HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Caisse nationale

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)

Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011

STSS

Construction du parcours

Validé par le Collège le 3 février 2022

Mise à jour en février 2023

Descriptif de la publication

Titre	Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)
Méthode de travail	Guide méthodologique – Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique. HAS 2012.
Objectif(s)	Améliorer la précocité du repérage du surpoids et de l'obésité pour agir et prévenir l'évolution vers des stades plus évolués de la maladie ; Proposer une graduation et une modulation de l'offre de soins selon des critères définis ; Impliquer l'enfant, l'adolescent(e), sa famille, les soignants et les professionnels des services et établissements médico-sociaux, le cas échéant, dans des soins et un accompagnement personnalisés tenant compte du contexte de vie ; Favoriser la préparation de l'adolescent(e) à aller vers l'âge adulte et d'améliorer la continuité entre les soins pédiatriques et les soins aux adultes (un lien sera établi avec les travaux sur le parcours obésité de l'adulte) ; Mettre en place une coordination des soins et un accompagnement autour et avec l'enfant, l'adolescent(e), sa famille, pour un parcours sans rupture.
Cibles concernées	Les professionnels impliqués dans le repérage, la prise en charge, le suivi et l'accompagnement des patients au long cours : médecine générale et autres spécialités (notamment pédiatrie, nutrition, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, chirurgie bariatrique, médecine physique et de réadaptation, gynécologie médicale, psychiatrie), de la santé scolaire, du service de la PMI ou en tant qu'infirmier, puéricultrice, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, enseignant en activité physique adaptée, ergothérapeute, psychomotricien, pharmacien, assistant social, éducateur spécialisé, professionnels des services et établissements médico-sociaux. Les usagers et représentants des usagers sont également concernés, ainsi que les structures qui œuvrent à la mobilisation de l'ensemble des acteurs au niveau territorial pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement et éviter au maximum les ruptures du parcours..
Demandeur	Stratégie de transformation du système de santé (STSS) – Ma santé 2022
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, unité parcours, pertinence et protocole de la HAS. Responsable de l'unité parcours, pertinence et protocole : Valérie Ertel-Pau. Chef du service des bonnes pratiques : Pierre Gabach. Assistante du projet : Isabelle Le-Puil.
Recherche documentaire	Période : 2011 à janvier 2022 Réalisée par Emmanuelle Blondet avec l'aide de Sylvie Lascols. Chef du service documentation – veille : Frédérique Pagès.
Auteurs	Chef de projet HAS et membres du groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 3 février 2022
Actualisation	16 février 2023 : recherche documentaire, guide du parcours et documents compagnons
Autres formats	Documents compagnons : Synthèse ; 10 messages clés pour améliorer les pratiques

Sommaire

Introduction 7

Préambule 9

Méthode 11

Vue d'ensemble du parcours 14

1. Dépister précocement une situation de surpoids ou d'obésité 15

1.1. Professionnels participant au dépistage 15

1.2. Suivre régulièrement l'évolution de la corpulence de tout enfant/ tout(e) adolescent(e) tout au long de l'enfance et de l'adolescence 15

1.3. Suivre plus fréquemment l'enfant/l'adolescent(e) ayant des facteurs prédisposants ou de risque de développer un surpoids ou une obésité 16

1.4. Analyser conjointement l'historique et la dynamique de la courbe d'indice de masse corporelle et être vigilant 17

1.5. Le service de la santé scolaire : un acteur essentiel dans le dépistage, et si besoin, la participation à l'offre de soins et d'accompagnement 18

1.6. Engager le dialogue sur la corpulence : repères pour communiquer et prévenir la stigmatisation 19

1.7. Évaluer systématiquement les habitudes de vie et le bien-être de l'enfant/l'adolescent(e) et engager des changements si besoin 21

1.8. Noter dans le carnet de santé et « Mon espace santé » 22

2. Confirmer le diagnostic de surpoids ou d'obésité 23

2.1. Réaliser un examen clinique et un entretien avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents 23

2.2. Limiter le bilan biologique à des examens ciblés. Explorer systématiquement un diabète de type 2 en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque 24

2.3. Obésité de cause rare : conduite à tenir et orientation 24

2.4. Évaluer les habitudes de vie de manière plus approfondie 25

2.5. Débuter l'accompagnement des changements des habitudes de vie dans le but de promouvoir la santé et le bien-être 27

2.6. Repérer les signes de perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires 27

2.7. Évaluer et accompagner précocement les difficultés psychologiques ou troubles psychiatriques, les situations à risque 28

2.8. Déceler et accompagner précocement toute forme de vulnérabilité sociale 30

2.9. Annoncer le diagnostic et les étapes suivantes 30

3. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle de la situation dès le repérage d'un surpoids ou d'une obésité 32

3.1. Professionnels impliqués 32

3.2. Finalités et objectifs de l'évaluation multidimensionnelle 32

3.3. Dimensions à explorer et repères pour guider l'évaluation 33

4. Compléter ou approfondir l'évaluation initiale ou en cours de parcours 35

4.1. Recourir à l'appui de professionnels de proximité 35

4.2. Recourir à une structure spécialisée dans l'obésité pour approfondir l'évaluation multiprofessionnelle 36

4.3. Situations conduisant à solliciter un diététicien 37

4.4. Situations conduisant à solliciter un enseignant en activité physique adaptée (APA) 38

4.5. Situations conduisant à solliciter un kinésithérapeute 38

4.6. Situations conduisant à solliciter un ergothérapeute 38

4.7. Situations conduisant à solliciter un psychomotricien 39

4.8. Rédiger et partager une synthèse 39

5. Graduer et moduler les soins et l'accompagnement 41

6. Proposer des soins et un accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité 44

6.1. Partager la décision 44

6.2. Objectifs des soins et de l'accompagnement 44

6.3. Accompagner les changements des habitudes de vie grâce à une éducation thérapeutique complémentaire du suivi médical 45

6.4. Accompagner le rapport au corps tout particulièrement chez l'adolescent(e) 47

6.5. Suivi gynécologique et contraception chez une jeune fille en situation de surpoids ou d'obésité 48

6.6. Prendre en compte le retentissement fonctionnel et esthétique de l'obésité tant chez les filles que chez les garçons 50

6.7. Faciliter les activités de la vie quotidienne, soulager les symptômes, proposer des adaptations pour la continuité de la scolarité 51

6.8. Assurer un suivi global et régulier de la situation individuelle et familiale pour ajuster les soins et l'accompagnement 52

7. Situation de surpoids ou d'obésité non complexe : spécificités 56

7.1. Objectifs des soins et de l'accompagnement 56

7.2. Coordonner les soins et l'accompagnement 56

7.3. Proposer une éducation thérapeutique en complémentarité du suivi médical 56

7.4. Suivi global de la situation de l'enfant/l'adolescent(e) sur plusieurs années 57

8. Situation d'obésité complexe : spécificités 58

8.1. Objectifs des soins et de l'accompagnement 58

8.2. Coordonner les soins et l'accompagnement et éviter les ruptures du parcours 58

8.3. Poursuivre une éducation thérapeutique en complémentarité du suivi médical 60

8.4. Traiter les pathologies psychiatriques 60

8.5. Traiter les complications de l'obésité 60

8.6. Compléter, si besoin, par un séjour en soins de suite et de réadaptation pédiatrique sous certaines conditions 60
8.7. Place de la chirurgie bariatrique chez l'adolescent(e) 63
8.8. Suivi global de la situation individuelle et familiale sur plusieurs années 63

9. Accompagner l'enfant/l'adolescent(e) en situation de handicap, ses parents 64
9.1. Le risque de développer un excès de poids est multifactoriel 64
9.2. Recours à une structure spécialisée 65
9.3. Prévenir l'évolution vers un surpoids ou une obésité dès le plus jeune âge grâce à une approche pluriprofessionnelle 66
9.4. Assurer une cohérence des actions entre les lieux de vie 67
9.5. Ressources pour les professionnels et les familles 69

10. Préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence 70
10.1. Définition et objectif 70
10.2. Modalités de mise en œuvre 70
10.3. Repères pour la mise en œuvre 71

11. Conditions pour un parcours fluide sans rupture 73
11.1. Une entrée précoce dans le parcours de soins 73
11.2. Des dispositifs qui favorisent l'exercice coordonné et l'accès à l'expertise 73
11.3. Une lisibilité de l'offre pour orienter au bon moment et au bon endroit 74
11.4. Une continuité et une coordination des soins et de l'accompagnement à assurer 75
11.5. Des formes innovantes de travail interprofessionnel favoriseraient les soins et l'accompagnement 75
11.6. Une sensibilisation et une formation des professionnels au contact des enfants/adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité 76
11.7. Une formation des professionnels impliqués dans le parcours 76
11.8. Un développement ou un renforcement de l'engagement des associations d'usagers 77

12. Des pistes pour l'évaluation des pratiques et de la coordination 78

Table des annexes 79

Table des encadrés 80

Fiches. Rôle des professionnels impliqués dans le parcours 113
Fiche 1. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de la médecine scolaire 113
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 117
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 120
Fiche 4. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné 125

Fiche 5. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du diététicien 130
Fiche 6. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'enseignant en activité physique adaptée (APA) 134
Fiche 7. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du kinésithérapeute 138
Fiche 8. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle de l'ergothérapeute 141
Fiche 9. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : rôle du psychomotricien 144

Références bibliographiques 147

Participants 152

Introduction

Les travaux sur l'obésité font partie du chantier 4 « Pertinence et qualité » engagé dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), et plus précisément « Ma santé 2022 ». Au sein du chantier, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et la Haute Autorité de santé (HAS) co-pilotent l'objectif « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques ».

Ces travaux s'inscrivent dans la continuité des travaux publiés par la HAS dans le champ de l'obésité depuis 2011 (1). Ils sont en cohérence avec la feuille de route interministérielle sur l'obésité pilotée par la DGOS, la DGS et la Cnam (2019-2022) (2) dont les principales mesures ont pour but de faire reculer l'obésité, notamment ses formes sévères. Ils sont également en lien avec le Programme national nutrition santé (PNNS) 4e version (3).

Le guide du parcours « Surpoids – obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) » s'appuie sur les bonnes pratiques professionnelles, le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles en fonction des besoins évalués, le développement d'actions d'anticipation, d'échanges et de partage d'informations, de coordination, d'orientation.

La notion de parcours de soins dans une situation de surpoids ou d'obésité est complexe. Elle couvre des soins et un accompagnement multidimensionnel et pluriprofessionnel qui dépendent d'une évaluation globale individuelle et familiale et donc des besoins qui sont adaptés à l'âge et évolutifs.

Les travaux ont pour objectifs :

- d'améliorer la précocité du repérage du surpoids et de l'obésité pour agir et prévenir l'évolution vers des stades plus évolués de la maladie ;
- de proposer une graduation et une modulation de l'offre de soins selon des critères définis ;
- d'impliquer l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille, les soignants et les professionnels des services et établissements médico-sociaux, le cas échéant, dans des soins et un accompagnement personnalisés tenant compte du contexte de vie ;
- de favoriser la préparation de l'adolescent(e) à aller vers l'âge adulte et d'améliorer la continuité entre les soins pédiatriques et les soins aux adultes (un lien sera établi avec les travaux sur le parcours obésité de l'adulte) ;
- de mettre en place une coordination des soins et un accompagnement autour et avec l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille, pour un parcours sans rupture.

Le chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité » prévoit d'accompagner les parcours concernant des maladies chroniques d'indicateurs de qualité. Ces indicateurs de qualité du parcours portent sur les points présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins du parcours concerné. Ils couvrent, dans la mesure du possible, les six dimensions des parcours définies dans le rapport « STSS – inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » (4) : – précocité du repérage des patients à risque pour poser le diagnostic ; – annonce, information, implication du patient ; – prévention secondaire pour stabiliser la maladie ; – coordination et multidisciplinarité ; – aggravation de la maladie et suivi des exacerbations ; – suivi au long cours.

Ces indicateurs concernent les offreurs de soins impliqués dans le parcours de soins, que ce soit en ville ou en établissement de santé, la coordination inter et intraprofessionnelle, l'accompagnement et l'implication du patient dans ses soins. Ils permettent aux professionnels de santé d'identifier des pistes d'amélioration et de mettre en place des actions correctives. Produits notamment à partir de bases de données médico-administratives (BDMA), ils sont le reflet de la qualité de la prise en charge.

Ce qui est constaté concernant les soins et l'accompagnement des enfants/des adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité, c'est le déficit de BDMA exploitables au niveau national. La base de données médico-administratives la plus sollicitée pour ce type d'indicateurs est le SNDS[1] qui ne fait pas exception : très peu d'actes liés à la prise en charge d'enfants/d'adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité font l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie. Ainsi, l'analyse des carnets de santé et des dossiers des patients reste aujourd'hui la seule source d'informations disponibles pour évaluer la qualité de la prise en charge du surpoids ou de l'obésité de l'enfant/adolescent(e).

Face à ce constat, la définition d'indicateurs de qualité du parcours, habituellement réalisée avec le guide pourra être menée dès lors que plus de données nationales exploitables seront disponibles. Actuellement, plusieurs expérimentations de forfaitisation des soins sont en cours au niveau territorial ou se généralisent. La structuration de la filière pédiatrique « Obésité » (ville/hôpital) est en cours de révision dans le cadre de la feuille de route ministérielle 2019-2023.

À ces futures données liées à la prise en charge financière des soins (hospitaliers ou ambulatoires) associés au surpoids ou à l'obésité de l'enfant/l'adolescent(e), des données cliniques pourraient être collectées comme le résultat des examens obligatoires de santé pour le suivi de la corpulence, du développement moteur, psychique, du bien-être, et toute autre donnée pertinente pour ces enfants/adolescent(e)s : elles ne sont actuellement compilées dans aucune base de données nationale.

Comme pour les autres pathologies chroniques, l'analyse régulière de la participation du patient au processus de soins et à l'évaluation de ses résultats et de son impact sur la qualité de vie est à réaliser à partir de questionnaires spécifiques, par exemple.

La Haute Autorité de Santé, consciente des difficultés liées à la faisabilité du parcours de soins (cf. chapitre 11. Conditions pour un parcours fluide et sans rupture), propose d'établir des priorités pour s'assurer de la réelle mise en œuvre du parcours de soins.

La mesure pourrait porter d'abord sur les éléments suivants : le dépistage régulier par la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) et du suivi de son évolution, un bilan des habitudes de vie, dès le diagnostic et l'annonce d'un surpoids ou d'une obésité, une évaluation multidimensionnelle de la situation globale individuelle et familiale, et si besoin pluriprofessionnelle pour coconstruire un projet de soins et d'accompagnement adapté aux besoins, la coordination des soins et de l'accompagnement.

Il sera ensuite important de structurer des données nationales afin que ces données soient recueillies en routine dans le dossier médical partagé et que des indicateurs de qualité du parcours soient mesurés et servent à la dynamique collective d'amélioration de la prise en charge des patients.

[1] SNDS = DCIR + PMSI avec chaînage permettant de déterminer, pour un assuré, le remboursement de soins, les prestations et médicaments sur une période donnée. Ces recherches s'opèrent sur des bases consolidées de remboursement de l'année N-2.

Préambule

L'obésité est une maladie chronique complexe avec une incidence sur la santé

La classification révisée de l'*International Classification of Diseases* 11 (ICD-11)[2] définit le surpoids et l'obésité et l'évalue par l'indice de masse corporelle (IMC) qui est un marqueur de substitution de l'adiposité calculé selon le rapport poids (kg)/taille^2 (m^2).

Chez les nourrissons, les enfants et les adolescente(s), les catégories d'indice de masse corporelle (IMC) utilisées pour définir le surpoids varient selon l'âge et le sexe d'après les courbes de croissance en vigueur.

Le surpoids est une affection caractérisée par une adiposité excessive. L'obésité est une maladie complexe chronique définie par une adiposité excessive qui peut affecter la santé. Il s'agit dans la plupart des cas d'une maladie multifactorielle due à des environnements obésogènes, à des facteurs psycho-sociaux et à des variantes génétiques. Chez un sous-groupe de patients, des facteurs étiologiques majeurs isolés peuvent être identifiés et entraîner une prise de poids (médicaments, maladies aggravées par l'obésité, immobilisation, actes iatrogéniques, maladie monogénique/syndrome génétique).

Les déterminants du surpoids et de l'obésité sont multiples et seule leur compréhension fine permet d'aller au-delà de la seule mesure de l'IMC pour définir un projet de soins personnalisé avec la personne concernée et les personnes et/ou professionnels qui prennent soin d'elle le cas échéant.

La prévalence du surpoids et de l'obésité reste importante

Chez les enfants de 6 ans à 17ans le surpoids (obésité incluse) était de 17 % en 2015, et l'obésité de 4 % (5). Les données de 2017 mesurées chez des adolescents de classe de 3ème au collège montrent une augmentation du surpoids et de l'obésité tout particulièrement chez les adolescentes (respectivement de 20 % chez les filles et 17% chez les garçons, et 5,4 % chez les filles et 4,7 % chez les garçons) (6). Chez les jeunes en situation de handicap, cette prévalence plus importante dès l'enfance peut augmenter au cours du temps et induire un surhandicap (7, 8).

L'obésité a une incidence sur la santé, elle entraîne chez l'enfant un risque accru d'obésité à l'âge adulte, de décès prématuré et de handicap à l'âge adulte. L'obésité peut entraîner des difficultés respiratoires, des troubles musculosquelettiques, un risque accru de fractures, une hypertension artérielle, une apparition des premiers marqueurs de maladie cardio-vasculaire, une résistance à l'insuline et des problèmes psychologiques (6).

Outre les complications et comorbidités somatiques liées à l'obésité bien connues, les enfants/adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité sont généralement moins épanoui(e)s, limitent leur activité physique, ont une moins bonne image de leur corps, sont plus souvent victimes de moqueries, de harcèlement, de stigmatisation, d'agression, peuvent avoir de moins bons résultats scolaires (9-11).

Le harcèlement et la stigmatisation sont comparables dans les deux sexes au regard de l'apparence physique. Les filles ont une moins bonne perception de leur estime de soi et de leur bien-être psychologique que les garçons. Le niveau d'activité physique et sportive est plus faible chez les filles dans de nombreux pays européens, et le constat est le même au niveau mondial (12).

[2] "Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies onzième révision : 5B81.00 Obésité chez l'enfant et l'adolescent ICD-11 (who.int)

En France, près de sept collégiens sur dix déclarent pratiquer un sport, les garçons plus que les filles (81 % contre 67 %) (6).

Une situation d'obésité peut être dépendante de conditions de vie et de contraintes dont les personnes ne sont pas forcément responsables

L'obésité est très corrélée au gradient social. Une position sociale qui se dégrade et une désocialisation des personnes joueraient un rôle aggravant dans les situations de surpoids ou d'obésité. Ces situations sont presque 4 fois plus fréquentes en particulier chez les femmes et les enfants défavorisés socialement (13). Les situations de surpoids ou d'obésité sont plus fréquentes lorsque la personne de référence du ménage n'a pas de diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (5).

Une représentation négative des personnes en situation d'obésité dans les médias est susceptible d'entraîner une dévalorisation de leur propre image corporelle, des perturbations de l'alimentation, des troubles des conduites alimentaires, un évitement des soins, un isolement social (3).

Les messages publicitaires incitant à consommer certains types d'aliments, l'insuffisance de disponibilité et d'accès à des infrastructures de déplacement actif et de loisirs sont des éléments qui impactent défavorablement le mode de vie (14), qu'il est néanmoins possible de modifier en particulier pour les jeunes (15, 16).

Ce guide du parcours propose une approche globale de la situation

Seule une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle permet de comprendre la situation en allant au-delà de l'indice de masse corporelle (IMC), de mettre à jour des problématiques et de construire ensemble, soignants et personnes soignées, des réponses personnalisées.

Le groupe de travail attire l'attention sur le sens pour l'individu que revêt le corps en situation de surpoids ou d'obésité. La prise de poids se voit et peut être parfois le témoin d'une souffrance ayant valeur « d'appel au secours ». Il s'agit de l'entendre et de ne pas s'obstiner à avoir pour seul objectif thérapeutique une perte de poids, ce qui reviendrait à faire taire l'expression corporelle d'un mal-être plus profond. C'est en écoutant le sujet, aussi jeune soit-il, que nous l'aidons.

Ce guide concerne de nombreux acteurs

Les professionnels concernés par ce guide sont ceux impliqués dans le dépistage, l'évaluation multidimensionnelle de la situation, la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement, leur évaluation et leur réajustement.

Ils exercent dans le champ de la médecine générale et spécialisée (notamment en pédiatrie, nutrition, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, gynécologie médicale, pédo-psychiatrie, psychiatrie, chirurgien pratiquant la chirurgie bariatrique), de la santé scolaire, du service de la protection maternelle et infantile ou en tant qu'infirmier, puériculteur, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, enseignant en activité physique adaptée, ergothérapeute, psychomotricien, pharmacien, travailleur social, professionnels des services et établissements médico-sociaux.

La faisabilité du parcours, sa cohérence et sa coordination reposent sur la mobilisation des acteurs au niveau territorial pour assurer un parcours cohérent et coordonné et éviter au maximum les ruptures. Les patients, leur famille et leurs représentants sont également concernés.

Méthode

Elaboration du guide du parcours de soins

Le guide du parcours « Surpoids-obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) » a été construit en suivant le guide méthodologique « Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique » publié par la HAS en 2012 (17).

Il s'appuie sur une analyse de la littérature disponible et les avis de groupes d'experts comprenant des représentants des usagers et les avis des experts d'un groupe de travail pluriprofessionnel et d'un groupe de lecture élargi à des professionnels non représentés dans le groupe de travail (cf. participants).

Le groupe de travail s'est réuni pour élaborer le guide du parcours et les documents compagnons. Les déclarations d'intérêts des participants ont été analysées par la HAS et jugées compatibles avec leur participation au groupe de travail.

Le groupe de lecture a été consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et a donné un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des documents, en particulier sur leur lisibilité et applicabilité. Le groupe de travail a rédigé la version finale des documents sur la base d'une analyse et d'une discussion des avis de lecture.

