, l'utilisation de tests standardisés et des observations cliniques faites durant des mises en situation de vie quotidienne. L'ergothérapeute croise, si nécessaire, ses informations avec les autres professionnels impliqués dans le parcours, pour une complémentarité d'action.

Le compte-rendu écrit a pour objectif de :

- présenter la synthèse des facteurs limitant ou favorisant l'implication de l'enfant/de l'adolescent(e) dans les différentes sphères de sa vie ;
- proposer des stratégies thérapeutiques, des stratégies d'accompagnement et de guidance, des propositions d'aménagements pédagogiques et/ou d'aménagement de l'environnement.

L'ergothérapeute travaillant en interdisciplinarité, ce compte-rendu écrit évoque très régulièrement les autres professionnels ou techniques thérapeutiques non spécifiques à l'ergothérapie dont pourrait bénéficier l'enfant/l'adolescent.

Objectifs et contenu des séances d'ergothérapie, modalités de mise en œuvre

Les séances concernent directement l'enfant/l'adolescent(e), mais également les parents :

- elles cherchent à améliorer ce qui est estimé prioritaire du point de vue de l'enfant/l'adolescent(e), des parents et, le cas échéant, des enseignants ou professionnels médico-sociaux ;
- une guidance parentale permet aux parents d'être accompagnés et soutenus pour s'inscrire dans les objectifs de l'accompagnement et d'être valorisés dans leurs sentiments de compétence.

Les techniques et méthodes proposées reposent sur les principes de rééducation au niveau sensorimoteur et de réadaptation de l'environnement. Les ergothérapeutes utilisent des approches différentes et peuvent les associer pour atteindre les objectifs formulés dans leur bilan initial :

- se centrer sur les activités qui sont importantes pour l'enfant/l'adolescent(e) et qu'il apprécie, les utiliser comme moyen de développer ou de rééduquer des compétences (sensorielles, motrices, cognitives). Les ergothérapeutes peuvent alors conseiller des stratégies d'adaptation, des méthodes de résolution de problème transférables dans différents aspects de la vie quotidienne, en les testant avec les personnes dans les activités sélectionnées (par exemple : mise en situation dans la cuisine, jeux vidéo, danse, jeux de société, etc.) ;
- utiliser des techniques de rééducation en s'appuyant sur des activités ludiques, pour travailler :
- un des facteurs limitant la participation de l'enfant/l'adolescent(e) dans une activité, par exemple : l'intégration sensorielle pour l'aider à comprendre et organiser les informations sensorielles, le contrôle postural pour diminuer les douleurs et renforcer la station assise, le travail de motricité fine pour faciliter la prise du crayon pour augmenter la prise de notes en cours,
- les transferts : descendre au sol/se relever via le jeu, pour mettre ses chaussures, améliorer la participation aux activités de motricité et d'éducation physique et sportive en classe, éviter les dispenses et l'isolement.

Les activités sont proposées en individuel ou en groupe, celles-ci favorisant la socialisation. Elles peuvent être mises en œuvre au cabinet, sur le lieu de vie (domicile, école, établissement) ou grâce au télésoin (71).

Éléments de suivi

L'ergothérapeute évalue tout le long du suivi de l'enfant/de l'adolescent(e) les évolutions dans la prise d'autonomie et la vie quotidienne du bénéficiaire. Ces bilans intermédiaires permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs de soins en ergothérapie et d'orienter vers d'autres professionnels ou vers une fin de suivi si l'enfant/l'adolescent(e) ressent une satisfaction dans la réalisation des activités de vie quotidienne sélectionnées à la suite du bilan initial.

Synthèse et partage des informations

- Croiser, si nécessaire, les informations avec les autres intervenants dans le parcours pour une complémentarité d'action (kinésithérapeute notamment).
- Partager une synthèse de l'évaluation avec le médecin prescripteur, le cas échéant avec les professionnels impliqués dans le parcours (dans le cadre d'un exercice coordonné, d'un établissement de santé ou d'une structure spécialisés dans l'obésité).
- Proposer des interventions intégrées dans le projet d'éducation thérapeutique du jeune et suivre leur effet.
- Après une série de séances et plus tôt, si nécessaire, un retour vers le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e), le coordonnateur du parcours ou le référent de proximité est organisé selon des modalités définies en commun.

Fiche 9. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du psychomotricien

Le surpoids et l'obésité peuvent impacter le développement global de l'enfant/l'adolescent(e), que ce soit dans sa dimension fonctionnelle ou bien en lien avec le psychoaffectif, le conatif ou encore les compétences psychosociales. Que ce soit sur le plan de la motricité, de la perception et de la représentation du corps, ou sur le plan des capacités d'expression et de communication, notamment co-verbale et infraverbale, l'enfant/l'adolescent(e) qui voit son développement entravé du fait de surpoids ou d'obésité doit être repéré et accompagné le plus tôt possible.

Le psychomotricien fonde son intervention sur la perception du mouvement, l'action, les manifestations corporelles des états émotionnels et leur ressenti, ainsi que les communications verbale et non verbale. S'il évalue et traite les troubles du développement psychomoteur, ses interventions visent prioritairement la récupération des compétences affectées par la situation de surpoids/obésité.

Il accompagne l'enfant/l'adolescent(e) dans la réorganisation de comportements non adéquats quand les compétences sous-jacentes sont plus lourdement impactées, voire limitées. L'objectif premier consiste à repérer précocement des écarts de trajectoire développementale afin d'y répondre rapidement de façon à maximiser la reprise/la poursuite d'un développement psychomoteur normal.