Le Collège de la HAS a ensuite validé les documents qui ont été publiés sur le site web de la HAS.

Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a porté sur l'identification des recommandations de bonnes pratiques publiées depuis 2011 en France et à l'international complétée par des recherches ciblées.

Afin de compléter les données identifiées dans les RBP de 2011, des recherches de littérature française et internationale ponctuelles ont été conduites afin d'argumenter les différents aspects à prendre en compte tout au long du parcours de soins de l'enfant/de l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité en France, notamment : la place de l'éducation thérapeutique, l'utilisation des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), les aspects psychologiques et sociaux : rapport au corps, stigmatisation, vulnérabilité sociale, qualité de vie, organisation et coordination des professionnels. Les données épidémiologiques ont été mises à jour régulièrement.

Les sites internet français et internationaux des agences et sociétés savantes pédiatriques ou consacrées à l'obésité ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement :

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

Agency for Healthcare Research and Quality

Alberta Heritage Foundation for Medical Research

Alberta Health Services

American Academy of Pediatrics

American College of Physicians

Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie

Association française d'étude et de recherche sur l'obésité

Bibliothèque médicale Lemanissier

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health

Centers for Disease Control and Prevention

California Technology Assessment Forum

Centre fédéral d'expertise des soins de santé

CISMeF

CMA Infobase

Collège des médecins du Québec

Cochrane Library Database

Department of Health (UK)

European Association for the Study of Obesity

GIN (Guidelines International Network)

Haute Autorité de santé

Haut Conseil de la santé publique

Health Care Quality Ontario

Institute for Clinical Systems Improvement

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Instituto de Salud Carlos III/Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Ligue contre l'obésité

National Institute for Health and Care Excellence

New Zealand Guidelines Group

Pediatric Endocrine Society

Santé publique France

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias OSTEBA

Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Société canadienne de pédiatrie

Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques

Société francophone nutrition clinique et métabolisme

West Midlands Health Technology Assessment Collaboration

World Health Organization

L'élaboration de ce guide du parcours de soins s'appuie également sur :

- les guides méthodologiques, recommandations, orientations pour la pratique, publiés par la HAS concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et son intégration dans les stratégies de soins (18, 19) ;
- les recommandations « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire » (20).

Mise à jour du guide du parcours en 2023 et actualisation des RBP de 2011

Le guide du parcours de soins a été mis à jour en février 2023. En effet, la veille documentaire a permis d'identifier deux recommandations de bonne pratique élaborées à l'international depuis la publication du guide du parcours de soins en mars 2022.

L'*American Academy of Pediatrics* (AAP) a publié en février 2023 la recommandation de bonne pratique « *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With*

Obesity[3] ». Celle-ci aborde l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité, le dépistage et le traitement des complications associées à l'obésité, mais n'aborde ni la prévention, ni le diagnostic de l'obésité avant l'âge de 2 ans. L'analyse de cette recommandation conforte le contenu du guide du parcours de soins et n'apporte aucun nouvel élément à l'exception du repérage d'une pression artérielle élevée chez les enfants et adolescents en surpoids ou en obésité.

Une recherche spécifique a donc été réalisée pour identifier des repères tensionnels permettant de dépister une pression artérielle élevée chez l'enfant et l'adolescent(e) et la confirmer. Dans ce cas, l'exploration ainsi que le diagnostic d'une hypertension artérielle, le traitement le cas échéant n'ont pas été abordés dans le guide du parcours de soins. Le choix des repères tensionnels s'est porté sur ceux de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) publiés en 2017[4] qui ont été élaborés à partir de mesures issues de cohortes d'enfants et d'adolescents normopondérés chez lesquels plusieurs mesures ont été effectuées.

L'American Diabetes Association (ADA) a publié en 2022 une actualisation de la recommandation de bonne pratique « *Children and adolescent Standards of medical care in diabetes* ». Elle met à jour l'exploration du diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents en surpoids ou en obésité.

Ce guide du parcours de soins renvoyant, pour l'exploration du diabète de type 2 et l'examen cardiovasculaire, vers la recommandation de bonne pratique (RBP) « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent » publiées par la HAS en 2011, le collège de la HAS a validé en février 2023 l'actualisation du guide du parcours de soins sur la base des publications de l'AAP et de l'ADA.

Le Collège de la HAS a également validé en février 2023 le fait que ce parcours de soins actualise la RBP publiée en 2011. Le contenu du parcours de soins se superpose à celui des RBP de 2011 en l'actualisant. L'exploration des complications de l'obésité et leur traitement le cas échéant pourraient faire l'objet d'un travail complémentaire.

Les chapitres concernés par l'actualisation sont les suivants.

- Chapitre 2.1. Réaliser un examen clinique et un entretien avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents.
- Annexe 5. Données de l'examen clinique : fonction cardiovasculaire.
- Chapitre 2.2. Limiter le bilan biologique à des examens ciblés. Explorer systématiquement un diabète de type 2 en cas de facteurs de risque.

Ces actualisations ont été reportées dans la synthèse du parcours de soins et dans la fiche des 10 messages-clés.

[3] American Academy of Pediatrics, Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. Pediatrics 2023;151(2):e2022060640. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2022-060640

[4] American Academy of Pediatrics.2017. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children ans Adolescents. https://publications.aap.org/pediatrics/article/140/3/e20171904/38358/Clinical-Practice-Guideline-for-Screening-and

Vue d'ensemble du parcours

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Parcours surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)

Coordination, professionnels impliqués, soins et accompagnement

Dépister précocement : priorité à l'IMC

Professionnels impliqués : médecin traitant, infirmier, pédiatre, médecin et puéricultrice de PMI, équipe soignante des services et établissements médico-sociaux, pédopsychiatre, médecin et infirmier de la santé scolaire

- **Suivre** régulièrement et plus fréquemment selon la situation
- **Évaluer et accompagner** les changements des habitudes de vie individuelle et familiale
- En cas de surpoids ou d'obésité : **explorer la situation**

Confirmer & annoncer le diagnostic

Coordination : médecin qui suit l'enfant, l'adolescent(e) : généraliste, pédiatre, médecin du service de la PMI

- **Rechercher** une obésité de **cause rare**, des complications
- **Évaluer les difficultés** psychologiques ou troubles psychiatriques, toute forme de vulnérabilité sociale, les éventuelles difficultés de scolarité

S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle

Coordination : médecin qui suit l'enfant, l'adolescent(e)

Professionnels impliqués : autres médecins spécialistes, infirmier, diététicien, enseignant en APA, psychologue, kinésithérapeute, professionnel du champ social et médicosocial, santé scolaire **OU si besoin** équipe pluriprofessionnelle d'une structure spécialisée dans l'obésité

- **Identifier** les problématiques, les besoins, les attentes
- **Préciser** la complexité de la situation
- **Coconstruire** un projet de soins et d'accompagnement si nécessaire au moyen d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP)

Graduer les soins & l'accompagnement et les moduler selon l'évolution

Situation de surpoids ou d'obésité **non complexe**

Coordination : médecin qui suit l'enfant, l'adolescent(e), infirmier (exercice coordonné)

Professionnels impliqués : médecin, infirmier, puéricultrice, et selon les besoins : enseignant en APA, diététicien, psychologue, pédopsychiatre, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien

Situation d'obésité **complexe**

Coordination : médecin de la structure spécialisé dans l'obésité, le médecin qui suit l'enfant, l'adolescent(e), le référent de proximité

Professionnels impliqués : équipe pluriprofessionnelle d'une structure spécialisée dans l'obésité en lien avec les professionnels de proximité

- **Favoriser** les changements des habitudes de vie : séances d'éducation thérapeutique
- **Accompagner** le rapport au corps, le retentissement psychologique, fonctionnel et esthétique
- **Accompagner** les troubles psychiques, les perturbations de l'alimentation ou les troubles des conduites alimentaires (TCA), toute forme de vulnérabilité sociale, d'éventuelles difficultés en milieu familial ou scolaire
- **Assurer** un suivi médical global et régulier sur plusieurs années

En plus pour les situations d'obésité **complexe**

- **Soulager** les symptômes et **traiter** les complications
- **Proposer** des adaptations pour les activités de la vie quotidienne et la scolarité
- **Évaluer** la balance bénéfice/risque d'un séjour en SSR

1. Dépister précocement une situation de surpoids ou d'obésité

Quel que soit l'âge de l'enfant/de l'adolescent(e), dépister une situation de surpoids ou d'obésité permet d'intervenir précocement en mettant en place un suivi adapté et des interventions si besoin. L'examen systématique de l'enfant/l'adolescent(e), avec mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) et établissement de la courbe d'IMC à chaque occasion, est la meilleure attitude pour dépister : examens de santé obligatoires, vaccination, obtention ou renouvellement d'une licence d'une fédération sportive, consultation pour un symptôme ou une plainte, et en fonction de l'âge, une discussion sur la santé sexuelle, la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles, etc.

1.1. Professionnels participant au dépistage

- Le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e) : médecin généraliste, pédiatre, service de la PMI pour les enfants de moins de 6 ans, médecin des services et établissements médico-sociaux accompagnant les jeunes en situation de handicap ou dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance.
- Le service de la santé scolaire : bilans obligatoires ou à la demande des familles, des jeunes ou des équipes pédagogiques.
- Le recours à tout professionnel de santé ou professionnel du champ social et médico-social peut être l'occasion de déceler une situation de surpoids ou d'obésité ou d'entendre une préoccupation exprimée par des parents pour la corpulence de leur enfant, et d'orienter vers le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e).

1.2. Suivre régulièrement l'évolution de la corpulence de tout enfant/tout(e) adolescent(e) tout au long de l'enfance et de l'adolescence

Les mesures anthropométriques (poids et taille) et le calcul de l'IMC font partie de tout examen clinique et d'un suivi plus large de la croissance staturo-pondérale, du développement physique, psychomoteur, psychologique et du bien-être de tout enfant/tout(e) adolescent(e) (annexe 1).

Les courbes de référence (poids, taille, IMC) à utiliser sont celles du carnet de santé de l'enfant[5] (annexe 2).

- Avant 2 ans : courbes AFPA – CRESS/INSERM (2018) afin de permettre la visualisation du pic de corpulence autour de neuf mois.
- Après 2 ans : courbes de l'*International Obesity Task Force* (IOTF, 2012).

Chez tout enfant/adolescent(e), le suivi de la corpulence doit être régulier pour s'assurer d'une évolution attendue de la courbe de croissance dans les seuils d'IMC définis par rapport à l'âge et au sexe.

- De la naissance à l'âge de 6 ans : le calendrier des examens obligatoires de santé suffit au suivi de la corpulence et de la croissance staturo-pondérale, à condition que le suivi soit réalisé.
- Au-delà de l'âge de 6 ans, un suivi annuel est préconisé (plus fréquent que les examens obligatoires).

[5] Carnet de santé de l'enfant. Version en vigueur du 1er avril 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf

➔ Les parents doivent être accompagnés dans la compréhension et le respect du rythme de suivi.

➔ Le cas échéant, les professionnels des services ou établissements médico-sociaux doivent veiller au respect de ce suivi.

1.3. Suivre plus fréquemment l'enfant/l'adolescent(e) ayant des facteurs prédisposants ou de risque de développer un surpoids ou une obésité

Chez certains enfants, un suivi plus fréquent permet d'agir au bon moment afin de prévenir une évolution vers un surpoids ou une obésité et un éventuel retentissement émotionnel, psychologique et social (encadré 1).

– Avant l'âge de 3 ans : les examens de santé obligatoires suffisent si le suivi est assuré.

– Après l'âge de 3 ans : un bilan tous les 6 mois est préconisé.

➔ Le suivi pourra être plus fréquent ou revenir à un rythme annuel en fonction de l'évolution de la dynamique de la courbe de corpulence et du développement global.

➔ Le but de ce suivi plus attentif doit être expliqué aux parents, aux professionnels des établissements médico-sociaux le cas échéant, à l'enfant/l'adolescent(e) sans les alarmer. Cette attitude évite la stigmatisation, la banalisation et l'éventuelle culpabilité des parents s'ils sont eux-mêmes en situation de surpoids ou d'obésité.

Encadré 1. Facteurs prédisposants ou facteurs de risque de développer un surpoids ou une obésité

Antécédents et situation actuelle chez les parents

– Situation de surpoids ou d'obésité parentale et/ou dans la fratrie et famille proche ; antécédents de chirurgie bariatrique chez la mère ou le père et/ou famille proche.

– Facteurs périnataux : situation de surpoids ou d'obésité de la mère avant la grossesse, prise de poids excessive durant la grossesse, diabète gestationnel, tabagisme maternel, diabète maternel (type 2).

Antécédents et situation actuelle chez l'enfant/l'adolescent(e)

– Poids de naissance : les nouveau-nés macrosomes (poids de naissance élevé) ont plus de risque d'être en situation d'excès de poids à l'âge de 5-6 ans (20 % contre 8 %) (21) que les nouveau-nés hypotrophes (petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérine).

– Signes évocateurs d'une obésité de cause rare.

– Situation de handicap qu'il soit moteur, sensorimoteur, sensoriel et/ou lié à une déficience intellectuelle, handicap psychique (troubles psychiatriques sévères associés à un surpoids, voire une obésité en lien avec les troubles ou les traitements).

– Excès de poids en relation avec un vécu de situations ou d'évènements traumatisants (22, 23).

– Prise de médicaments qui augmentent l'appétit ou modifient le métabolisme (corticoïdes, neuroleptiques, antiépileptiques, antipsychotiques, notamment).

– Perturbations de l'alimentation.

– Trouble des conduites alimentaires : hyperphagie boulimique, boulimie.

Facteurs associés

– Environnement : influence des habitudes alimentaires individuelles et familiales (taille des portions, densité énergétique des aliments, boissons sucrées), faible niveau d'activité physique, augmentation de la sédentarité, usage important des écrans, insuffisance de sommeil, irrégularité des repas et plus largement des rythmes de vie.

– Situation de vulnérabilité sociale, économique, financière, familiale, scolaire, etc.

1.4. Analyser conjointement l'historique et la dynamique de la courbe d'indice de masse corporelle et être vigilant

Quelle que soit la corpulence apparente, celle-ci s'interprète systématiquement à partir de l'historique et de la dynamique des courbes de taille, poids, d'IMC depuis la naissance (encadré 2).

L'analyse conjointe de ces données permet de repérer des signes d'alerte, d'adapter la fréquence du suivi et d'engager un dialogue avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents.

➔ Être vigilant dans les situations suivantes qui doivent conduire à une évaluation plus approfondie de la situation :

- ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance ;
- rebond d'adiposité précoce (en particulier avant l'âge de 3 ans) ;
- changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut ;
- obésité précoce et sévère associée à d'autres signes comme un retard du développement psychomoteur ou une pathologie endocrinienne par exemple (Cf. A nnexe 6).

Encadré 2. Connaître l'évolution physiologique de la corpulence pour bien l'interpréter et être attentif aux situations associées à un risque élevé de développer une obésité durant l'enfance

Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique

– Augmentation de la corpulence : de la naissance à l'âge d'un an.
– Diminution physiologique de la corpulence : après la première année de vie jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans.
– Augmentation de la corpulence après l'âge de 5 à 6 ans de manière progressive jusqu'à la fin de la croissance.

Rebond d'adiposité (annexe 3) : un rebond précoce doit être recherché car l'âge de survenue est un marqueur prédictif du risque d'obésité. Plus le rebond est précoce, plus le risque de développer une obésité est élevé.

– Le rebond d'adiposité correspond à la remontée physiologique de la courbe d'IMC en moyenne vers l'âge de 5 à 6 ans.
– L'âge du rebond d'adiposité correspond à l'âge auquel la courbe d'IMC est à son niveau le plus bas (la valeur de l'IMC la plus basse sur la courbe).
– L'âge du rebond, s'il est précoce (avant l'âge de 3 ans), doit être noté dans le carnet de santé et le dossier médical de l'enfant.

Appréciation de l'IMC selon les seuils internationaux (IOTF) et les références françaises

– Calculer systématiquement l'indice de masse corporelle (IMC) à partir du poids et de la taille. L'IMC correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2.
– La maigreur correspond à un IMC < au seuil IOTF 17 ou IMC < 3^e percentile des références françaises.
– La corpulence dite normale correspond à un IMC compris entre les seuils IOTF 17 et 25 ou un IMC compris entre le 3^e et le 97^e percentile des références françaises.
– Le surpoids correspond à un IMC compris entre les seuils IOTF 25 et 30 ou IMC ≥ 97^e percentile des références françaises.
– L'obésité correspond à un IMC > au seuil IOTF 30.
– L'obésité sévère correspond à un IMC > au seuil IOTF 35.

Interprétation des mesures

– Utilisation des courbes de référence française pour la croissance staturale et pondérale des filles et des garçons en vigueur depuis le 1er avril 2018 (cf. carnet de santé de l'enfant).
– Analyse attentive de l'historique et de la dynamique de la courbe d'IMC depuis la naissance pour repérer un excès pondéral chez les enfants dont l'IMC se rapproche du 97e percentile.
– Analyse conjointe de la taille, du poids, de l'IMC et du périmètre crânien en tenant compte des mesures antérieures, des tailles des parents et du stade pubertaire.

Vigilance dans les situations associées à un risque élevé de développer une obésité durant l'enfance

Signes d'alerte sur la courbe :

– ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance ;
– gain pondéral accéléré dans les 2 premières années de vie ;
– rebond d'adiposité précoce (avant l'âge de 3 ans ou plus précocement) ;
– changement rapide de couloir de la courbe de corpulence (IMC) vers le haut ;
– passage rapide de l'IMC au-dessus du seuil IOTF 30.

En cas de surpoids avec un rapport tour de taille/taille > 0,5 (mesure uniquement après l'âge de 3 ans) : risque cardio-vasculaire et métabolique.

En cas d'obésité précoce et sévère associée à d'autres signes comme un trouble du neurodéveloppement ou une pathologie endocrinienne : mesurer le périmètre crânien, évoquer une obésité de cause rare par altération centrale hypothalamique de la régulation du poids.

1.5. Le service de la santé scolaire : un acteur essentiel dans le dépistage, et si besoin, la participation à l'offre de soins et d'accompagnement

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 en situation de surpoids ou d'obésité tout au long de leur traitement si celui-ci a un impact sur la scolarité.

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 et d'envisager un accompagnement (fiche 1).

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(e) 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(e) 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.

1.6. Engager le dialogue sur la corpulence : repères pour communiquer et prévenir la stigmatisation

Tout professionnel par son attitude et le choix de ses mots évite de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser et construit un langage commun avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents, valorise l'importance d'une croissance harmonieuse et tout progrès même minime (encadré 3) (10, 24-30).

La prévention de la stigmatisation est primordiale dans les divers lieux de soins et d'accompagnement, les lieux de vie et d'activités, mais aussi au sein de la famille, qui doit être sensibilisée et accompagnée, et dans tout autre contexte. La stigmatisation peut entraîner un isolement, un retrait social, de moins bons résultats scolaires et une perte de la confiance en soi et d'estime de soi. Elle ne favorise pas l'engagement dans les soins (10, 31) (encadré 4).

La lutte contre les exclusions et le rétablissement d'une égalité dans l'accès aux soins et à la prévention sont essentiels. 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 santé[6]. 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) lorsqu'il existe une barrière de langue, associée aux migrations de population.

Il est préconisé d'utiliser la courbe d'IMC du carnet de santé pour montrer et objectiver la dynamique de la corpulence. Des zones de couleur peuvent permettre à des parents ayant une faible littératie et numératie en santé de mieux situer la corpulence de leur enfant (36).

Encadré 3. Repères pour communiquer avec l'enfant/l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité et ses parents

- Une attitude d'ouverture et de non-jugement.
- Une demande d'accord pour aborder le sujet (enfant/adolescent(e) et ses parents).
- Une écoute de l'enfant/de l'adolescent(e), et de ses parents, de leur histoire ; une compréhension de ce qui est important pour eux, de leurs attentes et projets.
- Une attention portée au vécu présent ou passé d'un parcours de soins : valorisation des changements déjà mis en place, maintenus ou non, compréhension des difficultés, identification des ressources ou appuis à disposition ou mobilisables.
- Un accès grâce à un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, aux idées reçues sur le traitement de l'obésité, au ressenti de l'enfant/ de l'adolescent(e) et de ses parents, à leurs besoins, attentes et préférences quant aux suites données en termes d'évaluation approfondie de leur situation, de soins et d'accompagnement.
- Favoriser la recherche d'un accord entre l'enfant/l'adolescent(e), ses parents ou les professionnels qui prennent soin de lui (elle) : toute décision sur la santé devrait être prise en concertation.
- Une aide pour les parents dans la compréhension de l'impact de leur attitude : une préoccupation trop importante de leur part ou des critiques à propos du poids peuvent entraîner un mal-

[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 lowand 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

être, des troubles des comportements alimentaires, une stigmatisation intrafamiliale, des difficultés psychologiques (altération de la confiance en soi, de l'image et estime de soi), voire une dépression chez l'enfant/l'adolescent(e).

Encadré 4. Comment prévenir la stigmatisation

➔ **Professionnels**

– Choisir ses mots pour parler de la corpulence, de l'alimentation, de l'exercice physique : il est important que tout professionnel utilise un langage approprié, respectueux et non stigmatisant pour communiquer avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents. Partir de leurs représentations et du sens qu'ils donnent aux mots pour ne pas les blesser et construire un langage commun.
– Être attentif aux répercussions émotionnelles d'une situation de surpoids ou d'obésité : elles peuvent être le témoin d'une souffrance contre-productive pour l'engagement dans les changements des habitudes de vie ou l'acceptation des soins ou d'un accompagnement.
– Toujours valoriser les efforts, les progrès réalisés.
– Les messages délivrés ne doivent pas :
  - entraîner une préoccupation exagérée concernant la nutrition, le poids et la morphologie. Ils peuvent renforcer une image de soi négative ou être vécus comme culpabilisants, augmentant ainsi le risque de troubles alimentaires ;
  - donner l'impression que la solution au problème de surpoids ou d'obésité du jeune dépend entièrement du jeune et/ou de ses parents, de leur volonté.
– Réfléchir seul ou en équipe à ses propres opinions concernant l'alimentation et les problèmes de poids et à leur impact possible sur les patients.
– Proposer un environnement de soins non stigmatisant : les locaux, sanitaires, salle d'attente, pièce de consultation, d'examen ou de soins doivent être suffisamment spacieux et être équipés de fauteuils, chaises, de lit d'examen, de matériel de soins permettant d'accueillir et de soigner toute personne, quelle que soit sa corpulence.

➔ **Parents, éducateurs, proches**

– Expliquer aux parents, éducateurs, proches, l'importance de :
  - ne pas tolérer moqueries et commentaires négatifs dans le milieu familial, ni dans tout autre contexte ;
  - éviter la mise à l'écart, la stigmatisation lors des repas : menu différent, privation ;
  - être à l'écoute du ressenti de l'enfant/l'adolescent(e) et de son besoin d'aide ;
  - accepter, si besoin, une aide extérieure, notamment d'un professionnel de santé pour le bien-être du jeune et de la famille ;
  - aider l'enfant/l'adolescent(e) à faire face aux situations ou attitudes stigmatisantes difficiles ou douloureuses ou comportements de stigmatisation : aborder les stratégies déjà expérimentées et leur résultat.

1.7. Évaluer systématiquement les habitudes de vie et le bien-être de l'enfant/l'adolescent(e) et engager des changements si besoin

1.7.1. L'évaluation des habitudes de vie est globale et concerne l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille

Quels que soient les constats du dépistage, cette évaluation réalisée par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) a pour buts de valoriser les habitudes de vie en faveur de la santé et d'engager, si besoin, des changements.

- L'utilisation des repères pour la population générale est préconisée pour évaluer les habitudes alimentaires, d'activité physique et sportive, la sédentarité et l'usage des écrans, leur mise à distance et les interactions parents/enfant au moment des repas. Il est important d'être attentif à la durée d'exposition aux écrans :
  - les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés aux écrans ;
  - les enfants entre 2 et 5 ans ne doivent pas être exposés plus d'1 h par jour ;
  - les enfants entre 6 et 11 ans ne doivent pas être exposés plus de 2 h par jour aux écrans de loisirs (temps d'écrans hors temps scolaire) (37, 38).
- La quantité et la qualité du sommeil, l'existence d'une désorganisation du cycle veille-sommeil et la régularité des rythmes de la vie quotidienne (39) (annexe 4).
- Le bien-être peut être appréhendé du point de vue de l'enfant/l'adolescent(e) : avoir une vision positive de soi et être respecté(e), avoir des relations positives avec la famille et les amis, apprendre dans de bonnes conditions en classe, avoir des activités épanouissantes, etc.

1.7.2. Lorsque la corpulence évolue normalement

- Faire le point avec les parents sur les habitudes de vie. Valoriser celles en faveur de la santé.
- Encourager et guider, si besoin, les parents pour aller vers les repères établis en fonction de l'âge du jeune et leur conseiller des sources fiables : site web Manger Bouger (https://www.mangerbouger.fr/) du Programme national nutrition santé (PNNS).
- S'assurer à chaque examen de santé de la compréhension des repères en vigueur en fonction de l'âge du jeune et de leur mise en œuvre dans la vie quotidienne.

1.7.3. Lorsque la courbe de corpulence est ascendante et sort du couloir d'IMC attendu depuis le dernier examen de santé

- Aborder la situation sereinement avec les parents, l'enfant/l'adolescent(e) afin de ne pas induire de préoccupations excessives pour le poids.
- Rechercher un facteur déclenchant, évaluer plus précisément ce qui a changé dans les habitudes de vie, contexte ou conditions de vie de l'enfant/l'adolescent(e) et de sa famille.
- Expliquer qu'il n'est ni nécessaire d'interdire des aliments, ni d'imposer un régime alimentaire particulier, ni de faire de l'exercice physique ou du sport de manière intense.
- Engager l'enfant/l'adolescent(e), ses parents à changer progressivement les habitudes de vie en débutant par celle qui leur semble la plus facile à changer à court terme, et inciter à la création d'un environnement familial propice et encourageant.
- S'assurer de leur mise en œuvre dans la vie quotidienne lors du prochain examen de santé planifié. Et si la situation ne s'améliore pas, évaluer alors le besoin d'accompagnement par des

séances d'éducation thérapeutique (médecin ou infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné) (annexe 8).

1.7.4. En présence de changement rapide de couloir de la courbe d'IMC

En présence d'un changement rapide de couloir de la courbe d'IMC ou d'ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, d'un rebond d'adiposité précoce :

- proposer à la famille une évaluation globale de la situation de manière plus approfondie (cf. chapitre 3) ;
- évaluer plus précisément les habitudes de vie (annexe 4) et engager l'enfant/l'adolescent(e), ses parents sur l'amélioration d'au moins une habitude de vie, puis progressivement sur les autres et sur la création d'un environnement familial propice et encourageant (annexe 8, partie 3) ;
- évaluer le besoin d'accompagnement par une éducation thérapeutique si l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents expriment des difficultés à améliorer les habitudes de vie ou à créer un environnement propice et encourageant pour le jeune (médecin ou infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné) (annexe 8).

1.7.5. Chez les enfants/adolescente(s) en situation de surpoids ou d'obésité

- Confirmer le diagnostic de surpoids ou d'obésité et l'annoncer (cf. chapitre 2).
- Proposer une évaluation globale multidimensionnelle, et si besoin pluriprofessionnelle, de la situation individuelle et familiale pour envisager des soins et un accompagnement adaptés.

1.8. Noter dans le carnet de santé et « Mon espace santé »

Tout professionnel de santé amené à suivre la corpulence, la croissance staturo-pondérale, le développement physique, psychomoteur, psychologique et le bien-être de tout enfant/tout(e) adolescent(e) doit utiliser le carnet de santé et « Mon espace santé » (MES) dans lequel s'intègre le dossier médical partagé (DMP) pour :

- reporter systématiquement le poids, la taille, l'IMC ;
- tracer les courbes staturo-pondérales de manière prospective (carnet de santé) lors de chaque consultation (annexe 2) ;
- porter une appréciation sur l'historique et la dynamique de la corpulence, le développement global de l'enfant/de l'adolescent(e) ;
- mentionner le besoin d'évaluation plus approfondie des habitudes de vie et de l'état de santé, la délivrance d'informations, de conseils, d'une éducation thérapeutique.

Il serait souhaitable que dans le cadre de « Mon espace santé », le DMP et le logiciel Esculape utilisé par la médecine scolaire soient interopérables, de même pour les services de la PMI.

La possibilité d'alertes concernant l'augmentation de l'IMC dans les logiciels métiers des professionnels de santé est préconisée.

2. Confirmer le diagnostic de surpoids ou d'obésité

2.1. Réaliser un examen clinique et un entretien avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents

Un examen pédiatrique clinique complet est réalisé par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) (encadré 5). Il s'accompagne d'un entretien avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents. Une partie de la consultation peut être réalisée, si besoin, sans la présence des parents.

Cette consultation longue est, si besoin, réitérée pour annoncer le diagnostic et les étapes suivantes des soins (cf. chapitre 2.7), évaluer chacune des dimensions en lien avec la situation de surpoids ou d'obésité (cf. chapitre 4).

Encadré 5. Objectifs de l'examen clinique et de l'entretien avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents

Faire le point sur l'évolution de la corpulence depuis la naissance à partir de l'analyse des mesures anthropométriques et du tracé des courbes (taille, poids, IMC, périmètre crânien) pour éliminer une suspicion d'obésité syndromique, suivre l'évolution du tour de taille/taille en cas de surpoids (après l'âge de 3 ans).

Réaliser un examen clinique complet, évaluer l'état de santé global de l'enfant/de l'adolescent(e) et rechercher de possibles causes d'un gain de poids, des maladies associées ou des complications (annexe 5) : cardiovasculaire en particulier une pression artérielle élevée[7] ; respiratoire ; endocrinienne ; orthopédique ; cutanée, métabolique ; psychologique ; psychiatrique : troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du comportement ; perturbations de l'alimentation, troubles des conduites alimentaires (TCA), addictions (1).

Rechercher des facteurs connus pour générer un gain de poids : médicaments qui favorisent le gain de poids ou des modifications du métabolisme comme les antipsychotiques atypiques et neuroleptiques, les antiépileptiques et thymorégulateurs, certains antidépresseurs, la corticothérapie (gain de poids rapide avec hyperphagie apparaissant lors de la mise en route du traitement) ; une immobilisation.

Débuter l'exploration des différentes dimensions pouvant être en lien avec la situation de surpoids ou d'obésité tout particulièrement : les habitudes de vie (alimentation, activité physique, sédentarité, usage des écrans, sommeil, rythmes de vie), les difficultés psychologiques, scolaires (décrochage, hacélement), toute forme de vulnérabilité sociale, signes évocateurs d'une carence éducative, d'une situation de maltraitance (parents, fratrie, etc.) (22) ou d'enfant en danger ou à risque de danger : négligence, maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste) (23).

Conduite à tenir face à des signes cliniques évocateurs de complications : l'orientation vers un avis médical spécialisé peut être nécessaire en fonction des données de l'examen clinique (Annexe 5) pour préciser la conduite à tenir :

- les éventuels examens complémentaires (biologique et/ou exploration fonctionnelle et/ou radiologique), et en l'absence d'anomalie leur fréquence ;

[7] American Academy of Pediatrics.2017. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children ans Adolescents. https://publications.aap.org/pediatrics/article/140/3/e20171904/38358/Clinical-Practice-Guideline-for-Screening-and

– et le cas échéant la prescription d'un traitement médicamenteux ou non médicamenteux ;

L'accès à des professionnels médicaux peut être facilité par le recours à distance mettant en relation deux médecins grâce à la téléexpertise (40).

2.2. Limiter le bilan biologique à des examens ciblés. Explorer systématiquement un diabète de type 2 en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque

➔ **Chez l'enfant en surpoids et sans signe clinique évocateur d'une complication :** aucun examen biologique n'est nécessaire.

➔ **A partir de l'âge de 10 ans ou après le début de la puberté ou chez un jeune en surpoids ou en obésité,** une exploration d'un diabète de type 2 est à envisager systématiquement en présence d'un ou plusieurs facteurs de risques : diabète maternel ou gestationnel pour le jeune concerné, histoire familiale de diabète de type 2 au premier ou au second degré, signes de résistance à l'insuline, ou d'affections associées à une résistance à l'insuline (*acanthosis nigricans*, hypertension, dyslipidémie, syndrome des ovaires polykystiques, ou petit poids de naissance par rapport à l'âge gestationnel)[8] :

– si les résultats sont normaux, les répéter au minimum tous les 3 ans ou plus fréquemment si l'IMC augmente ;

– si le diagnostic de diabète de type 2 est confirmé, un bilan pancréatique doit être réalisé pour exclure la possibilité d'un diabète de type 1 maladie auto-immune.

➔ **Chez les enfants/les adolescent(e)s en situation d'obésité avérée (IMC ≥ au seuil IOTF 30)** et selon les antécédents familiaux, l'historique et la dynamique de la courbe d'IMC et l'histoire clinique**,** un bilan biologique est à réaliser sans urgence à la recherche :

– d'une dyslipidémie en cas d'antécédent familial.

– un bilan perturbé des fonctions hépatiques : ASAT, ALAT.

– En l'absence d'anomalie au premier bilan, un contrôle peut être justifié tous les 2-3 ans en particulier au moment de l'adolescence, ou plus souvent en fonction de l'augmentation de la corpulence.

➔ Après l'âge de 15 ans et en fonction de son développement physique, l'adolescent(e) peut être considéré(e) comme un(e) jeune adulte : se référer au parcours de soins « Surpoids et obésité de l'adulte[9].»

2.3. Obésité de cause rare : conduite à tenir et orientation

En cas d'obésité précoce et sévère avec un comportement alimentaire anormal (troubles de la faim et de la satiété, obsessions alimentaires, stratégie de recherche en nourriture, vols alimentaires, voire syndrome de Pica), plusieurs signes évocateurs souvent associés peuvent faire suspecter diverses maladies (annexe 7).

➔ Dans un premier temps, le médecin qui suit l'enfant peut s'aider de l'outil d'aide au diagnostic des obésités syndromiques Obsgen (41).

[8] American Diabetes Association. Children and adolescent Standards of medical care in diabetes 14. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes—2022 | Diabetes Care | American Diabetes Association (diabetesjournals.org)

[9] Lien vers https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

- En cas de troubles du neurodéveloppement, les recommandations de la HAS peuvent aider au repérage et à l'orientation des enfants (42).
- Dans un second temps, le recours à un avis spécialisé auprès d'un centre de référence maladies rares (CRMR) PRADORT (syndrome de Prader-Willi et autres obésités rares avec troubles du comportement alimentaire) ou à la filière nationale de santé DEFISCIENCE est nécessaire, conformément au protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) « Obésités de cause rare » (43) pour :
  - délivrer des conseils et/ou un appui aux médecins de ville et hospitaliers dans la prise en charge ou son organisation en proximité incluant une éducation thérapeutique du patient ;
  - s'appuyer sur un outil de coordination commun à l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social) ;
  - accompagner les parents et les professionnels des services et établissements médico-sociaux le cas échéant.
- L'accès aux équipes spécialisées peut être facilité par le recours à la téléexpertise.

2.4. Évaluer les habitudes de vie de manière plus approfondie

Il faut garder à l'esprit qu'aborder et intervenir sur l'alimentation et l'activité physique impliquent de toucher à des phénomènes culturels, sociaux et économiques qui imprègnent profondément la vie des personnes et peuvent même constituer une partie de leur identité culturelle et sociale (14).

- Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou un(e) infirmier(ère) dans le cadre d'un exercice coordonné, ou un médecin ou une puéricultrice du service de la PMI (enfant avant l'âge de 6 ans) évaluent les habitudes alimentaires, les habitudes de pratique de l'activité physique et sportive (vie quotidienne, en classe et de loisirs), les comportements sédentaires, le sommeil, (quantité et qualité), l'existence d'une désorganisation du cycle veille-sommeil et des rythmes de la vie quotidienne.
- En fonction des données recueillies, cette évaluation est complétée et approfondie, si besoin, en sollicitant l'expertise d'autres professionnels (chapitre 4).

2.4.1. Évaluation des habitudes alimentaires individuelles et familiales

L'évaluation explore les éléments suivants en prenant appui sur la « Révision des repères alimentaires pour les enfants de 0-36 mois et de 3-17 ans » du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) (39), ou ceux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail (Anses) pour les enfants de 0 à 3 ans et de 4 à 17 ans (44, 45) :

- contexte et conditions des prises alimentaires, les traditions culinaires, les goûts alimentaires, les habitudes héritées de la famille et de la population à laquelle on appartient ;
- prises alimentaires (repas/collations/grignotage) : rythme et répartition dans la journée, nombre, durée ;
- contexte des repas : maison, cantine, seul ou en famille ;
- représentations de l'enfant et de sa famille ;
- perturbations de l'alimentation, troubles des conduites alimentaires (TCA) (chapitre 2.5) ;
- évaluation qualitative et quantitative des apports alimentaires : diversification alimentaire chez le tout-petit (0-3 ans), choix des aliments et variété de l'alimentation, taille des portions, consommation d'aliments denses en énergie, de boissons sucrées, sodas, produits gras, sucrés et salés ;
- perceptions liées à l'alimentation : plaisir, satiété, appétit, néophobie alimentaire ;

- habitudes personnelles et familiales : variété des repas, cuisine faite maison, consommation de produits ultratransformés ;
- connaissances : alimentation et son lien avec la santé, qualité nutritionnelle des aliments (par exemple Nutri-Score) ;
- utilisation de stratégies qui permettent à l'enfant/l'adolescent(e), de réguler ses émotions et d'avoir la capacité de résoudre des problèmes, d'adapter son alimentation à des contextes variés (famille, cantine, milieu amical, foyer de vie, alternance des lieux de vie) ;
- recours à des produits de régime, des pratiques de jeûne, des compléments alimentaires (enfant/adolescent(e), sa fratrie, ses parents).

2.4.2. Évaluation des habitudes de pratique de l'activité physique et sportive individuelles et familiales

L'évaluation explore les éléments suivants (1, 46) :

- les habitudes de pratique de l'activité physique et sportive de l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents : jeux en plein air, activité physique pratiquée dans le cadre de l'école et en dehors, en période de vacances, mode de déplacements, comportement sédentaire ;
- les occasions de pratiquer (en milieu scolaire, familial, club, associations sportives scolaires ou en ville), l'offre et les équipements dans l'environnement, les difficultés d'accès ou financières ;
- l'évaluation du niveau d'activité physique en comparaison avec les repères d'activité physique en vigueur (47, 48) ;
- les aptitudes physiques de l'enfant/de l'adolescent(e), les éventuelles restrictions liées aux complications de l'obésité ;
- les goûts pour l'activité physique et sportive ;
- les expériences de pratique antérieures, les perceptions liées à l'activité physique ou sportive : plaisir, sentiment de compétence, préférences, dégoût, autodépréciation, idées fausses sur l'activité physique (fatigue, peur de se blesser), crainte des moqueries, d'être mis à l'écart, stigmatisation.

2.4.3. Évaluation de la sédentarité

➔ L'évaluation concerne le temps passé au quotidien en position assise ou allongée en dehors des temps de sommeil, le temps consacré aux écrans pour les études et les loisirs de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents.

Ce sont les comportements associés à l'utilisation des écrans qui sont responsables du surpoids : prises alimentaires augmentées, temps de sommeil réduit et qualité de sommeil altérée (38).

Des recommandations plus spécifiques à l'exposition aux écrans ont été formulées dans le Programme national nutrition santé (PNNS) par Santé publique France (SPF) :

- les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés aux écrans ;
- les enfants entre 2 et 5 ans ne doivent pas être exposés plus d'1 h par jour ;
- les enfants entre 6 et 11 ans ne doivent pas être exposés plus de 2 h par jour aux écrans de loisirs (temps d'écrans hors temps scolaire) (37, 39).

L'implication des parents dans la régulation ou non de l'utilisation des écrans est à évaluer. Un accompagnement peut être nécessaire pour trouver un équilibre entre autorisation et interdiction et consacrer du temps aux autres activités.

2.4.4. Évaluation du sommeil et des rythmes de vie

L'évaluation concerne :

- la quantité et la qualité du sommeil : recherche d'une désorganisation du cycle veille-sommeil ;
- les rythmes de la vie quotidienne : recherche d'une régularité ou d'une désorganisation.

2.5. Débuter l'accompagnement des changements des habitudes de vie dans le but de promouvoir la santé et le bien-être

En fonction de l'évaluation globale des habitudes de vie, le médecin définit avec l'enfant/l'adolescent(e), les changements à apporter progressivement et identifie ce qui est prioritaire pour lui (elle). Des exemples à adapter à l'âge de l'enfant sont proposés dans l'annexe 8, partie 3 :

- il envisage avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents, comment intégrer plus d'activités physiques dans les activités de tous les jours.
- il les aide à prendre conscience des activités sédentaires dans la vie quotidienne et à envisager la manière de les limiter progressivement.
- il les aide à comprendre ce que manger veut dire pour soi et quel est l'intérêt de changer ses habitudes alimentaires tout en gardant l'aspect convivial des repas.
- il les aide à réfléchir sur le sommeil, la manière de préserver sa quantité et sa qualité et comment garder le rythme.

Il accompagne l'enfant/l'adolescent(e) dans le choix (cf. exemples à adapter à l'âge de l'enfant proposés dans l'annexe 8, partie 3) :

- d'un ou plusieurs objectifs en fonction de la demande de l'enfant/l'adolescent(e) : clair, précis et atteignable portant sur l'activité en elle-même plutôt que sur son résultat ;
- de stratégies pour garder sa motivation ;
- de moyens de suivre ses progrès, de la manière de rechercher l'aide des parents ou d'une autre personne dans son environnement proche.

2.6. Repérer les signes de perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires

Il est important de repérer systématiquement des signes évoquant des perturbations de l'alimentation ou des troubles des conduites alimentaires (TCA) (encadré 6) et d'y apporter des réponses adaptées.

Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e), mais également le psychologue, le diététicien qui interviennent dans le parcours doivent être attentifs aux signes de vulnérabilité psychique représentés par les TCA ou les perturbations de l'alimentation.

- **Pour les TCA** : évaluation systématique, selon le tableau clinique, par un psychologue en première approche ou un psychiatre, afin de déterminer quel type de soins est nécessaire. Ces soins peuvent soit être réalisés par un psychologue, soit par un psychiatre, soit par les deux conjointement. Les soins proposés doivent inclure une prise en charge des TCA, des comorbidités psychiatriques et une prise en compte du contexte psychosocial. Ils incluent selon les besoins de la personne des approches psychothérapiques individuelles et/ou familiales adaptées, et si nécessaire, un traitement psychotrope dans le cadre d'une approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale et familiale) (49).

– **Pour les perturbations de l'alimentation** : selon le tableau clinique, évaluation par un psychologue en première approche ou un pédo-psychiatre ou psychiatre, afin de déterminer si des soins sont nécessaires en plus d'une approche nutritionnelle systématique (travail sur les comportements).

Encadré 6. Savoir repérer les troubles des conduites alimentaires et les perturbations de l'alimentation

Penser à des troubles des conduites alimentaires (TCA) face à des signes cliniques d'appel comme (DSM-5) (49) :

– épisodes récurrents de crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle), qu'il y ait ou non des vomissements associés ;
– une demande de régime amaigrissant ou de perte de poids ; des habitudes alimentaires restrictives, des exclusions alimentaires ;
– une inquiétude de l'entourage (parents, fratrie) face au comportement alimentaire.