Les situations qui conduisent à faire appel aux compétences d'un psychomotricien sont les suivantes :

- un développement sensorimoteur et un fonctionnement psychomoteur inhabituel, des troubles de la coordination à type de malhabileté, latéralité discordante, de difficulté d'apprentissage gestuel ;
- des troubles du tonus, des troubles du comportement à type de régulation émotionnelle, de signes anxiodépressifs à expression psychocorporelle (stress, tics, tensions musculaires...) ;
- des difficultés relationnelles et d'expression des émotions et sentiments, repli sur soi, isolement ;
- des troubles de la représentation du corps, besoin de mise en œuvre d'exercices spécifiques de conscience et de réinvestissement du corps afin d'améliorer l'estime de soi, la confiance en soi et développer le schéma corporel ;
- des troubles des fonctions exécutives chez un jeune en situation de surpoids ou d'obésité.

Contenu du bilan psychomoteur préalable aux séances

- Exploration des fonctions psychomotrices de base et des composantes spécifiques associées aux problématiques de surpoids ou d'obésité, l'accent étant mis sur les éléments sensorimoteurs, la régulation tonico-émotionnelle et les impacts sur la participation sociale et les apprentissages.
- Évaluation de la posture et de la physiologie de la marche.
- Évaluation des équilibres statique et dynamique lors des changements de position dont la capacité à se relever du sol.
- Appréciation de l'aisance corporelle et de la capacité de l'enfant/de l'adolescent(e) à prendre conscience et à exploiter pleinement ses compétences motrices, sensorielles et cognitives.

- Appréciation de la perception et de la représentation que l'enfant/l'adolescent(e) a de son corps.

Le bilan psychomoteur est une démarche de rencontre et d'observation du sujet dont l'objectif premier est de réaliser un diagnostic psychomoteur. Outre un entretien anamnestique, le bilan requiert nécessairement :

- une évaluation qualitative, basée sur la mise au travail du fonctionnement psychomoteur dans différentes épreuves, et sur l'appréciation de la nature et la qualité des interactions entre l'enfant/l'adolescent(e), l'évaluateur et plus globalement son environnement ;
- une mesure objective des phénomènes ayant motivé le bilan, ou apparaissant au cours de ce dernier, et pouvant constituer un trouble psychomoteur, mesure basée sur l'utilisation de tests standardisés.

Le diagnostic psychomoteur découlant de cette évaluation est construit à partir de l'interprétation des tests et de la correspondance entre les résultats obtenus et les observations du psychomotricien. Ces observations sont liées aux informations anamnestiques recueillies, ainsi qu'à la représentation globale que l'examineur se fait de la dynamique psychomotrice du sujet.

Synthèse et partage des informations

Une synthèse du bilan diagnostic est partagée avec le médecin prescripteur et, le cas échéant, avec les autres professionnels impliqués dans le parcours pour une complémentarité d'actions.

Les conclusions du bilan psychomoteur sont données sous forme d'un compte-rendu écrit qui :

- explicite clairement les évaluations et les mesures effectuées au regard de l'analyse clinique qui en est faite ;
- inclut une proposition structurée d'un projet de soins s'inscrivant dans une approche pluriprofessionnelle ; ainsi que des recommandations visant à faciliter l'impact des interventions à venir de façon à prévenir l'apparition d'autres difficultés ou encore l'aggravation de signes cliniques déjà présents. La réponse apportée est systématiquement individualisée et fait l'objet d'une co-construction d'un projet négocié de traitement et de suivi entre l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille.

Effets recherchés

- Amélioration de la prise de conscience corporelle et la représentation du corps.
- Verbalisation des vécus et des ressentis corporels.
- Amélioration des équilibres et des coordinations psychomotrices en respectant les capacités de l'enfant/de l'adolescent(e).
- Identification des activités et des interventions favorables à un développement psychomoteur harmonieux.
- Rétablissement ou contribution au maintien du bon fonctionnement des fonctions sensorielles, motrices, cognitives en lien avec les précédents points.

Contenu des séances individuelles ou de groupe

Les séances, qu'elles soient dispensées en libéral ou en structure médico-sociale, sont conçues de manière à optimiser les qualités de participation et d'adaptation de l'enfant/de l'adolescent(e) à l'environnement matériel et humain dans le cadre de son projet de vie, dans ses activités de vie quotidienne, de loisirs ou sportives.

Les séances de rééducation portent sur la conscience du mouvement, l'action, la communication, les émotions et les représentations du corps, ainsi que sur la rééducation des troubles de développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs au moyen de techniques de relaxation dynamique,

d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination.

En cas d'obésité sévère, le psychomotricien peut être amené à travailler avec d'autres professionnels pour :

- soulager des symptômes ;
- faciliter les gestes et postures de la vie quotidienne ;
- accompagner le retentissement fonctionnel de l'obésité ;
- prévenir les chutes en travaillant l'équilibre ;
- rechercher des adaptations permettant d'améliorer la participation du jeune aux activités de la vie quotidienne, en individuel comme en groupe, ainsi que sa qualité de vie.

Éléments de suivi et de réévaluation du projet d'intervention

- Pratique d'une activité physique, d'une activité d'expression corporelle ou plastique favorable au bien-être, à l'épanouissement personnel et la bonne santé mentale.
- Réalisation ou poursuite de projets.
- Réalisation des activités de la vie quotidienne.
- Accompagnement de la famille sur les sujets abordés par le psychomotricien.
- Participation et soutien à la démarche d'éducation thérapeutique, en lien avec le médecin prescripteur et les autres professionnels concernés.
- En accord avec le médecin prescripteur et la famille, procéder à une réévaluation du projet d'intervention afin de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs visés initialement et adapter le projet autant que nécessaire, ou prendre la décision de le conclure/le suspendre temporairement.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