Penser à des perturbations de l'alimentation face à des signes cliniques d'appel comme :

– hyperphagie prandiale : manger de grandes quantités de nourriture ;
– tachyphagie : manger beaucoup plus rapidement que la normale ;
– prise de nourriture dite de réconfort perçue comme une manière de faire face à un stress, sensibilité à la récompense par la nourriture, difficulté à résister à la tentation ;
– prise de nourriture en réaction à l'ennui, la solitude, parfois associés à des facteurs de stress, faible estime de soi, humeur négative, insatisfaction corporelle ou isolement ;
– modulation de la prise alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété (alimentation émotionnelle) ;
– manger seul ou en cachette (gêne de la quantité de nourriture que l'on absorbe ou des aliments déconseillés), se sentir dégoûté de soi-même, triste ou coupable après avoir mangé ;
– restrictions alimentaires ou contrôle de l'alimentation pour réduire volontairement la quantité de nourriture ingérée avec parfois une alternance avec des périodes d'hyperphagie, entraînant un gain de poids ;
– prises alimentaires en dehors des repas et leurs caractéristiques : grignotage continu de petites quantités d'aliments toute la journée (n'est pas considéré comme de l'hyperphagie boulimique), compulsions (craving) : envie irrépressible de manger un aliment souvent apprécié en quantité limitée, sans frénésie, sans perte de contrôle.

Penser à explorer les habitudes alimentaires de la famille et son rôle dans le développement et le maintien de la situation de surpoids ou d'obésité :

– en particulier les dynamiques entre parents et enfants/adolescent(e)s, les interactions entre les parents et les enfants/adolescent(e)s au moment des repas, le mode d'alimentation familial qui peuvent être difficiles ;
– le style parental, l'existence de difficultés familiales : plaintes des parents quant à « un enfant difficile », et inversement plaintes exprimées par l'enfant/l'adolescent(e) à l'égard de ses parents.

2.7. Évaluer et accompagner précocement les difficultés psychologiques ou troubles psychiatriques, les situations à risque

➔ Selon le tableau clinique, un bilan psychologique et/ou une évaluation pédo-psychiatrique font partie d'emblée de l'évaluation d'une situation de surpoids ou d'obésité. Ils peuvent être

proposés également à tout moment du parcours de soins si le besoin est identifié par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou par les professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement ou si une demande est exprimée par le jeune ou ses parents (fiche 2).

➔ Ce bilan et/ou cette évaluation devraient idéalement intervenir très tôt en s'assurant de l'accès pour les familles (géographique et financier) (25-29, 50).

Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) doit :

- être attentif aux éventuels signes de souffrance psychique, aux éventuels symptômes de troubles psychiatriques, aux traitements d'une pathologie psychiatrique qui entraînent un gain de poids, aux perturbations de l'alimentation, aux troubles des conduites alimentaires, au risque suicidaire ;
- déceler une éventuelle problématique liée à un risque de danger pour l'enfant/l'adolescent(e) : carence éducative, négligence, maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste) et orienter si besoin ;
- 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.

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) et ses parents à comprendre et à accepter l'aide proposée (encadré 7).

Encadré 7. Faciliter l'acceptation de l'intervention d'un psychologue ou d'un pédo-psychiatre ou psychiatre

- 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 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.
- Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) 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.
- Il 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.

2.8. Déceler et accompagner précocement toute forme de vulnérabilité sociale

- ➔ Un bilan de la situation sociale et de toute forme de vulnérabilité sociale fait partie d'emblée de l'évaluation d'une situation de surpoids ou d'obésité.
- ➔ Ce bilan devrait idéalement intervenir très tôt en s'assurant de l'accès pour les familles à un travailleur social.
- ➔ Ce bilan peut être proposé également à tout moment du parcours de soins si le besoin est identifié par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou les professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement ou si une demande est exprimée par les parents (fiche 3).

Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) doit :

- être attentif à d'éventuels problèmes d'accès aux soins, de difficultés sociales, économiques, financières, de carence éducative, de difficultés à comprendre l'information et à la traiter qui peuvent entraver l'adhésion et l'engagement dans les soins ;
- solliciter un travailleur social du centre communal d'action sociale (CCAS) présent dans chaque commune ou les structures des départements pour réaliser un diagnostic social et éducatif, et mettre en place, si besoin, un plan d'accompagnement.

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) : carence éducative, négligence, maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste), qui nécessiteront un accompagnement spécifique

À la suite de cette évaluation, le professionnel met en place un projet d'accompagnement qui tient compte de la situation individuelle et familiale.

Selon la situation, un accompagnement socio-éducatif de l'enfant/l'adolescent(e), le soutien des pratiques parentales, de la dynamique familiale, la restauration des rythmes de vie peuvent être mis en place sur leurs lieux de vie y compris à domicile, si le besoin est identifié et en lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e).

2.9. Annoncer le diagnostic et les étapes suivantes

- ➔ Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et coordonne son parcours de soins résume la situation et annonce le diagnostic de surpoids ou d'obésité. Il demande à l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents ce qu'ils ont compris de leur situation, il rassure et reformule si besoin. Il explique les étapes suivantes, en particulier l'exploration des facteurs en lien avec la situation de surpoids ou d'obésité (encadré 8).
- ➔ L'annonce du diagnostic doit toujours s'accompagner d'une proposition de soins et d'accompagnement qui sera co-construite avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents une fois la situation bien explorée avec eux.

Encadré 8. Contenu de l'annonce du diagnostic de surpoids ou d'obésité et des étapes suivantes des soins

- Éclairer l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents sur la situation. Nommer le surpoids ou l'obésité.
- Partir de leurs représentations et du sens qu'ils donnent aux mots pour ne pas les blesser et construire un langage commun.
- Prendre le temps d'écouter leur histoire, de comprendre ce qui est important pour eux et veiller à ne pas moraliser ou culpabiliser.
- Être attentif aux répercussions émotionnelles de l'annonce qui peut révéler une situation de souffrance chez l'enfant/l'adolescent(e) ou un sentiment de jugement chez les parents, tout particulièrement s'ils sont eux-mêmes en situation de surpoids ou d'obésité.
- Déconstruire les idées reçues et les fausses informations sur l'obésité et son traitement, les régimes et produits de régime, les compléments alimentaires, les cosmétiques, et délivrer une information fiable.
- Expliquer les étapes suivantes : évaluation approfondie de la situation avec eux, si besoin avec l'aide d'autres professionnels de santé, du champ social, médico-social, ou d'une structure spécialisée dans l'obésité pédiatrique ; définition du projet de soins et d'accompagnement et des modalités de mise en œuvre et de suivi.
- Être attentif à leurs attentes vis-à-vis de ce qui est proposé.
- Expliquer que leur engagement est nécessaire au même titre que l'engagement des professionnels.
- Informer les familles du soutien possible par les associations d'usagers quand elles existent en proximité.

3. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle de la situation dès le repérage d'un surpoids ou d'une obésité

3.1. Professionnels impliqués

Menée en premier lieu par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e), cette évaluation initiale nécessite une consultation longue dédiée, menée, si besoin, en deux temps avec les parents, puis l'enfant/l'adolescent(e) seul(e).

Cette évaluation peut être réitérée pour évaluer plus finement la situation individuelle et familiale, ou complétée en faisant appel aux compétences d'autres professionnels ou d'une équipe pluriprofessionnelle.

Dans un second temps, le médecin oriente, si besoin, vers des professionnels de proximité pour compléter l'évaluation.

Plus largement, tout professionnel impliqué dans les soins et l'accompagnement :

- doit être sensibilisé aux principales problématiques en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité qui, chez certains enfants/adolescent(e)s peuvent se cumuler ou être prévalentes et nécessiter des accompagnements précoces et adaptés (notamment psychologique, psychiatrique, social) ;
- peut, selon ses compétences professionnelles et les limites de son champ d'intervention, repérer un ou plusieurs de ces facteurs ou identifier des problématiques, ou les évaluer en profondeur ou orienter pour rechercher des solutions et répondre aux besoins.

3.2. Finalités et objectifs de l'évaluation multidimensionnelle

Il est essentiel d'aller au-delà des seules mesures du poids, de la taille, de l'IMC pour comprendre l'histoire individuelle et familiale, identifier les problématiques, les besoins et les attentes de l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents et y répondre.

Son principal objectif est de co-construire une offre personnalisée de soins et d'accompagnement.

Ses objectifs spécifiques sont de :

- faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir en prenant l'appui d'un ou plusieurs professionnels en proximité ou, si besoin, d'une équipe spécialisée dans l'obésité en cas de cumul de facteurs associés ;
- évaluer la compréhension que l'enfant/l'adolescent(e), ses parents ont de la situation, des enjeux des soins et de l'accompagnement ;
- rechercher les éléments qui font obstacle aux soins et à l'accompagnement, les points d'appui, les ressources à disposition ;
- évaluer la réceptivité et la motivation de l'enfant/l'adolescent(e), de ses parents à une proposition d'offre de soins et d'accompagnement, leur aptitude à initier ou maintenir les changements des habitudes de vie et à créer un environnement favorable à ces changements.

3.3. Dimensions à explorer et repères pour guider l'évaluation

➔ **Les dimensions à explorer lors de l'évaluation initiale ou en cours de parcours** (figure 1) sont des facteurs favorisant une situation de surpoids ou d'obésité, un retentissement somatique, psychologique, des conséquences sur la vie quotidienne, le bien-être, la qualité de vie, la réceptivité aux changements à apporter aux habitudes de vie, la motivation (14, 25, 26, 28, 29, 50-52).

- Il s'agit d'identifier les problématiques, les besoins, les attentes de l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents et rechercher des réponses adaptées ; de faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir en mobilisant les différentes compétences professionnelles.
- Une démarche similaire d'évaluation est reconduite lors des consultations de suivi pour évaluer les évolutions, valoriser les progrès et répondre à de nouveaux besoins ou difficultés.

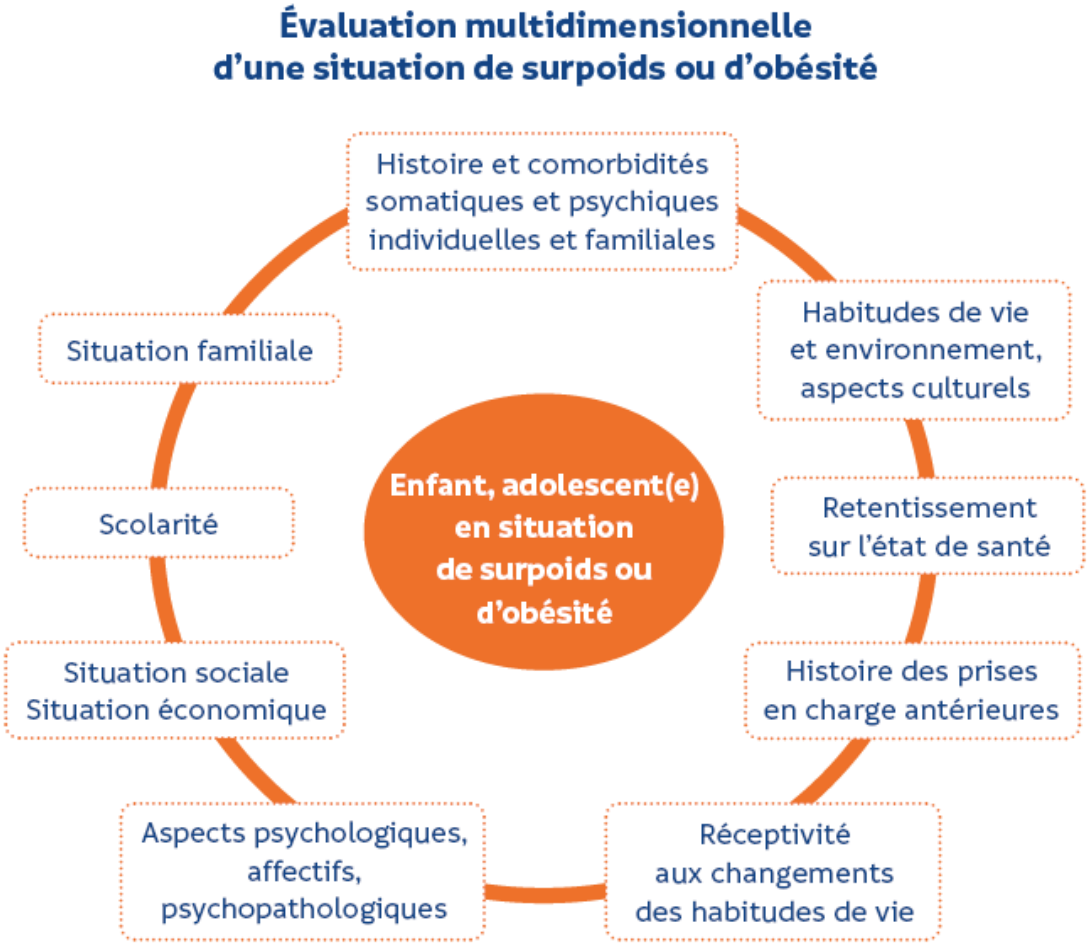


Figure 1. Dimensions d'évaluation initiale ou en cours de parcours d'une situation de surpoids ou d'obésité (figure élaborée par le groupe de travail)

➔ **Des repères pour guider l'évaluation de chacune des dimensions et orienter** le cas échéant vers l'expertise d'un professionnel pour approfondir ou compléter une ou plusieurs dimensions sont proposés dans l'annexe 7.

- Les dimensions ne sont pas classées ou hiérarchisées par ordre d'importance. Le professionnel est libre d'explorer, à partir de ses premiers constats, une ou plusieurs dimensions dans l'ordre qui lui convient ou convient à l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents.

- L'adoption d'une posture éducative consiste à rendre formative cette évaluation en permettant à l'enfant/l'adolescent(e), mais aussi à ses parents, d'y prendre un rôle actif (53).
- La démarche doit être expliquée par le médecin à l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents.
- La création d'un climat d'écoute active et bienveillante les encourage à échanger en toute confiance, facilite l'expression de leurs attentes et besoins, préoccupations, priorités du moment, difficultés et freins et permet de lutter contre les idées reçues, de prévenir la stigmatisation et d'éviter la culpabilité tout particulièrement des parents qui peuvent être eux-mêmes en situation de surpoids ou d'obésité.

4. Compléter ou approfondir l'évaluation initiale ou en cours de parcours

L'évaluation multidimensionnelle peut nécessiter d'être complétée ou approfondie sur une ou plusieurs dimensions en s'appuyant selon la complexité de la situation sur l'expertise :

- d'un ou plusieurs professionnels de proximité : médecin spécialiste, infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné (fiche 4), psychologue, pédo-psychiatre (fiche 2), diététicien (fiche 5), enseignant en activité physique adaptée (fiche 6), kinésithérapeute (fiche 7), ergothérapeute (fiche 8), psychomotricien (fiche 9), travailleur social (fiche 3), service de la santé scolaire (fiche 1), professionnels du champ social et médico-social ;
- ou d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans l'obésité.

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) régional peut être utile dans la recherche des professionnels de proximité.

Tout professionnel ou équipe pluriprofessionnelle impliqués dans l'évaluation multidimensionnelle, et selon des modalités définies en commun :

- croise ses informations avec l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours ;
- partage une synthèse avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ;
- participe à la définition des soins et de l'accompagnement en réponse le cas échéant aux besoins individuels et familiaux de l'enfant/l'adolescent(e) ;
- met en œuvre le cas échéant des soins et un accompagnement ;
- est associé au suivi et à la réévaluation de la situation.

4.1. Recourir à l'appui de professionnels de proximité

Dans une situation de surpoids ou d'obésité sans complications, l'évaluation globale de la situation individuelle et familiale de l'enfant/l'adolescent(e) peut nécessiter d'être complétée ou approfondie sur une ou plusieurs dimensions en s'appuyant sur l'expertise d'un ou plusieurs professionnels de proximité au mieux formés à l'obésité (encadré 9).

Encadré 9. Orientation pour compléter ou approfondir l'évaluation multidimensionnelle initiale ou en cours de parcours dans une situation de surpoids ou d'obésité sans complications

Exploration globale des dimensions possiblement en lien avec la situation de surpoids ou d'obésité

- Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) (généraliste, pédiatre) réalise cette exploration. Il peut être sollicité en ce sens par le médecin scolaire ou le service de la PMI.
- Cette exploration peut être confiée à un(e) infirmier(ère) dans le cadre d'un exercice coordonné.

Orientation avec l'accord de la famille vers un ou des professionnels dont l'expertise est requise (champ sanitaire, social, médico-social, service de la médecine scolaire)

- Le médecin s'appuie sur les ressources locales tout en s'assurant de l'accessibilité (géographique et/ou financière) pour les parents, l'enfant/l'adolescent(e). Utiliser le répertoire opérationnel des ressources (ROR) décliné par région.
- Il crée, si besoin, le premier lien avec l'accord des parents.

– Il partage les données d'évaluation, utiles aux autres professionnels, avec discernement tout particulièrement pour les situations de vulnérabilités psychologiques, sociales, économiques, financières.
– Il obtient en retour une synthèse avec des conseils ou des préconisations pour compléter, si besoin, l'offre de soins et d'accompagnement de proximité.

Définition de l'offre de soins et d'accompagnement et réajustement, si besoin, en y intégrant conjointement les autres interventions en réponse aux besoins de l'enfant/l'adolescent(e), de ses parents

– Le médecin organise la mise en œuvre des interventions en sollicitant des professionnels de proximité.
– Il associe les professionnels sollicités et impliqués dans la mise en œuvre des soins au suivi et à la réévaluation de la situation selon des modalités définies en commun.

4.2. Recourir à une structure spécialisée dans l'obésité pour approfondir l'évaluation multiprofessionnelle

Dans une situation d'obésité complexe avec un cumul de facteurs associés, l'évaluation globale de la situation individuelle et familiale de l'enfant/l'adolescent(e) peut nécessiter d'emblée d'être complétée ou approfondie sur plusieurs dimensions en s'appuyant sur l'expertise de l'équipe d'une structure spécialisée dans l'obésité. Le but est de croiser les analyses et d'aboutir à un diagnostic de la situation, proposer des réponses pertinentes aux besoins identifiés (encadré 10).

L'exploration de ces dimensions tout au long du parcours, ainsi que le regard complémentaire des professionnels, de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents, permettent de formuler ensemble les objectifs des soins et de l'accompagnement et de les reformuler, si besoin. L'appui d'un outil de coordination commun à l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social), comme un plan individualisé de coordination en santé (par exemple selon le modèle de la HAS (54)), peut être utile.

Encadré 10. Orientation pour compléter ou approfondir l'évaluation multidimensionnelle initiale ou en cours de parcours dans une situation d'obésité complexe

Orientation vers une structure spécialisée dans l'obésité pédiatrique par le médecin (généraliste, pédiatre) qui suit l'enfant/l'adolescent(e) en s'assurant de l'accessibilité géographique et/ou financière pour les parents.

– Le médecin recherche dans son environnement la structure pluriprofessionnelle la plus à même d'approfondir l'évaluation multidimensionnelle en contactant le Centre spécialisé de l'obésité pédiatrique (CSO) ou le Centre intégré de l'obésité (CIO) pour les situations les plus complexes. Ces structures peuvent conseiller le recours à un établissement de santé ou à une structure de soins spécialisée dans l'obésité pédiatrique ou une équipe mobile spécialisée, ou intervenir elles-mêmes en proposant notamment un plateau technique.
– Le médecin crée systématiquement le premier lien avec la structure spécialisée dans l'obésité avec l'accord des parents. Il reste leur interlocuteur tout au long de la démarche d'évaluation et d'élaboration du plan individualisé de soins et d'accompagnement avec l'aide, si besoin, d'un référent de proximité (professionnel du secteur sanitaire ou médico-social, ou social).
– Le médecin partage les données d'évaluation, utiles à l'équipe, avec discernement, tout particulièrement dans les situations de vulnérabilités.

Le médecin coordonnateur de la structure spécialisée et son équipe complètent et approfondissent l'évaluation de la situation individuelle et familiale de l'enfant/l'adolescent(e)

– Chaque professionnel est sollicité dans son champ d'expertise : consultations médicales spécialisées, infirmier, psychologue, pédo-psychiatre ou psychiatre, diététicien, enseignant en activité physique adaptée, kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute, et selon la situation, professionnel social ou médico-social, médecin de l'Éducation nationale.
– Une visite au domicile ou sur le lieu de vie de l'enfant/l'adolescent(e) peut être utile pour appréhender l'environnement et établir un lien avec la famille ou les professionnels qui prennent soin du jeune dans son lieu de vie.

Organisation d'une réunion d'analyse d'une situation complexe ou de concertation pluriprofessionnelle (RCP)

– Elle est animée par le médecin coordonnateur de la structure spécialisée avec la participation du médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et/ou de l'infirmier(ère) dans le cadre d'un exercice coordonné, selon des modalités choisies en commun (présentiel ou distanciel).
– Elle peut rassembler autant que nécessaire un professionnel du secteur social ou médico-social, un médecin ou un infirmier de l'Éducation nationale, un médecin ou une puéricultrice du service de la PMI pour définir l'offre de soins et d'accompagnement.

Définition de l'offre de soins et d'accompagnement après partage des données

– Recherche des professionnels ou d'une équipe de soins la plus à même d'intervenir en proximité du lieu de vie. La structure experte peut elle-même intervenir.
– Mise en place, le cas échéant, d'interventions par le travailleur social et/ou le service de la médecine scolaire, ainsi que d'un suivi en fonction des besoins identifiés.
– La place du service de soins de suite et de réadaptation dans le projet thérapeutique peut être également envisagée selon les besoins.
– Un plan personnalisé de soins et de coordination est établi pour les situations complexes et partagé entre tous les intervenants.
– Un carnet de liaison ou un outil numérique peut également être proposé à l'enfant/l'adolescent(e) et à ses parents. Il est le support du parcours de soins, de leur expérience et leur vécu.
  ➔ Évaluation du besoin d'un référent de proximité : il peut être proposé au sein de l'équipe de soins pour être l'interlocuteur privilégié du jeune et de ses parents ou adultes qui en ont la responsabilité, ainsi que des professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement.

4.3. Situations conduisant à solliciter un diététicien

L'enfant/l'adolescent(e) peut être adressé à un diététicien en cas de (fiche 5) :

- besoin d'une évaluation plus fine des habitudes de vie ;
- problématique de rééquilibrage de l'alimentation ;
- exploration de perturbations de l'alimentation ou de troubles des conduites alimentaires ;
- difficultés à créer un environnement favorable aux changements des habitudes de vie.

Les interventions proposées visent à améliorer la nutrition, la qualité des repas (quantité, composition, rythme), à accompagner les changements des habitudes de vie et favoriser leur maintien dans la durée avec l'aide de la famille qui est également accompagnée et soutenue. Un travail sur les sensations liées à l'alimentation pourra être proposé.

En cas de TCA, le diététicien participe systématiquement à l'approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale et familiale) (49).

En cas de perturbations de l'alimentation, le diététicien travaille sur les comportements, en lien avec un psychologue ou un pédo-psychiatre selon le tableau clinique.

4.4. Situations conduisant à solliciter un enseignant en activité physique adaptée (APA)

L'enfant/l'adolescent(e) peut être adressé à l'enseignant en APA par le médecin qui le suit en cas de (fiche 6) :

- besoin d'une évaluation plus fine de la pratique de l'activité physique et de la sédentarité ;
- besoin d'une évaluation des capacités physiques et motrices (endurance, souplesse, équilibre) et de la sédentarité ;
- difficultés à initier, reprendre une activité physique et à la poursuivre sur un mode régulier sans aide ou sans mise en lien avec une structure ou un dispositif permettant de pratiquer.

Diverses interventions peuvent être proposées : optimisation du mouvement au quotidien, ou programme d'activité physique adaptée individualisé, 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 ».

4.5. Situations conduisant à solliciter un kinésithérapeute

Les situations d'obésité sévère peuvent avoir un retentissement fonctionnel et/ou douloureux. Un bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) peut être prescrit par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) en cas de (fiche 7) :

- besoin d'une évaluation initiale des déficiences et des incapacités fonctionnelles, des douleurs, notamment au niveau des articulations ;
- besoin d'un bilan pour une désadaptation à l'effort ou en cas de dyspnée d'effort ;
- besoin d'un programme de rééducation ou de réadaptation.

Les moyens thérapeutiques les plus appropriés pour répondre aux besoins peuvent être :

- des exercices d'activité physique adaptée et progressive ;
- des activités en décharge peuvent être mieux tolérées ;
- un renforcement musculaire, des étirements, des exercices de proprioception, un travail sur l'image du corps ;
- des exercices pour améliorer la capacité cardio-respiratoire ou des exercices de force et de résistance, un travail de l'équilibre.

4.6. Situations conduisant à solliciter un ergothérapeute

L'enfant/l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité peut être adressé à un ergothérapeute par le médecin qui le suit en cas de (55, 56) (fiche 8) :

- difficultés à réaliser ou à participer aux activités ou occupations de la vie quotidienne, incluant les activités physiques extérieures, de jeu, de loisirs extrascolaires ;
- bilan d'un développement neuromoteur en décalage avec les attendus de l'âge (retard de la marche, retard de langage, laçage des chaussures tardif ou non acquis, etc.) ;
- particularités sensorielles ou de limitations fonctionnelles 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 rapportée à investir les apprentissages, notamment scolaires ;
- limitation fonctionnelle pour atteindre toutes les parties de son corps (ne pas pouvoir se laver le dos, ne pas pouvoir se baisser ou se relever en toute sécurité).

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/l'adolescent(e).

4.7. Situations conduisant à solliciter un psychomotricien

L'enfant/l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité peut être adressé à un psychomotricien par le médecin qui le suit en cas de (57, 58) (fiche 9) :

- développement sensorimoteur et fonctionnement psychomoteur inhabituels, de troubles de la coordination à type de malhabileté, latéralité discordante, de difficulté d'apprentissage gestuel ;
- troubles du tonus, de troubles du comportement à type de régulation émotionnelle (instabilité des émotions, intolérance à la frustration, colère, etc.), de signes anxiodépressifs à expression psychocorporelle (stress, tics, tensions musculaires…) ;
- difficultés relationnelles et d'expression des émotions et sentiments, repli sur soi, isolement ;
- 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 de développer le schéma corporel ;
- troubles des fonctions exécutives chez un jeune en situation de surpoids ou d'obésité.

4.8. Rédiger et partager une synthèse

4.8.1. Synthèse écrite

Une synthèse écrite élaborée par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et coordonne le parcours réunit l'ensemble des données de l'évaluation globale de l'enfant/l'adolescent(e) et de son contexte et ses conditions de vie. Elle intègre par la suite les propositions qui seront faites au jeune et à ses parents pour une décision prise en commun concernant les soins et l'accompagnement.

Elle est mise à disposition des professionnels de santé impliqués dans les soins et l'accompagnement et partagée dans « Mon espace santé » (MES) dans lequel s'intègre le DMP. Elle comprend au minimum :

- les données de l'évaluation clinique ;
- les éléments cliniques d'orientation vers un médecin spécialiste ou une équipe spécialisée et les éventuels examens complémentaires ;
- les données d'exploration de l'ensemble des dimensions en lien avec la situation de surpoids ou d'obésité ; les projets du jeune et de ses parents, de sa famille (qui donnent du sens au parcours de soins et les motivent) ;
- le besoin d'une éducation thérapeutique sur la base d'une première évaluation qui sera complétée par le ou les professionnels mettant en œuvre l'éducation thérapeutique ;
- les synthèses des bilans d'un ou plusieurs professionnels du champ sanitaire, social ou médico-social sollicités pour compléter, le cas échéant, l'évaluation en soins de premier recours, ou celle de l'équipe d'une structure spécialisée dans l'obésité pour évaluer une situation complexe ;
- l'offre de soins et d'accompagnement personnalisée, graduée ou modulée en fonction des besoins, ses modalités de mise en œuvre, le suivi médical global qui peut être partagé avec une structure spécialisée dans l'obésité pour les situations complexes.

4.8.2. Échange et partage d'informations

L'échange se définit comme la communication d'informations à un ou plusieurs professionnels identifiés comme participant au parcours de soins. Préalablement à l'échange, le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e), tout autre professionnel de santé, professionnel social, médico-social informe les parents de la nature des informations échangées et de l'identité et la qualité du professionnel destinataire.

Le partage des données permet de mettre à disposition de plusieurs professionnels des informations utiles à la coordination et à la continuité des soins et de l'accompagnement.

5. Graduer et moduler les soins et l'accompagnement

➔ Mobiliser les différentes compétences professionnelles, les moyens nécessaires

Graduer et moduler une offre de soins et d'accompagnement consiste à mobiliser des professionnels aux profils variés et à s'appuyer sur une organisation locale structurée pour répondre précocement et de manière souple et évolutive aux besoins individuels et familiaux, aux attentes et aux préférences de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents, aux réussites ou aux difficultés d'atteinte des objectifs des soins et de l'accompagnement (28, 29, 52, 59).

➔ Prendre en compte deux situations pour graduer les soins et l'acompagnement

> **Une situation de surpoids ou d'obésité est dite non complexe** en cas d'IMC situé entre les seuils IOTF 25 et 30 OU en cas d'IMC > seuil IOTF 30 sans complications et sans cumul de facteurs qui sont cause ou conséquence d'une obésité. Par exemple, une problématique sociale ou psychologique ou scolaire associée n'entraîne pas obligatoirement une complexité si elle trouve des réponses accessibles en proximité.
>
> **Une situation d'obésité est dite complexe** du fait de la sévérité de l'obésité (IMC > seuil IOTF 30) ET du cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques, individuelles ou familiales associées ; obésité de causes rares (soit génétiques, soit dites lésionnelles) ; situation de handicap, de déficience, antécédents d'échecs du traitement de l'obésité ; retentissement important sur la vie quotidienne et la qualité de vie ; troubles des conduites alimentaires associés à des troubles psychopathologiques, problématiques sociales, familiales, scolaires.

➔ **Organiser des temps de coordination des interventions et de concertation des intervenants** est nécessaire, quelle que soit la situation, pour définir les soins et l'accompagnement. Un accord clair sur la répartition des rôles de chacun est indispensable. L'utilisation d'un support à la coordination de l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social) permet de veiller à la cohérence des messages et d'éviter la juxtaposition des interventions.

➔ **Dans les situations complexes, désigner un référent de proximité** pour répondre à un besoin de coordination complémentaire à celle du médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et soutenir l'engagement de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents. Le besoin de désignation d'un référent de proximité (au sein de l'équipe de soins) doit être régulièrement évalué.

Le rôle du référent de proximité dans les situations complexes est d'organiser et de suivre la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement, avec l'appui d'un outil de coordination commun à l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social). Il gère les priorités et déclenche, si nécessaire, une réévaluation de la situation avant l'échéance prévue.

Il est l'interlocuteur privilégié de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents. Il soutient leur engagement et assure une cohérence des interventions, en créant du lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et entre les intervenants et la famille. Il prend l'initiative de contacter les familles dont les consultations ont été interrompues.

Il doit être clairement identifié par l'enfant/l'adolescent(e), ses parents et tous les intervenants. Le référent sera choisi si possible avec la famille parmi les professionnels impliqués dans le parcours.

➔ **Moduler ensuite les soins et l'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation individuelle et familiale et de l'atteinte des objectifs** : poursuivre, adapter et/ou compléter les soins et l'accompagnement, augmenter ou diminuer leur intensité, élargir ou restreindre l'équipe pluriprofessionnelle en fonction des besoins, poursuivre, si nécessaire, les explorations et/ou les examens.

➔ **S'appuyer sur des critères d'aide à la graduation et la modulation des soins et de l'accompagnement :** l'offre de soins et d'accompagnement définie à un moment donné (encadré 11) peut être modulée en fonction de critères de réussite ou d'évolution moins favorable (encadré 12).

Encadré 11. Critères de graduation de l'offre de soins et d'accompagnement initiale

- Sévérité de l'obésité associée ou non à des maladies somatiques ou psychiques, à des symptômes, des complications, des répercussions sur la santé et l'autonomie, une incidence sur la qualité de vie.
- Cumul de besoins individuels ou familiaux identifiés lors de l'évaluation globale de la situation (sanitaire, sociale, psychologique et/ou scolaire) et les objectifs personnalisés de soins et d'accompagnement qui en découlent.
- Âge de l'enfant/l'adolescent(e), son développement physique, psychomoteur, psychologique, social, sa maturité, une situation de handicap, son environnement, qui nécessitent que les soins et l'accompagnement soient proposés aux parents (ou aux professionnels d'un établissement médico-social), notamment une éducation thérapeutique.
- Capacité des parents à s'impliquer tout particulièrement, à créer un environnement familial propice à la mise en œuvre des changements des habitudes de vie.
- Besoin de mobiliser une variété de profils de professionnels en réponse aux besoins identifiés, et leur disponibilité en proximité ou dans une structure spécialisée dans l'obésité.
- Besoin d'un soutien entre les consultations, les soins : enfant/adolescent(e) et ses parents.
- Besoin d'une coordination du parcours au-delà de la coordination habituelle par le médecin qui suit l'enfant : appui d'un référent de proximité et/ou appui ou coordination partagée avec une structure spécialisée dans l'obésité pédiatrique.

Encadré 12. Critères de modulation de l'offre de soins et d'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation

Évolution favorable de la situation : réussites, atteinte des objectifs personnalisés

Passage à une offre moins intense ou impliquant une équipe plus restreinte de professionnels :

- diminution de la fréquence des interventions ou des moyens mis en œuvre ;
- suivi régulier maintenu permettant une souplesse de réaction en fonction des besoins.

Évolution moins favorable de la situation : insuccès, difficultés à atteindre les objectifs personnalisés

Passage à une offre plus intense, différente ou complémentaire, en termes de profils de professionnels impliqués ou de structure spécialisée sollicitée, de contenu ou de fréquence des soins et de l'accompagnement, de modalités de suivi :

- insuffisance d'efficacité des soins et de l'accompagnement initiaux (en dépit de l'amélioration des habitudes de vie ou d'une amélioration ou stabilisation de la courbe d'IMC ;

– persistance de l'augmentation de la courbe d'IMC vers le haut, perte de poids insuffisante ou trop lente pour faire diminuer les complications de l'obésité, souhait du jeune d'améliorer l'état de santé, l'état fonctionnel et la participation aux activités de la vie quotidienne ;
– apparition de facteurs de risque pour la santé ou de complications de l'obésité ;
– difficultés de gestion des traitements des complications ;
– apparition ou reprise de troubles des conduites alimentaires (TCA) ;
– passivité, difficultés d'implication des parents.

Préparation à la transition de l'adolescence vers l'âge adulte puis passage des soins pédiatriques aux soins adultes : module spécifique d'éducation thérapeutique pour l'adolescent(e) et ses parents puis mise en œuvre du passage pouvant nécessiter un accompagnement conjoint entre les médecins ou les équipes de soins pédiatriques et adultes.

6. Proposer des soins et un accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité

6.1. Partager la décision

Une démarche de partage de la décision permet à l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents de :

- co-construire l'offre de soins et d'accompagnement, ses modalités de mise en œuvre et de suivi avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents ;
- faire des choix lors de la formulation des objectifs énoncés sous la forme de critères de réussite : être précis, atteignables et progressifs, faciles à mettre en œuvre, acceptés et révisables ;
- être attentifs à la faisabilité pour les familles ou les professionnels en charge de l'accompagnement (aide sociale à l'enfance, établissements médico-sociaux), tout particulièrement si le projet de soins comporte des séances d'éducation thérapeutique et des séances d'activité physique adaptée, et/ou des consultations de diététique, et/ou des consultations avec un psychologue ;
- leur donner la possibilité de revenir sur cette décision et d'adapter les soins et l'accompagnement, en particulier pour entendre un éventuel souhait de répit ;
- inciter le jeune à inscrire ses objectifs, ses essais et son vécu dans un support du parcours de soins (carnet, livret, journal de bord, support numérique) afin de faciliter le partage et l'analyse de son expérience.

6.2. Objectifs des soins et de l'accompagnement

Les soins et l'accompagnement ont pour but de permettre à l'enfant/l'adolescent(e), ses parents d'apporter progressivement des changements aux habitudes de vie et de les maintenir dans le temps (25-29, 50).

L'accompagnement est vu dans ce parcours comme une démarche permettant de soutenir et d'encourager l'engagement de l'enfant/l'adolescent(e), ses parents, et de favoriser l'autonomie en santé. Il est du ressort de tout professionnel impliqué dans le parcours de l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille.

Cet accompagnement met en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à l'enfant/l'adolescent(e), ses parents, éprouvant une vulnérabilité en santé ou toute forme de vulnérabilité sociale, dans une visée de renforcement de leurs capacités à opérer leurs propres choix pour améliorer leur santé définie au sens le plus large.

Quelle que soit la corpulence, l'objectif principal des soins et de l'accompagnement est de promouvoir la santé et le bien-être grâce à une approche personnalisée multicomposante et, si besoin, pluriprofessionnelle pour accompagner les changements des habitudes de vie :

- rééquilibrer l'alimentation en fonction de l'âge et des besoins nutritionnels de l'enfant/l'adolescent(e) ;
- initier, reprendre une activité physique, voire sportive et la poursuivre sur un mode régulier avec ou sans aide ou mise en lien avec une structure ou un dispositif permettant de pratiquer, accessible géographiquement et financièrement ;
- lutter contre les comportements sédentaires et limiter l'usage des écrans ;
- préserver la qualité du sommeil et garder ou instaurer des rythmes de vie réguliers.

Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire sauf en cas de complications sévères. Il s'agit d'infléchir la courbe d'IMC, de stabiliser le poids en fin de croissance.

➔ Les pertes de poids trop rapides sont des signes d'alerte ainsi que le phénomène de yo-yo qui doit être prévenu par un accompagnement très progressif de la perte de poids.

Des objectifs spécifiques sont poursuivis en fonction de l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle et familiale, et donc de sa complexité, et un partage de la décision avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents (chapitres 7 et 8).

6.3. Accompagner les changements des habitudes de vie grâce à une éducation thérapeutique complémentaire du suivi médical

Les recommandations internationales préconisent toutes une éducation thérapeutique du patient (ETP) personnalisée fondée sur une évaluation des besoins éducatifs, **dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité** (25-29, 50, 60-65).

Il s'agit de **permettre à l'enfant/l'adolescent(e) de développer ou de mobiliser simultanément deux registres de compétences** (autosoins et adaptation ou psychosociales) indissociables dans la vie quotidienne pour gagner progressivement en autonomie (annexe 8, partie 2) (18, 28, 60, 64-67).

Les parents doivent être accompagnés pour créer un environnement favorable à la mise en œuvre par l'enfant des compétences acquises et **développer leurs compétences parentales,** tout particulièrement si l'enfant est jeune (annexe 8, partie 2).

Le format proposé pour les séances d'éducation thérapeutique (fréquence, modalités, durée, suivi éducatif entre les séances, poursuite) **dépend de la complexité** de la situation et tient compte **des possibilités de l'enfant et des ressources locales**.

6.3.1. Professionnels ou équipes impliqués dans l'ETP

Différents niveaux d'intervention sont possibles pour les professionnels de santé à la condition que la démarche éducative soit coordonnée par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) ou un infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné.

- Tout professionnel qui accompagne les changements des habitudes de vie et tout médecin qui assure les consultations de suivi devraient fonder leur action sur une posture éducative et une écoute empathique en allant au-delà de l'information ou du conseil vers l'accompagnement du développement de compétences et le soutien de la motivation, même s'ils ne sont pas impliqués dans la réalisation de séances d'ETP (19, 53).
- L'ETP est réalisée avec l'accord de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents par des professionnels ou des équipes de soins, organisés entre eux et tous formés à l'ETP et à la problématique de l'obésité :
  - soit par le médecin qui suit le jeune et/ou l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné lorsque l'apprentissage des compétences par l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents ne nécessite pas l'intervention d'emblée d'autres professionnels de santé ;
  - soit par une équipe de proximité comprenant le médecin qui suit le jeune et/ou l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné et d'autres professionnels (par exemple diététicien, EAPA) lorsque l'apprentissage des compétences par l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents nécessite l'intervention d'autres professionnels d'emblée ou au cours du parcours ;

- soit par une équipe pluriprofessionnelle (structure spécialisée dans l'obésité, établissement de santé) à laquelle l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents seront adressés par le professionnel qui leur a proposé une ETP pour qu'elle soit mise en œuvre en lien avec ce dernier.

L'intervention d'usagers ou de patients-ressources dans les séances d'éducation thérapeutique est complémentaire de l'intervention des professionnels de santé quand elle peut être réalisée.

L'appui d'un psychologue peut être utile pour guider et soutenir les professionnels dans un travail parfois difficile, en aidant à comprendre et à gérer les baisses de motivation, le comportement de l'enfants/adolescent(e) et de ses parents.

6.3.2. Préconisations pour la mise en œuvre

Des séances d'ETP personnalisées, dispensées par une équipe pluriprofessionnelle formée, proposées de manière fréquente et régulière et selon diverses modalités, avec un soutien entre les séances, une évaluation régulière des progrès et une poursuite des séances pour maintenir durablement les habitudes de vie ont montré leur intérêt : infléchissement de la courbe d'IMC, ou gain de poids relativement modérée ou stabilisation du poids. Une amélioration de l'estime de soi a été également mise en évidence (effet dose-réponse démontré). La qualité de vie est rarement évaluée. Les effets démontrés étaient plus importants si les parents participaient aux séances d'ETP (séparément, avec leur enfant/adolescent(e), ou les deux modalités) (recommandation de grade B) (61, 62).

Il semble qu'une ETP délivrée à la famille avec des séances régulières et renforcées sur une durée longue permet d'éviter une obésité future, au moins à l'entrée dans l'âge adulte (résultats à dix ans de suivi d'enfants ayant en moyenne 10 ans au début de l'étude) (68).

Dans une situation de surpoids ou d'obésité, une éducation thérapeutique du patient (ETP) est :

- **proposée systématiquement aux parents lorsque l'enfant est jeune, à l'enfant/l'adolescent(e)** en fonction de son âge, de sa maturité et de ses capacités cognitives, de son autonomie, d'une éventuelle situation de handicap, tout en continuant à s'adresser aux parents (69, 70), selon des modalités souples :
  - séances en individuel (avec ou sans les parents), en groupe, ou alternées selon l'âge du jeune, ses préférences et celles de ses parents,
  - séances de groupe proposées aux parents qui le souhaitent. La fratrie peut participer à des séances d'ETP si elle en exprime la demande ;
- **souple dans le format personnalisé**[10] **et la planification proposée** en tenant compte des possibilités de l'enfant/l'adolescent(e), ses parents et des ressources locales pour :
  - s'adapter au rythme de chaque enfant/adolescent(e), ses parents,
  - laisser le temps nécessaire à l'intégration des changements apportés aux habitudes de vie,
  - permettre, si besoin, une alternance entre les séances d'ETP, les consultations d'un diététicien(ne) et/ou des séances d'activité physique adaptée avec un enseignant en APA, un kinésithérapeute, et/ou des consultations avec un psychologue, selon les besoins de l'enfant/l'adolescent(e), de ses parents ;

[10] Les formats (activités éducatives ciblées, programme d'ETP) ont comme caractéristiques communes d'être personnalisés, de s'appuyer sur une évaluation individuelle des besoins éducatifs, des connaissances, des compétences de départ, sur des séances dédiées, des méthodes pédagogiques interactives, une évaluation finale qui peut déboucher sur un format d'ETP complémentaire. Ils diffèrent en termes de durée, de moyens, mais peuvent se compléter dans le temps.

- **soutenue entre les séances,** soit en présentiel ou en télésoin (71) selon les préférences et possibilités de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents ;
- **régulièrement évaluée pour :**
  - nourrir l'évaluation globale de la situation réalisée par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et les professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement,
  - comprendre où se situent les difficultés et rechercher des solutions en concertation pluriprofessionnelle,
  - prendre des décisions et proposer selon la situation et les besoins identifiés : une adaptation du contenu ou de la fréquence des séances, un élargissement à d'autres intervenants et/ou un suivi plus fréquent de l'enfant/l'adolescent(e) ou ses parents, pour soutenir la confiance en soi et la motivation, et/ou un accompagnement psychologique.

6.3.3. Précautions d'utilisation de dispositifs d'autosurveillance

L'autosurveillance peut être source de stress et de mise en échec et ajouter une charge mentale inutile et contre-productive.

Elle est à déconseiller chez les jeunes qui développent ou reprennent un trouble des conduites alimentaires ou ont un comportement d'exercice physique excessif (72).

L'utilisation de dispositifs d'autosurveillance (par exemple l'enregistrement de l'activité physique par des trackers ou le calcul de la dépense énergétique ou de la ration calorique, les journaux alimentaires) doit être accompagnée par les professionnels dans une démarche pédagogique afin de :

- s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de tels dispositifs ;
- permettre à l'enfant/l'adolescent(e) d'interpréter les données auxquelles il aura accès et d'ajuster sa conduite à tenir.

6.3.4. Partage d'informations et coordination

Le dossier de l'enfant/l'adolescent(e) doit porter la trace des actions d'éducation thérapeutique avec l'accord de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents.

Chaque professionnel doit pouvoir prendre connaissance et partager des informations, les enrichir dans le but de favoriser la continuité et la cohérence des soins et de l'accompagnement :

- synthèses de l'évaluation des besoins éducatifs initiaux et actualisés, des compétences à développer, des contenus à aborder, de la planification des séances ;
- synthèses des suivis éducatifs entre les séances et de l'évaluation après une série de séances, et décisions prises avec l'enfant/l'adolescent(e), les parents sur les modalités de poursuite de la démarche d'éducation thérapeutique.

6.4. Accompagner le rapport au corps tout particulièrement chez l'adolescent(e)

Chez les adolescent(e)s, la situation de surpoids ou d'obésité peut amener un questionnement qui n'est pas toujours exprimé ni encore vécu. Il peut concerner les désirs, les croyances, les attitudes, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations, la liberté, la coercition, la discrimination, les situations d'agression, pas uniquement sexuelle, ou la violence.

L'adolescence confronte le sujet à l'émergence de la sexualité, aux pulsions qui le traversent. C'est une période de découverte de son propre corps et du corps de l'autre. Ce passage délicat s'accompagne souvent d'une phase de fuite. Le recours à l'alimentation, comme satisfaction immédiate et

solitaire, peut devenir une solution face à l'inconnu de la sexualité. Le surpoids et l'obésité qui en découlent offrent alors une protection et un évitement dans la rencontre avec l'autre et dans l'accès à son propre désir. Le corps enrobé de l'adolescent(e), vécu comme un symptôme, devient le centre d'une contradiction psychique. D'un côté, il fait souffrir narcissiquement l'adolescent(e), de l'autre, il représente une solution trouvée pour tenir l'autre à distance. L'image du corps est ainsi perturbée, un affect de honte est souvent exprimé. Le gain de poids est donc à considérer comme l'expression, par le physique, d'une souffrance dans le rapport à soi et à l'autre qui ne peut être dite par les mots. Il est nécessaire d'accompagner ces adolescent(e)s, de ne pas rechercher uniquement une perte de poids et d'investiguer le contexte et les antécédents (73-77).

Les questionnements de l'adolescent(e) doivent être accompagnés

Comme pour tout adolescent(e) ayant une maladie chronique, de nombreux sujets doivent être abordés au cours de la période qui mène vers la vie d'adulte, dont la vie affective et la sexualité.

Tout accompagnant (parents et professionnels) devrait aborder avec tact le rapport au corps, le vécu du gain de poids, la vie affective et le début de la sexualité.

Les questionnements tant chez les garçons que chez les filles doivent être accompagnés au moment où l'adolescent(e) se sent prêt(e) à s'exprimer sur le sujet du rapport au corps, par exemple : le vécu du gain de poids, l'intérêt porté ou non à la sexualité, le besoin d'être rassuré(e) sur son apparence physique, un besoin exprimé d'une contraception (cf. chapitre 6.5).

L'établissement d'un lien de confiance peut prendre du temps, au vu du possible mal-être sous-jacent. Un espace d'écoute, de parole doit être proposé à l'adolescent(e), ainsi que, si besoin, l'aide d'un psychologue.

6.5. Suivi gynécologique et contraception chez une jeune fille en situation de surpoids ou d'obésité

Le motif de consultation d'une adolescente auprès d'un médecin ou dans le cadre d'un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) est souvent une demande de contraception.

La démarche de conseil et d'accompagnement d'une jeune fille en situation de surpoids ou d'obésité comporte des points communs avec une demande de consultation avec un gynécologue le plus souvent pour une contraception comme pour toute adolescente (78).

Le recours au gynécologue peut être nécessaire dans les situations suivantes :

- cassure de la courbe de poids et augmentation de l'IMC : prise de poids très importante sur une période courte, 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 ;
- suspicion de troubles hormonaux (troubles des règles, hyperandrogénie avec pilosité du visage, de la ligne blanche des seins et de la face interne des cuisses) ;
- besoin exprimé d'une contraception : pilules en cas de contre-indications relatives associées, ou autres : DIU ou implant ;
- contre-indications aux médicaments contraceptifs (migraine notamment) ;
- besoin d'être rassurée sur sa normalité, besoin de connaissance de son corps et des organes sexuels.

Déroulement de la consultation

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, il est important de proposer une consultation en deux temps :

- un premier temps avec les parents pour recueillir les informations médicales familiales ;
- et un deuxième temps seul avec l'adolescente.

Il faut prévenir le parent accompagnant dès le début de la consultation de ce temps de consultation dédié à l'adolescente.

Il s'agit d'une consultation longue, avec une cotation spécifique de l'assurance maladie.

La consultation comprend un entretien pour évaluer les attentes et les besoins de la jeune fille, ses connaissances, sur sa demande éventuelle de contraception. Les habitudes de vie seront également abordées :

- engager le dialogue, en évitant d'être intrusif, évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, le vécu de son corps, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes… ;
- évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, l'intérêt qu'elle porte ou non à la sexualité, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure ;
- expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel. Le surpoids ou l'obésité n'empêchent pas la fécondité ;
- recueillir des informations sur les antécédents personnels ou familiaux en utilisant des termes compréhensibles. L'aide du parent accompagnant est à ce moment-là souvent nécessaire, afin de rechercher une contre-indication à la contraception orale combinée, telle que des facteurs de risque cardio-vasculaire, une hypertension artérielle, des antécédents thromboemboliques, de diabète. L'interrogatoire de la jeune fille s'enquerra d'éventuels troubles des règles, d'une dysménorrhée, de migraines avec aura, etc.

L'entretien est confidentiel, ce dont l'adolescente doit être informée

Il portera sur ses habitudes de vie et son mode de vie, d'éventuels comportements à risque (addictions : tabac, cannabis, alcool, drogues), des signes de dépression, une altération de l'estime de soi, des difficultés scolaires, un manque de soutien familial, et il évaluera la survenue d'épisodes d'agression pas uniquement sexuelle, la possibilité de contrainte ou de violence dans les relations sexuelles.

L'entretien doit permettre d'aborder la consommation de tabac ou d'alcool et les habitudes de vie et d'orienter vers le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) pour la mise en œuvre de soins adaptés.

L'examen gynécologique n'est pas obligatoire

Un examen général est nécessaire avec la mesure du poids et de la taille, le calcul de l'IMC, la prise de la pression artérielle (avec un brassard adapté). Se déshabiller peut être difficile pour une jeune fille obèse.

- L'examen vulvaire n'est pas obligatoire s'il n'y a pas eu de rapports sexuels. Lui expliquer que l'examen est néanmoins nécessaire en cas de troubles des règles ou de leucorrhées.
- Un examen torse nu permet la recherche d'une acné, d'une pilosité excessive, d'un acanthosis nigricans sous les aisselles (signe d'une intolérance à l'insuline), et est suffisant à ce stade.
- Si l'obésité est présente depuis l'enfance : la consultation de demande de contraception n'est pas le bon moment pour aborder les changements des habitudes de vie.

- En cas de cassure de la courbe de poids avec un gain de poids très important et une augmentation de l'IMC sur une période courte, rechercher un problème hormonal et établir un lien avec le médecin qui suit l'adolescent(e) pour approfondir l'évaluation de la situation.

Le bilan biologique peut être très succinct

Un bilan glucidolipidique est suffisant, mais il sera nécessaire de faire un bilan hormonal en cas de troubles des règles ou de signes d'hyperandrogénie.

L'information délivrée portera sur les différentes méthodes contraceptives disponibles et celles qui sont adaptées à la situation de la jeune fille

L'expression de l'adolescente sera facilitée pour aborder des questions ou des craintes vis-à-vis en particulier de la prise de poids avec une pilule. Il est important de rassurer l'adolescente sur ce point : il n'y a pas de preuve de prise de poids sous pilule œstroprogestative. « Casser l'idée reçue de prise de poids et pilule. » La relation entre prise de poids et progestatifs seuls est mal documentée.

Enfin, il ne faut pas oublier, comme pour toute jeune fille, d'informer sur la contraception d'urgence qui doit rester une contraception d'exception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'usage des préservatifs.

Quelles peuvent être les autres possibilités contraceptives en cas de contre-indication à la pilule ou du refus des hormones ?

- L'efficacité de la contraception doit être abordée, l'utilisation de méthodes moins efficaces, comme le retrait, doit être expliquée.
- L'obésité seule n'est pas une contre-indication à la pilule œstroprogestative.
- En cas de refus d'une contraception hormonale, adresser l'adolescente au gynécologue.

En cas de contre-indication à la pilule (maladies thromboemboliques familiales précoces ou personnelles, migraines avec aura, HTA, etc.) ou si l'obésité est associée à un tabagisme, une hyperlipémie (triglycérides, cholestérol, etc.), on doit alors évoquer la contraception par microprogestatifs (en conseillant plutôt leur prise le matin, des oublis sont fréquents pour une prise le soir en raison du mode de vie) et le dispositif intra-utérin, qui n'est pas une contre-indication chez la jeune fille. Il n'est pas obligatoire d'avoir mené une grossesse à terme.

Le dispositif intra-utérin (DIU) peut être proposé aux adolescentes et aux nullipares. Il s'accompagne d'une très bonne efficacité et d'un taux élevé de continuation au prix d'un risque faible de complications (et non supérieur à celui observé chez les autres tranches d'âge et les femmes ayant déjà accouché). Un prélèvement vaginal est systématique chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans à la recherche d'une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.

Il est important de réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles selon sa situation qui évolue très rapidement à cette époque de la vie.

6.6. Prendre en compte le retentissement fonctionnel et esthétique de l'obésité tant chez les filles que chez les garçons

Devant une plainte exprimée, des solutions sont recherchées avec l'enfant/l'adolescent(e) et adaptées en fonction du ressenti, par exemple, en cas de frottement des cuisses, d'hypersudation, de gêne pour l'activité physique à l'extérieur ou en piscine.

- L'atténuation de l'hypersudation peut être obtenue grâce à une hygiène corporelle correcte biquotidienne, en séchant soigneusement les zones de transpiration après la toilette (éviter mycoses et odeur désagréable).
- Des vêtements amples en fibres naturelles (éviter les matières synthétiques) ainsi que le port de chaussettes de sport en coton, absorbant l'humidité, et de chaussures en cuir ou en toile plutôt qu'en plastique (dans tous les cas, les sécher avant de les remettre) sont à privilégier.
- Les déodorants peuvent être utilisés (sans sels d'aluminium), ils masquent les odeurs, mais n'ont aucun rôle sur la production de sueur. L'antitranspirant obstrue les glandes sudorales, il est déconseillé.
- Une ceinture de maintien abdominal, un vêtement de contention, un soutien-gorge adapté au poids de la poitrine, des sous-vêtements sur mesure peuvent être prescrits pour faciliter l'activité physique à l'extérieur ou en piscine.
- En présence d'acné, d'hyperséborrhée ou excès de pilosité en particulier chez les filles : orienter vers un endocrinologue et discuter des avantages et inconvénients des techniques dépilatoires et épilatoires (notamment le laser). Les techniques comme le rasage, les dépilatoires chimiques ont des résultats de courte durée ; les techniques épilatoires (épilation manuelle ou à la cire, épilation électrique, laser ou lampe pulsée) peuvent être prises en charge par l'Assurance maladie, sous certaines conditions.

Une orientation vers un médecin spécialiste peut être nécessaire en cas de questionnement autour du rapport au corps et de retentissement fonctionnel ou esthétique :

- **chez le garçon** : ne pas hésiter à orienter vers un endocrinologue, un urologue, si besoin, un chirurgien qui pourra rassurer sur la normalité des organes génitaux et de leur fonctionnement (verge enfouie, croissance du pénis).

  Le retentissement d'une adipogynécomastie (qui ne régresse pas avec l'amaigrissement) pourra être atténué grâce à la prescription d'un vêtement de contention pour la pratique du sport. Une chirurgie réparatrice pourra être envisagée une fois la croissance achevée.
- **chez la jeune fille** : ne pas hésiter à orienter vers un gynécologue pour rassurer sur la normalité des organes génitaux et de leur fonctionnement, un besoin de connaissance de son corps et des organes sexuels, en cas de suspicion de troubles hormonaux : troubles des règles, hyperandrogénie avec pilosité du visage, de la ligne blanche des seins et de la face interne des cuisses, d'un besoin exprimé d'une contraception : pilules en cas de contre-indications relatives associées, ou autres moyens (DIU ou implant).

6.7. Faciliter les activités de la vie quotidienne, soulager les symptômes, proposer des adaptations pour la continuité de la scolarité

La prise en compte des préférences du jeune quant à la hiérarchie du soulagement des symptômes ou des améliorations les plus importantes pour sa vie quotidienne est prioritaire

Des adaptations et/ou aménagements doivent être recherchés pour soulager certains symptômes (douleur notamment), faciliter les gestes et postures de la vie quotidienne, les déplacements, les gestes d'hygiène élémentaire, prévenir les chutes, conserver des interactions sociales enrichissantes, favoriser l'estime de soi et la confiance en soi, avec l'aide d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien, d'un kinésithérapeute, d'un enseignant en APA, d'un podologue (affaissement de la voûte plantaire qui crée une gêne et réduit la stabilité).

La situation sera réévaluée avec le jeune dans un délai négocié avec lui : soulagement et évolution des symptômes, réalisation des activités de la vie quotidienne, 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.

Des aménagements en établissement scolaire et de loisirs doivent être mis en place afin de permettre la poursuite de la scolarité dans de bonnes conditions, la pratique de l'activité physique et sportive et son adaptation, si nécessaire, un accès à une alimentation correspondant aux changements apportés aux habitudes alimentaires (fiche 1).

Un enfant/adolescent(e) en situation d'obésité a les mêmes besoins que ses pairs : besoin de mouvement, de jouer, de communiquer, d'échanger, de partager les mêmes émotions et plaisirs que les pairs.

La pratique de l'activité physique ou sportive en classe peut nécessiter la mise en place d'aménagements à partir d'un certificat médical précisant les possibilités de l'enfant/l'adolescent(e).

L'inaptitude partielle ou totale doit être notifiée et précisée (date, durée ne dépassant pas l'année scolaire en cours, pratiques autorisées, etc.), ainsi que les aménagements par un certificat médical rédigé par le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e), ou par le médecin de l'Éducation nationale (exemples de certificat en annexe 7). Le médecin scolaire, l'infirmière de l'établissement scolaire engagent ensuite un dialogue avec le jeune, sa famille, le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et l'enseignant en éducation physique et sportive (EPS).

- Dans le cas d'une inaptitude partielle, le certificat décrit les possibilités de l'enfant/de l'adolescent(e) par type d'activités (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.
- Dans le cas d'une inaptitude totale, orienter le jeune vers un professionnel de l'activité physique adaptée (kinésithérapeute ou enseignant en APA) pour conserver un minimum d'activité physique.

Lors de la pratique de l'activité physique et sportive, l'enseignant en EPS s'assure que l'effort n'entraîne pas de douleur et ne dépasse pas le seuil de tolérance identifié par le jeune.

Il est préférable de :

- privilégier les activités d'intensité modérée mais de durée prolongée ;
- permettre à l'enfant/l'adolescent(e) de faire des pauses pendant l'effort, si nécessaire ;
- adapter l'activité physique à la capacité de récupération. L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

La pratique de l'activité physique et sportive, les progrès, le vécu du jeune sont évalués avec l'enfant/l'adolescent(e) et sa famille, l'enseignant d'EPS, le service de la médecine scolaire ou l'infirmière de l'établissement scolaire et partagés avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e).

6.8. Assurer un suivi global et régulier de la situation individuelle et familiale pour ajuster les soins et l'accompagnement

Assurer un suivi médical global et régulier permet d'adapter les soins et l'accompagnement à l'évolution de la situation individuelle et familiale (25-29, 50, 79).

- Le suivi est long, souvent sur plusieurs années.
- Le suivi médical global régulier tient compte des bilans des professionnels impliqués, du vécu de l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents pour poursuivre ou adapter et/ou compléter les soins et l'accompagnement, augmenter ou diminuer leur intensité, élargir ou restreindre l'équipe

pluriprofessionnelle en fonction des besoins, poursuivre, si nécessaire, les explorations et/ou les examens (encadrés 13 et 14).

- Les consultations de suivi médical global sont des consultations longues, planifiées à l'avance.
- La fréquence est adaptée à la complexité de chaque situation, au besoin exprimé par l'enfant/l'adolescent(e), ses parents ou à l'appréciation du médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e).
- Il est important de prévoir un temps de consultation avec l'enfant/l'adolescent(e) seul avec son accord et celui des parents.

Les parents doivent être informés de l'importance du suivi de l'état de santé de leur enfant et être aidés à comprendre que ce suivi ne doit pas être interrompu.

- Le médecin cherche à comprendre les réticences au suivi le cas échéant.
- Des modalités de rappel des rendez-vous doivent être mises en place (SMS ou courriel par exemple).
- Le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e) ou l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné, ou le référent de proximité prennent l'initiative de contacter les familles dont les consultations ont été interrompues.

« Mon espace santé », qui intègre le dossier médical partagé, comprend une synthèse du suivi global de la situation individuelle et familiale et des décisions prises.

Encadré 13. Bilan régulier par chaque professionnel impliqué dans le parcours à l'occasion de ses interventions

En pratique, le professionnel :

- évalue les réussites et les écarts par rapport aux attendus de chaque intervention ;
- transmet un bilan régulier au médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) selon une fréquence et des modalités définies en commun ;
- reconnaît et valorise les progrès de l'enfant/de l'adolescent(e), encourage les essais, félicite tout changement des habitudes de vie mis en œuvre, valorise les pratiques parentales ;
- échange sur le déroulement des séances, sur leur expérience, leur vécu en s'appuyant sur un outil de liaison (carnet, outil numérique) support du parcours si le jeune l'utilise. L'amener progressivement à se l'approprier comme un outil à son service ;
- facilite l'expression des difficultés, leur analyse et la recherche de solutions avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents ;
- identifie le degré d'urgence de la réponse à apporter et est réactif en cas de modification de l'état de santé, de difficultés, de signes de souffrance psychologique, de changement significatif de la situation sociale, de tension familiale, ou d'un besoin de répit ;
- alerte le référent de proximité s'il a été désigné ou le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) afin d'être aidé sur la gestion des difficultés et des éventuelles priorités.

Une synthèse préparée par le référent du parcours facilite l'analyse du déroulement des soins et de l'accompagnement, de la satisfaction de l'enfant/de l'adolescent(e) et de ses parents, de leur ressenti, du degré d'atteinte des objectifs.

Encadré 14. Contenu des consultations de suivi médical global

La mesure du poids n'est pas l'objectif prioritaire de la consultation médicale, mais doit néanmoins être réalisée

Il est conseillé de ne pas débuter d'emblée la consultation par la pesée, mais plutôt par une évaluation partagée selon un entretien d'explicitation, puis par un examen clinique.

Associer l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents à l'évaluation de l'atteinte des objectifs personnalisés depuis la consultation précédente

- Les changements apportés aux habitudes de vie.
- En fonction des besoins : les effets d'un accompagnement psychologique sur le bien-être, l'image de soi, la confiance en soi, la qualité de vie, les relations intrafamiliales, ceux d'un accompagnement de la scolarité et/ou des vulnérabilités sociales.
- En fonction de la complexité de la situation : les effets d'un traitement des complications, du soulagement des symptômes, des adaptations pour faciliter la vie quotidienne, la scolarité.

Évaluer le déroulement des soins et de l'accompagnement

- Implication et participation aux soins de l'enfant/l'adolescent(e) et de son entourage : raison de l'écart éventuel par rapport aux attendus.
- Satisfaction vis-à-vis des soins et de l'accompagnement, de leur organisation, de la réponse aux besoins.
- Ressenti des soins et de l'accompagnement : lourdeur, pénibilité, besoin de répit.

Réaliser un examen clinique, évaluer le bien-être, la qualité de vie

- Évolution de l'IMC : stabilisation, infléchissement de la courbe de corpulence.
- Perte de poids si indiqué.
- Évolution du tour de taille/taille (en cas de surpoids), du développement physique (puberté notamment), psychomoteur, psychologique, du bien-être, de la qualité de vie, l'évolution pubertaire, le rapport au corps.
- Identification de plaintes fonctionnelles.
- Rechercher d'éventuels signes évocateurs de complications.

Aborder le rapport au corps, la vie affective et le début de la sexualité chez l'adolescent(e) si possible sans la présence des parents.

Envisager les modalités de poursuite des soins et de l'accompagnement en concertation avec les professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement

- Valoriser les réussites même modestes.
- Encourager l'enfant/l'adolescent(e), ses parents, utiliser, si besoin, une technique d'entretien motivationnel.
- Donner la possibilité à l'enfant/l'adolescent(e), ses parents de faire des choix lors de la reformulation de nouveaux objectifs :
    - le respect du rythme de l'enfant/l'adolescent(e) et des parents est primordial ;
    - un besoin de répit doit être accepté et accompagné selon des modalités définies avec la famille pour une reprise du parcours.
- Réajuster les modalités des soins et de l'accompagnement : les intensifier ou les alléger, adapter leur contenu, élargir, si besoin, à d'autres professionnels ; revoir le rythme des consultations de bilan.
- Identifier progressivement les sujets non encore abordés avec l'adolescent(e) ou incomplètement dans le cadre de la démarche de transition.
- Échanger avec l'adolescent(e) pour évaluer avec lui (elle) son envie et sa capacité à se projeter dans sa vie d'adulte et ajuster en fonction l'accompagnement.
- Préparer le passage en soins adultes si le moment est venu.

7. Situation de surpoids ou d'obésité non complexe : spécificités

Une situation de surpoids ou d'obésité est dite non complexe en cas d'IMC situé entre les seuils IOTF 25 et 30 ou en cas d'IMC > seuil IOTF 30, sans complications et sans cumul de facteurs qui sont cause ou conséquence d'une obésité. Par exemple, une problématique sociale ou psychologique ou scolaire associée n'entraîne pas obligatoirement une complexité si elle trouve des réponses accessibles en proximité.

7.1. Objectifs des soins et de l'accompagnement

➔ **Améliorer la santé et le bien-être du jeune en accompagnant progressivement les changements des habitudes de vie, sans chercher à atteindre une valeur d'IMC définie :**

- chez l'enfant en cours de croissance : ralentir le gain de poids tandis que la croissance se poursuit (infléchissement de la courbe d'IMC) ;
- chez l'adolescent(e) en fin de croissance : stabiliser le poids. Même si une diminution de l'IMC est souhaitable, elle doit être très progressive et accompagnée.

➔ **Selon l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle et familiale, accompagner si besoin :**

- les difficultés psychologiques, les troubles psychiques chez l'enfant/l'adolescent(e) ;
- des difficultés à lutter contre les comportements sédentaires, à initier, reprendre une activité physique et à la poursuivre sur un mode régulier sans aide ou sans mise en lien avec une structure ou un dispositif permettant de pratiquer ;
- des difficultés à rééquilibrer l'alimentation ;
- des perturbations de l'alimentation ou des troubles des conduites alimentaires (TCA) ;
- toute forme de vulnérabilité sociale, d'éventuelles difficultés en milieu familial, scolaire.

7.2. Coordonner les soins et l'accompagnement

Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) assure la coordination des soins et de l'accompagnement. Il peut partager ou confier cette mission à une infirmière dans le cadre d'un exercice coordonné.

La cohérence du parcours est assurée grâce à des temps de concertation entre le coordonnateur et les professionnels impliqués dans le parcours et à une coordination des interventions, selon des modalités définies entre eux.

7.3. Proposer une éducation thérapeutique en complémentarité du suivi médical

Il est préconisé de proposer une séance dédiée d'ETP si possible tous les 2 mois pendant 6 à 12 mois avec, si besoin, un suivi entre les séances (en présentiel ou en télésoin) pour accompagner l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents dans des changements progressifs des habitudes de vie : sélection des contenus et des intervenants en fonction de l'évaluation des besoins éducatifs (annexe 8).

Le format proposé doit être souple (fréquence, modalités) et coordonné pour intégrer, si nécessaire, les interventions des professionnels requis pour répondre aux besoins. La poursuite de l'ETP se réalise

après un bilan médical global s'appuyant sur les bilans des professionnels impliqués dans le parcours et sur une concertation pluriprofessionnelle.

7.4. Suivi global de la situation de l'enfant/l'adolescent(e) sur plusieurs années

La consultation d'évaluation globale est mensuelle au moins pendant 3 mois, puis si possible trimestrielle pendant 2 ans si l'évolution est favorable.

8. Situation d'obésité complexe : spécificités

Une situation d'obésité est dite complexe du fait de la sévérité de l'obésité en termes de corpulence (IMC > seuil IOTF 30) **et** du cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques individuelles ou familiales associées ; obésité de cause rare ; situation de handicap, de déficience, antécédents d'échecs du traitement de l'obésité ; retentissement important sur la vie quotidienne et la qualité de vie ; troubles des conduites alimentaires associés à des troubles psychopathologiques, problématiques sociales, familiales, de scolarité.

8.1. Objectifs des soins et de l'accompagnement

- **Quelle que soit la corpulence** : promouvoir la santé et le bien-être en accompagnant progressivement les changements des habitudes de vie est primordial.
- **En cas de complications sévères** : une perte de poids, même faible, apporte un bénéfice. Elle doit être très progressive, accompagnée selon une approche diététique, socio-éducative, psychologique. La reprise de poids doit être prévenue :
  - une perte poids améliore l'état de santé en cas d'intolérance au glucose ou diabète de type 2, de trouble respiratoire, d'une apnée du sommeil, d'une complication orthopédique sévère, d'une complication hépatique sévère ou dans une situation de handicap, qu'il soit induit ou pas par l'obésité (gêne dans la vie quotidienne, incapacité à se déplacer, à assumer des gestes courants de la vie quotidienne, etc.). Éviter l'obésité chez les patients ayant déjà un handicap permet d'éviter le surhandicap ;
  - ne pas fixer un pourcentage précis de perte de poids afin d'éviter une situation d'échec, de la culpabilité, de l'exaspération et de la frustration, des troubles anxieux ou dépressifs, des troubles des conduites alimentaires.
- **En présence de troubles psychiatriques avérés :** les objectifs et les modalités de l'accompagnement de la perte de poids doivent être discutés avec un pédo-psychiatre ou un psychiatre. Le traitement de ces troubles peut être prioritaire ou pris en charge de manière concomitante. L'effet des médicaments sur le gain de poids doit pouvoir être évalué.
- **En présence de symptômes ou de complications de l'obésité :** les objectifs sont d'améliorer la santé, de permettre la participation aux activités de la vie quotidienne, d'anticiper une perte d'autonomie ou son aggravation.
- **Selon l'évaluation multidimensionnelle de la situation de chaque enfant/adolescent(e) :**
  - accompagner les difficultés de changement des comportements sédentaires, permettre d'initier, de reprendre une activité physique et de la poursuivre sur un mode régulier avec l'aide ou la mise en lien avec une structure ou un dispositif permettant de pratiquer ;
  - accompagner, si besoin, toute forme de vulnérabilité sociale, d'éventuelles difficultés familiales, de scolarité, les parents ou la famille sur le plan psychologique.

8.2. Coordonner les soins et l'accompagnement et éviter les ruptures du parcours

La coordination des soins et de l'accompagnement est partagée entre le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e) et un médecin de la structure spécialisée dans l'obésité avec le support d'un référent de proximité, s'il a été désigné.

L'organisation d'une réunion d'analyse d'une situation complexe ou de concertation pluriprofessionnelle (RCP) est nécessaire à la définition et à la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement.

Il est préconisé d'établir un accord clair sur la répartition des rôles de chaque intervenant au moyen d'un plan individualisé de coordination en santé.

La cohérence des soins et de l'accompagnement est assurée grâce à des temps de concertation des acteurs et de coordination des interventions tout au long du parcours.

8.2.1. Évaluer le besoin d'un référent de proximité désigné dans l'équipe de soins

Un référent du parcours peut être désigné lors de la réunion de concertation pluriprofessionnelle ou à tout autre moment du parcours si le besoin est évalué.

Le référent intervient pour répondre à un besoin de coordination complémentaire à celui du médecin habituel de l'enfant/l'adolescent(e) ou de l'équipe d'une structure spécialisée dans l'obésité, notamment si la démarche de soins est pluriprofessionnelle et si la famille ou les professionnels de l'accompagnement médico-social ont besoin d'un étayage :

- ce référent de proximité doit être clairement identifié par l'enfant/l'adolescent(e), ses parents et tous les intervenants. Cette mission peut être confiée à une infirmière ou autre professionnel de santé dans le cadre d'un exercice coordonné ;
- le référent (éventuellement un binôme) sera choisi si possible avec la famille parmi les professionnels impliqués dans le parcours (professionnels de santé, médico-social, social).

Son rôle est d'organiser et de suivre la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement avec l'appui d'un outil de coordination commun à l'ensemble des professionnels (sanitaire, social et médico-social) :

- il gère les priorités et déclenche, si nécessaire, une réévaluation de la situation avant l'échéance prévue pour adapter les soins et l'accompagnement ;
- il est l'interlocuteur privilégié de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents. Il soutient leur engagement et assure une cohérence des interventions, en créant du lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e) et entre les intervenants et la famille.

8.2.2. Établir un plan individualisé de soins et de coordination

Le plan individualisé de soins et de coordination (selon le modèle de la HAS (54)) est un support de :

- concertation entre professionnels car il définit les objectifs de l'offre de soins et d'accompagnement et les critères d'atteinte des objectifs, priorise les interventions de soins, d'accompagnement et d'aide, si besoin ;
- partage des objectifs négociés avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents (le cas échéant les professionnels des services et établissements médico-sociaux), des modalités de mise en œuvre et de leur ajustement en fonction de leurs préférences, de ce qui est le plus important pour eux de changer ou de maintenir dans les habitudes de vie, des priorités du moment et de leurs possibilités ;
- planification, de programmation, de suivi, de réévaluation des interventions sanitaires et/ou sociales ;
- suivi avec une échéance variable d'une personne à l'autre. En dehors des échéances programmées, une réévaluation paraît souhaitable en cas de modification significative de l'état de santé, de changement dans l'environnement social ou dans la composition des intervenants. Elle peut être déclenchée par le professionnel qui coordonne les soins ou l'accompagnement et/ou le référent de proximité.

8.3. Poursuivre une éducation thérapeutique en complémentarité du suivi médical

Il est préconisé de poursuivre l'éducation thérapeutique après une évaluation des besoins et des difficultés à changer les habitudes de vie : proposer une séance dédiée au minimum mensuelle pendant 6 à 12 mois avec un suivi proposé systématiquement entre les séances (en présentiel ou en télésoin) pour accompagner :

- l'enfant/l'adolescent(e) dans des changements progressifs des habitudes de vie ;
- les parents dans la création ou l'ajustement d'un environnement familial, scolaire, social favorable et cohérent quant à la mise en pratique des changements d'habitudes de vie.

Le format proposé doit être souple (fréquence, modalités) pour favoriser l'acceptabilité et l'assiduité de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents tout particulièrement si le projet de soins et d'accompagnement comporte l'intervention d'un médecin, d'un infirmier, d'un diététicien, et/ou d'un enseignant en APA, et/ou d'un kinésithérapeute, et/ou d'un psychomotricien, et/ou d'un ergothérapeute, et/ou d'un psychologue pour répondre aux besoins.

Ce format initial est complété dans le temps après un bilan médical global de la situation comprenant un bilan des professionnels impliqués dans le parcours, le recueil de l'expérience de l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents et une concertation au cours d'une RCP.

8.4. Traiter les pathologies psychiatriques

Le traitement des troubles psychiatriques de l'enfant/l'adolescent(e) est une priorité. Le traitement conjoint avec les autres composantes de la démarche de soins doit être discuté avec le pédo-psychiatre ou le psychiatre pour permettre la mise en place des changements des habitudes de vie, et accompagner le cas échéant le gain de poids lié aux traitements médicamenteux.

Les recommandations de bonne pratique en vigueur sont suivies pour le traitement de l'hyperphagie boulimique, la boulimie et autres troubles (49).

8.5. Traiter les complications de l'obésité

Les signes cliniques évocateurs de complications de l'obésité sont présentés dans l'annexe 5. Ils sont issus des recommandations de la HAS de 2011 (80).

Le traitement des complications de l'obésité, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, suit les recommandations de bonne pratique en vigueur après avoir sollicité, si besoin, un avis médical spécialisé.

8.6. Compléter, si besoin, par un séjour en soins de suite et de réadaptation pédiatrique sous certaines conditions

L'orientation et l'admission vers le type de séjour le plus adapté s'appuient sur :

- la sévérité de l'obésité, son origine (génétique, familiale, réactionnelle), la complexité de la situation, l'âge de l'enfant et sa maturité ;
- des conditions sociales ou environnementales qui ne permettent pas des soins et un accompagnement pluriprofessionnel au domicile ou en proximité et/ou qui nécessitent une mise à distance temporaire du milieu habituel de vie ;

- la distance entre le SSR et le milieu de vie doit être acceptable pour la famille ou compensée par la disponibilité d'un moyen de communication, de manière à l'impliquer dans le projet thérapeutique ;
- la séparation familiale doit être acceptée par le jeune et sa famille, le souhait de l'adolescent(e) respecté ;
- une possibilité d'accès à un SSR pédiatrique pour les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans ;
- le SSR ne doit pas se substituer à un placement en famille d'accueil ou en foyer.

Un algorithme, outil d'aide à la décision développé par la HAS, peut être utilisé pour faciliter l'orientation (81).

8.6.1. Indications des séjours courts

Les séjours courts (< 2 mois, sur 2 à 4 semaines généralement durant les vacances scolaires) sont bénéfiques sur le plan de l'amélioration de la confiance en soi et des interactions sociales en évitant le repli sur soi. Ces séjours entraînent chez l'enfant/l'adolescent(e) une dynamique de changement qui doit être systématiquement poursuivie et soutenue après le séjour. Chez les parents, ces séjours favorisent leur implication (82-86).

Les interventions proposées en individuel et en groupe permettent la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique, d'activités physiques ou sportives adaptées, d'un accompagnement sur le plan de l'alimentation, de soins de psychologie.

8.6.2. Indications et contre-indications d'un séjour prolongé

Les séjours longs sont réservés aux adolescent(e)s, très rarement en dessous de l'âge de 12 ans et selon leur maturité pour engendrer une dynamique personnelle de changement. Ils favorisent l'implication des parents. Chez certains adolescent(e)s, ces séjours longs s'inscrivent dans la nécessité d'obtenir un amaigrissement dirigé du fait de certaines comorbidités associées.

- Les séjours longs de plus de trois mois sont indiqués dans les situations d'obésité très sévère et complexe avec une détérioration de la qualité de vie et/ou des conditions de vie à domicile ne permettant pas la mise en œuvre intensive des soins et d'un accompagnement et/ou une recherche d'une autonomisation souhaitable.
- Les séjours longs permettent de réaliser un bilan d'expertise somatique, psychologique, social et environnemental dans le cadre d'une évaluation plus fine et plus approfondie. L'intérêt est de mieux apprécier le quotidien du jeune en situation d'obésité à partir d'une observation continue et sur une durée plus longue que lors des bilans réalisés dans le cadre d'une structure spécialisée dans l'obésité.

Les séjours d'un trimestre avec scolarisation nécessitent de garder un lien avec l'établissement scolaire d'origine et l'accompagnement d'une réinsertion dans cet établissement sera suivi en lien avec le service de la santé scolaire.

Des séjours courts répétitifs peuvent être envisagés en alternative à des séjours longs qui ne seraient pas souhaités par l'adolescent(e) ou ses parents mais qui sont nécessaires du point de vue sanitaire.

8.6.3. Objectifs d'un séjour en SSR

- Accompagner concrètement le jeune et ses parents pour inscrire les changements des habitudes de vie dans la durée et limiter la reprise pondérale (en fonction de l'objectif des soins).
- Améliorer les compétences des enfants/adolescent(e)s et les compétences parentales grâce à un programme d'ETP défini et structuré centré sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, les aspects psychologiques, l'insertion scolaire et sociale, le sommeil, la régularité des rythmes de vie.
- Obtenir dans certaines situations une perte de poids dirigée du fait de complications associées.
- Permettre au jeune avec un faible sentiment d'autoefficacité de réaliser que l'amaigrissement est possible grâce à la mise en place de changements durables des habitudes de vie et ainsi renforcer sa confiance et son image de lui.
- Travailler concrètement sur les difficultés psychiques du jeune, l'amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie, la prévention du harcèlement et de la stigmatisation en lien avec les parents.

8.6.4. Prises de décision

La balance bénéfice/risque de tout séjour long ou court et répété en SSR doit être évaluée lors d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle organisée par la structure spécialisée dans l'obésité en lien avec le médecin qui suit l'adolescent(e) et avec la participation de l'ensemble des professionnels impliqués. L'adolescent(e) et ses parents doivent ensuite accepter les conditions du séjour. La reconduction ou la prolongation du séjour est discutée selon les mêmes modalités.

La réévaluation de la pertinence du séjour est réalisée en cours de séjour lors des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, sur le plan des bénéfices par rapport au projet de soins et d'accompagnement, de l'acceptabilité par l'adolescent(e), de l'implication des parents.

Tout séjour en SSR peut être bénéfique si les conditions suivantes sont respectées :

- une préparation du séjour ainsi que celle du retour à domicile sont indispensables pour garantir la continuité des soins et de l'accompagnement, sur le plan médical, social et/ou scolaire et assurer ainsi l'efficacité du séjour requis ;
- l'organisation d'un suivi en ambulatoire après la sortie du SSR est indispensable pour renforcer les compétences développées, les consolider grâce à un suivi éducatif régulier et long. Ses modalités sont à réfléchir en fonction des ressources disponibles très en amont de la sortie ;
- pour les séjours longs, les retours réguliers au domicile sont envisagés tant pour favoriser l'implication des parents que pour s'assurer de la capacité d'adaptation de l'adolescent(e) dans la continuité des changements déjà mis en place. Ils permettent en outre de garder une insertion sociale, familiale et amicale pendant le séjour ;
- la réinsertion dans l'établissement scolaire d'origine sera accompagnée et suivie en lien avec le médecin de l'Éducation nationale et/ou le conseiller principal d'éducation (CPE). Des adaptations peuvent être proposées, si besoin, pour faciliter le suivi d'une scolarité après le séjour en SSR sous la forme d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ou d'un accompagnement pédagogique à domicile, à l'hôpital ou à l'école (APADHE) (fiche 1) ;
- dans certaines situations, les séjours peuvent éventuellement déboucher sur le choix d'un lieu de vie et de scolarisation en internat en préparant avec la famille les retours lors des vacances scolaires.

Certaines situations peuvent faire renoncer à un séjour long :

- prise en charge ambulatoire satisfaisante ;
- absence d'adhésion du patient et de sa famille au projet thérapeutique. Un engagement parental indécis peut faire renoncer tout au moins temporairement à un séjour ;
- difficulté importante à supporter la séparation.

Certaines situations nécessitent des adaptations ou une orientation vers une structure adaptée :

- pathologie psychiatrique associée et risquant de se décompenser au fil de l'amaigrissement ;
- troubles du comportement rendant la vie en collectivité difficile.

8.7. Place de la chirurgie bariatrique chez l'adolescent(e)

Chez les moins de 18 ans, la chirurgie bariatrique ne peut être envisagée que dans des situations très exceptionnelles, avec une mise en œuvre au sein d'un centre spécialisé dans l'obésité à compétence pédiatrique (87) et une fois la croissance terminée.

L'adolescence est une période de la vie où interviennent des modifications majeures du corps (puberté, accélération de la croissance staturo-pondérale). Elle se caractérise par des préoccupations autour de l'image corporelle. Il s'agit aussi d'une période de découverte et de construction de l'identité : découverte de l'autonomie, des comportements à risque, avec des difficultés à se projeter dans le long terme laissant présager des problèmes d'adhésion au suivi.

Une évaluation des difficultés psychologiques ou comorbidités psychiatriques dont TCA, un traitement et un accompagnement appropriés réalisés par un psychologue sont des préalables indispensables.

La réflexion concernant une éventuelle chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans une démarche de transition vers l'âge adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes.

8.8. Suivi global de la situation individuelle et familiale sur plusieurs années

Le suivi médical est au minimum mensuel pendant 1 an, puis trimestriel pendant 1 an si l'évolution est favorable, soit plus longtemps en cas d'écart par rapport aux attendus. La fréquence dépend ensuite de l'évolution de la situation et le suivi planifié aussi longtemps que nécessaire.

Si un référent a été désigné, il peut proposer au médecin, sur la base d'une évaluation partagée avec l'ensemble des intervenants, d'espacer les consultations médicales de suivi ou d'enclencher une réévaluation de la situation avant l'échéance prévue.

Les consultations médicales de suivi peuvent être alternées entre le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e), ses parents et le médecin de la structure spécialisée dans l'obésité.

9. Accompagner l'enfant/l'adolescent(e) en situation de handicap, ses parents

Une situation de handicap est définie comme le résultat d'une interaction entre les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou psychiques (déficiences), des difficultés plus ou moins importantes à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (incapacités), des problèmes sociaux qui en résultent (désavantages) renforcés en raison d'un environnement inadapté ou inaccessible (OMS et CIH).

Les mécanismes de développement et d'évolution vers l'obésité sont multiples et doivent être pris en compte dans toute offre de soins et d'accompagnement et dans le projet de vie de l'enfant/l'adolescent(e).

9.1. Le risque de développer un excès de poids est multifactoriel

9.1.1. Points communs

- Les recommandations pour tous les enfants/adolescent(e)s (39) restent valables pour ceux en situation de handicap, mais devront être adaptées en fonction de la nature des difficultés et des possibilités qui peuvent être évolutives.
- La mise en application des repères pour l'alimentation, l'activité physique et la diminution des comportements sédentaires doit être accompagnée dès le plus jeune âge.

Le handicap, qu'il soit moteur, sensorimoteur, sensoriel et/ou lié à une déficience intellectuelle, psychique (troubles psychiatriques sévères associés à un surpoids, voire une obésité en lien avec les troubles ou les traitements), est une situation reconnue à risque d'obésité qu'elle soit secondaire à des traitements au long cours comme une corticothérapie et/ou des médicaments psychotropes induisant un gain de poids ou qu'elle soit liée à la cause du handicap lui-même (troubles du neurodéveloppement avec anomalies du contrôle de la faim).

De plus, manger, pratiquer une activité physique, font appel à de nombreuses capacités qui sont le plus souvent altérées en situation de handicap : capacités motrices, sensorielles (audition, vue, toucher, odorat, goût), cognitives (mémoire, attention, flexibilité, etc.) et compétences associées (écouter, comprendre, s'exprimer, parler), mais aussi la reconnaissance par l'enfant/l'adolescent(e) des signes et du sentiment de satiété, la gestion du sentiment d'ennui, de colère, de frustration, les habiletés sociales (comportement adapté, accepté ou souhaité à table ou lors de la pratique d'activité avec d'autres).

L'absence d'autonomie au quotidien en particulier sur le plan de la gestion de l'alimentation va justifier un cadre éducatif permanent permettant de réguler la situation.

Quelle que soit la situation de handicap, l'influence réciproque entre les caractéristiques individuelles de l'enfant/l'adolescent(e) et les multiples systèmes de l'environnement dans lequel il (elle) évolue est essentielle à appréhender pour analyser son comportement et sa trajectoire : activités et interactions avec l'entourage direct (parents, fratrie, amis, camarades de classe), le microsystème (interactions entre parents, soignants, professionnels du médico-social, social, enseignants), la famille élargie, le voisinage, le réseau amical, le contexte économique, social, culturel.

9.1.2. Spécificités selon la nature des difficultés et des possibilités

En cas de trouble du développement intellectuel, l'environnement joue un rôle important dans l'apparition plus fréquente d'un surpoids ou d'une obésité ou leur aggravation, comme chez toute personne ayant une alimentation peu adaptée aux besoins, par défaut des signaux de satiété avec une sédentarité importante et trop peu d'activité physique. La définition d'un projet de soins suppose de connaître les points forts et les points faibles des compétences adaptatives de la personne et de celles qui peuvent être compensées par un environnement humain attentif, d'avoir conscience des limites pour acquérir une autonomie pour la gestion de l'alimentation et de rechercher des solutions (8).

En cas de handicap moteur (pathologies neuromusculaires, polyhandicap par exemple), la réduction de l'activité physique va jouer un rôle prépondérant associée au défaut de développement des masses musculaires parfois aggravé par des anomalies endocriniennes (insuffisance gonadotrope). L'excès d'apport énergétique comme une nutrition entérale excessive peut aggraver ces situations du fait du déséquilibre entre les apports énergétiques et les dépenses.

Dans les situations de troubles du neurodéveloppement associés ou pas à des troubles du spectre autistique, il existe le plus souvent des troubles du comportement alimentaire par défaut de régulation de la faim alors responsables d'une impulsivité alimentaire avec consommation de grandes quantités et défaut de satiété, rendant le contrôle de l'appétit difficile surtout si une intolérance à la frustration existe (colères avec auto ou hétéroagressivité en cas de restriction alimentaire) et parfois une instrumentalisation de la nourriture en tant que récompense. La sédentarité avec une activité physique insuffisante participe aussi à la prise de poids, d'autant plus s'il existe des anomalies de composition corporelle avec défaut de développement de la masse maigre, comme décrit chez les adolescent(e)s ayant un syndrome de Prader-Willi par exemple. Les troubles endocriniens peuvent là aussi participer à ces anomalies de la composition corporelle. De plus, il peut co-exister des troubles du comportement avec une relative rigidité comportementale et des difficultés à s'adapter dans les situations de la vie quotidienne.

En cas de troubles psychiques conduisant à une situation de handicap d'origine psychique, du fait soit de la sévérité des symptômes, de leur persistance, de la fréquence des crises, soit de l'association avec des troubles cognitifs ou des troubles physiques associés, une prise de poids peut apparaître. Certains troubles débutent lors de l'adolescence ou en fin d'adolescence chez le jeune adulte, d'autres formes sont plus précoces et débutent dès l'enfance (88). Certains troubles nécessitent des traitements qui entraînent un gain de poids, une évaluation régulière des effets de ces traitements doit être réalisée ainsi qu'une adaptation si possible.

Une attention particulière doit être portée à la perception individuelle que tout(e) adolescent(e) peut avoir de son corps.

Une situation de surpoids ou d'obésité peut entraîner une image de soi négative non propice à la relation aux autres.

Le rapport au corps a une importance dans l'éveil du désir, et peut influencer la qualité de vie affective, relationnelle et sexuelle.

9.2. Recours à une structure spécialisée

Les enfants et les adolescent(e)s concernés doivent bénéficier de la même évaluation multidimensionnelle que toute autre personne, mais avec une vigilance complémentaire. Les professionnels du champ sanitaire, médico-social, social, les structures scolaires peuvent recourir à des structures spécialisées comme les CSO, pour les maladies rares. Les centres de référence multisites (CRMR) couvrent

l'ensemble du territoire national (liste sur https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/l-offre-de-soins). Ces centres de référence :

- ont un rôle de conseil et d'appui auprès des pairs, hospitaliers et de ville dans le secteur sanitaire, mais aussi éducatif, médico-social et social ;
- assurent une démarche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle pour le diagnostic, la prise en charge et le suivi des personnes concernées ou atteintes d'une maladie rare. Le centre de référence assure selon les cas cette approche globale lui-même ou l'organise au sein de son réseau de soins.

En complément, les équipes relais handicaps rares (ERHR) sont organisées en inter-régions. Elles sont constituées de plusieurs professionnels. Elles se situent à l'interface entre les ressources spécialisées (CNRHR) et les ressources de proximité, comme les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Elles ont pour missions de conseiller et d'appuyer les professionnels pour élaborer une stratégie d'intervention globale et adaptée aux besoins de la personne et de l'orienter avec sa famille vers le bon interlocuteur et les ressources compétentes (https://www.gnchr.fr/reseau-acteurs-nationaux-regionaux-locaux/les-equipes-relais-handicaps-rares).

9.3. Prévenir l'évolution vers un surpoids ou une obésité dès le plus jeune âge grâce à une approche pluriprofessionnelle

Tenir compte du niveau d'information et de l'expérience pour améliorer le niveau de connaissances sur les habitudes de vie (parents, enfants, adolescent(e)s).

Débuter le contrôle du comportement alimentaire et de l'impulsivité alimentaire dès les premières années de vie, en particulier en cas de situations cliniques à risque élevé d'obésité comme les syndromes de Prader-Willi ou de Bardet-Biedl.

- L'approche diététique aura pour objectif de contrôler les quantités grâce à la mise en place d'un cadre au cours des repas qui sera poursuivi dans les structures d'accueil.
- Le contrôle des quantités et de la consommation de certains aliments comme le sucre doit être précoce dans certaines pathologies comme le syndrome de Prader-Willi.
- En cas d'impulsivité alimentaire, la mise en place de mesures comme fermer la cuisine et les placards à clé et limiter des stimuli visuels peut s'avérer nécessaire.
- Un travail sur les sensations de rassasiement et de satiété.

Favoriser une alimentation variée et limitée en énergie

- Dès la petite enfance, travailler sur les sensations de satiété, le choix des aliments.
- Donner une réalité à des concepts abstraits comme la satiété : quantité à respecter dans l'assiette, nombre de cuillères ou morceaux.
- Essayer de réduire la taille des portions (si indiqué) et ajouter légumes ou salade dans chaque plat.
- Chercher à diminuer le grignotage : établir une routine de trois à quatre repas par jour, choisir plutôt un fruit ou un produit laitier si une collation est nécessaire.
- Planifier les repas sur la semaine, cuisiner des plats à la maison en faisant participer l'enfant/l'adolescent(e), en particulier durant les fins de semaine ou des périodes de vacances.

Favoriser les activités physiques en milieu ordinaire, et si besoin, grâce à des activités physiques adaptées supervisées

Les enfants et les adolescent(e)s en situation de handicap doivent pouvoir bénéficier d'un accès à la pratique régulière d'activité physique et sportive adaptée, en adéquation avec un meilleur équilibre alimentaire dans une approche globale de la personne s'appuyant sur une évaluation multidimensionnelle. Une continuité des soins et de l'accompagnement doit être assurée entre le lieu de vie familial et l'établissement médico-social.

Il est à souligner des difficultés d'évaluation du niveau d'activité physique chez les personnes en situation de handicap (37, 89). Néanmoins, les recommandations concernant l'activité physique et la diminution des comportements sédentaires pour la population générale d'enfants et d'adolescent(e)s s'appliquent aux enfants et adolescent(e)s en situation de handicap, dès le plus jeune âge (47), mais avec des adaptations :

- choisir les activités physiques avec l'enfant/l'adolescent(e), en privilégiant la notion de plaisir et l'aspect ludique. L'amélioration de la qualité de vie est un critère essentiel ;
- privilégier les activités d'endurance associées à des activités d'entretien de la mobilité ;
- adapter la pratique d'une activité physique aux capacités du jeune en l'aidant à comprendre et à suivre les consignes, en ajustant l'intensité (pour être à l'écoute de son corps et de ses capacités cardio-respiratoires), la progressivité (commencer par des durées courtes et augmenter par petits paliers au fur et à mesure des progrès), la fréquence et la durée de l'activité physique, en prévoyant des temps de récupération plus longs au cours de l'activité et entre deux séances ;
- compléter l'activité physique par des activités d'assouplissement, d'équilibre et de renforcement musculaire plusieurs fois dans la semaine ou un peu chaque jour, car elles facilitent l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ;
- proposer des sorties en famille en milieu aquatique en s'assurant de l'accessibilité des bassins et des vestiaires et d'une température de l'eau qui permette une décontraction musculaire ;
- encourager et soutenir la motivation pour la pratique de l'exercice physique avec d'autres jeunes du même âge qui ne sont pas en situation de handicap à condition que les exercices (intensité, fréquence, type) soient adaptés, si besoin, au rythme propre de l'enfant/l'adolescent(e) et à ses capacités physiques ;
- pratiquer une activité physique en fauteuil roulant est possible ainsi que des activités comme la danse, la gymnastique, les jeux de ballon ;
- pratiquer une activité physique dans une situation de handicap sensoriel (surdité, cécité) est possible (cécifoot, handibasket, stand up paddle, vélo, athlétisme, etc.) et est partageable avec des personnes valides ;
- contrôler le temps passé sur les écrans, facteur important de sédentarité, en particulier chez les enfants avec une déficience intellectuelle qui ont tendance à s'y intéresser beaucoup.

9.4. Assurer une cohérence des actions entre les lieux de vie

Le lien entre les parents et le cas échéant les professionnels des établissements médico-sociaux est nécessaire à une cohérence des actions entre les lieux de vie.

Il est indispensable que les intervenants et les parents :

- partagent les mêmes connaissances sur les besoins spécifiques des enfants/adolescent(e)s ;
- co-construisent l'offre de soins en concertation le plus possible avec l'enfant/l'adolescent(e) ;
- veillent ensemble à une continuité des améliorations de l'alimentation, de l'activité physique et de la gestion des comportements entre les lieux de vie.

Les améliorations de l'alimentation, de la pratique de l'exercice physique et des habitudes de vie associées devront être progressives, et peuvent prendre du temps à se mettre en place

Une guidance précise des parents, mais aussi des professionnels des établissements médico-sociaux peut être nécessaire pour accompagner les améliorations du comportement alimentaire ou adapter le choix d'une activité physique ou sportive et donner un cadre au jeune, notamment lorsqu'il évolue vers l'adolescence :

- sensibiliser et accompagner les parents, les personnes qui prennent soin de ces enfants et ces adolescent(e)s en situation de handicap dans leur lieu de vie, d'éducation, de loisirs (domicile familial, structures de soins ou médico-sociales) dans la mise en œuvre des changements des habitudes de vie ;
- accompagner les parents dans l'organisation d'un environnement familial propice à la mise en œuvre des changements des habitudes de vie qui doit se poursuivre de manière concertée et cohérente entre les lieux de vie et d'activités du jeune (famille, établissements spécialisés, services d'éducation spéciale et de soins à domicile, etc.) pour éviter les ruptures et maintenir durablement l'activité physique et les changements apportés à l'alimentation ;
- aider les parents à solliciter les conseils ou l'aide d'un enseignant en activité physique adaptée, d'un éducateur sportif (les orienter, établir, si besoin, un premier lien : Fédérations handisport, sport adapté), d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'un psychomotricien ;
- les parents peuvent demander la rédaction et la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ou un projet personnalisé de scolarisation (PPS) qui permettent de mettre en place des aménagements en structure collective (scolaire, médico-sociale, de loisirs) en particulier pour le contrôle des repas, l'accompagnement pour les choix alimentaires, la gestion de la colère et de la frustration, l'activité physique (90).

Une éducation thérapeutique du patient (ETP) doit être proposée, mise en œuvre, évaluée et suivie, en prenant en compte l'altération de nombreuses capacités mobilisées dans le fait de manger, de pratiquer une activité physique dans une situation de handicap. L'ETP évolue avec le temps et implique progressivement l'enfant lui-même. Ces particularités doivent être prises en compte pour :

- adapter les interventions en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptés aux publics concernés ;
- guider l'enfant, puis l'adolescent(e) en situation de handicap (visuel, auditif, intellectuel, psychique ou physique) et ses parents dans le développement de sa propre stratégie pour accéder de manière efficace à l'information afin de compenser ce déficit ;
- soutenir les parents et les professionnels des établissements médico-sociaux grâce à un suivi régulier en éducation thérapeutique.

Améliorer l'accessibilité des messages délivrés pour réduire les inégalités de santé

- Les associations de personnes atteintes de maladie chronique mettent en place des actions pour accompagner les usagers (cf. ressources ci-dessous).
- Les documents imprimés (brochures, dépliants, affiches) conçus pour la population générale, pour le grand public peuvent convenir à une information courte ou pour qui maîtrise bien l'écrit à condition de répondre à certains critères d'accessibilité (33) :
  - en gros caractères et/ou en braille (malvoyance ou cécité) ;
  - rédigé en facile à lire et à comprendre (FALC) et avec l'utilisation de pictogrammes ou d'images concrètes (handicap intellectuel).

- Les outils audio (versions audio sur le web, CD, clés USB, etc.) sont un bon moyen avec sous-titrage textuel ou en LSF (déficiences auditives).
- L'internet avec sites accessibles (mise à disposition de vidéos avec sous-titrage et LSF en cas de déficiences auditives, vocabulaire simple et concret en cas de déficience intellectuelle) permet de donner accès aux ressources disponibles sur le web, et est apprécié des adolescent(e)s qui peuvent télécharger des informations qui les concernent et les échanger avec d'autres jeunes.

9.5. Ressources pour les professionnels et les familles

La Plateforme Maladies Rares, créée en 2001, rassemble plusieurs associations destinées aux professionnels, aux familles et aux patients : Alliance maladies rares, Institut des maladies rares, Maladies Rares Info Services, AFM, EURORDIS, Orphanet (https://www.plateforme-maladiesrares.org/).

Orphanet, créé en France par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) en 1997, fournit des informations sur les maladies rares et permet le même accès à la connaissance pour toutes les parties prenantes (https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php), notamment grâce à :

- un répertoire des professionnels et institutions ;
- un répertoire des centres experts ;
- un service d'aide au diagnostic permettant la recherche par signe et par symptôme ;
- un répertoire des associations et des services pour les patients et leur famille.

L'Alliance maladies rares (https://www.alliance-maladies-rares.org/), avec des délégations régionales de bénévoles, propose d'informer et de soutenir les associations, les malades et les familles. Un numéro de téléphone et un site web dédié « Maladies Rares Info Services » complètent le dispositif.

Pour connaître les actions mises en place par les associations de personnes atteintes de maladie chronique, consulter le site de France Assos Santé (https://www.france-assos-sante.org).

Les recommandations de la HAS « Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire » (90) et « L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel » (en cours d'élaboration (91) peuvent être utiles.

10. Préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence

Le moment de la transition de l'adolescence vers l'âge adulte est une période charnière en termes de santé, notamment parce qu'un certain nombre d'habitudes de vie et une autonomie sont acquises durant la période allant de l'adolescence à l'âge adulte.

L'entrée dans la vie adulte peut être étalée sur plusieurs années et est jalonnée par les études ou l'apprentissage d'un métier, le départ du domicile des parents, parfois la réintégration du domicile parental après une période de logement autonome, l'entrée dans la vie active. Les préoccupations pour la santé sont parfois mises au second plan (92).

10.1. Définition et objectif

La transition correspond à une préparation de l'adolescent(e) à aller vers l'âge adulte grâce au développement de capacités à prendre soin de soi et de sa santé de manière la plus autonome possible (93).

- Elle implique pour les professionnels de santé de changer progressivement l'approche relationnelle avec le jeune au fur et à mesure que celui-ci grandit, et d'expliquer la nécessité de cette préparation aux parents.
- L'ETP est une bonne démarche pour préparer de manière active le jeune à son autonomie en partant de ses propres préoccupations (94).
- Si besoin, un suivi psychologique ou psychiatrique peut être proposé au jeune et/ou aux parents ponctuellement ou en suivi plus long en fonction des besoins.

Le passage en soins ou en service pour adulte est une étape de la période de transition qui est souvent associée à une rupture du suivi médical et des soins et à une détérioration de la santé si elle n'est pas anticipée et accompagnée (95) :

- ce passage implique un changement de médecin ou d'équipe de soins et le maintien d'une bonne communication entre les différents lieux de soins.
- il peut entraîner des inquiétudes chez l'adolescent(e) et ses parents. Ceux-ci doivent être rassurés et guidés.

Comme dans toute maladie chronique, la démarche de transition permet d'assurer une continuité des soins et de l'accompagnement et de prévenir les ruptures du parcours à l'âge adulte

Cette démarche est intentionnelle et progressive et s'appuie sur des étapes dont le contenu peut varier selon la maturité de l'adolescent(e), du contexte familial et des modifications de son environnement.

10.2. Modalités de mise en œuvre

La démarche de transition doit commencer le plus tôt possible, dès le début de la démarche de soins et se poursuivre jusqu'à l'âge de jeune adulte.

Comme pour tout adolescent(e) ayant une maladie chronique, de nombreux sujets doivent être abordés au cours de cette période par les professionnels impliqués dans le parcours. Ils concernent notamment :

- l'environnement familial, le contexte, les conditions de vie à domicile, la qualité de la communication intrafamiliale, la scolarisation, la formation professionnelle, les capacités à prendre soin de soi, les projets, les limitations liées à la maladie, etc. ;

- les activités, les loisirs, le sport, l'investissement, les restrictions, l'utilisation des écrans en dehors du temps scolaire et l'usage des réseaux sociaux, l'alimentation et le comportement alimentaire, le sommeil ;
- la socialisation ; la vie affective et sexuelle ; la capacité à aimer et à être aimé ;
- la capacité à rechercher du soutien (amis, parents, équipe soignante, etc.) ;
- le harcèlement et le cyberharcèlement, l'intimidation, la violence ;
- les addictions et les éventuels effets sur la maladie ;
- la compréhension et l'acceptation de la maladie.

➔ Un document (check-list) partagé entre ces professionnels permet de s'assurer au fil du temps que ces sujets ont bien été abordés avec l'adolescent(e) (96).

Le passage en soins ou en service pour adulte doit prendre place, autant que possible, dans une période de relative stabilité clinique, de suivi psychologique ou psychiatrique et de stabilité sociale pour l'adolescent(e).

La démarche de transition vers l'âge adulte doit commencer tôt. Le passage des soins pédiatriques aux soins adultes sera préparé longtemps en amont de la première consultation en soins adultes.

Il est à noter que le passage des soins pédiatriques aux soins adultes peut se faire dans certaines situations après l'âge de 18 ans.

➔ Les facteurs identifiés de réussite du passage en soins ou en service pour adulte sont la phase de préparation, l'implication et l'engagement de l'adolescent(e) et de sa famille.

Une évaluation doit être proposée régulièrement à l'adolescent(e) pour l'aider à prendre conscience de son niveau d'autonomie, de ses connaissances de la maladie, de ses compétences pratiques, de sa capacité à se projeter dans sa vie d'adulte, pour savoir s'il (elle) se sent prêt(e) à prendre soin de soi et de sa santé. Cette évaluation permet d'ajuster l'accompagnement aux capacités de l'adolescent(e).

➔ L'outil « Good2go » peut être utilisé en tant qu'autoquestionnaire ou support d'entretien avec l'adolescent(e) (plateforme de transition de l'hôpital universitaire Robert Debré AD'VENIR) (97).

Dans les situations complexes, la mise en œuvre de consultations communes (soins pédiatriques – soins adultes) peut favoriser la continuité des soins et prévenir une rupture du parcours.

La chirurgie bariatrique peut être abordée au cours de cette étape, si pertinent.

10.3. Repères pour la mise en œuvre

Des repères pour la mise en œuvre de la démarche de transition et du passage des soins pédiatriques aux soins adultes sont proposés pour guider les pratiques (93, 95) (encadré 15).

Encadré 15. Repères pour la mise en œuvre de la démarche de transition et du passage des soins pédiatriques aux soins adultes : 4 étapes

La démarche de transition concerne l'adolescent(e), tout en continuant à s'adresser aux parents. Impliquer les parents dans la transition les aide à accepter l'autonomie de leur adolescent(e) vis-à-vis de cette situation.

➔ Le contenu des étapes peut varier en fonction de la maturité et de la situation de l'adolescent(e) et du contexte familial.

➔ Des repères d'âge sont donnés à titre indicatif. Ils doivent être flexibles pour s'adapter au développement personnel (physique, émotionnel, cognitif, social) de l'adolescent(e) et à ses souhaits.

Étape 1. Commencer à sensibiliser l'adolescent(e) et ses parents à la transition vers l'âge adulte, sa nécessité et comment s'y préparer (repère d'âge : entre 11 et 14-15 ans)

Commencer à aborder progressivement, comme pour tout adolescent(e) ayant une maladie chronique, de nombreux sujets comme : l'environnement, le contexte et les conditions de vie, la qualité de la communication intrafamiliale, la scolarisation, la formation professionnelle, les capacités à prendre soin de soi, les projets, les limitations liées à la maladie ; les activités, le sport ; l'usage des réseaux sociaux, l'alimentation et le comportement alimentaire, le sommeil ; la socialisation ; la vie affective et sexuelle ; la capacité à aimer et à être aimé ; la capacité à rechercher du soutien ; le harcèlement et le cyberharcèlement, l'intimidation, la violence ; les addictions et les éventuels effets sur la maladie ; la compréhension et l'acceptation de la maladie.

➔ L'utilisation par exemple d'un document (check-list) partagé entre les professionnels impliqués dans le parcours permet de s'assurer au fil du temps qu'ils ont bien été abordés avec l'adolescent(e) (96).

Étape 2. Proposer une évaluation pour aider l'adolescent(e) à prendre conscience de son niveau d'autonomie et ajuster l'accompagnement. Préparer l'adolescent(e) et ses parents au passage des soins pédiatriques aux soins adultes (repère d'âge : entre 15 et 16-17 ans)

Permettre à l'adolescent(e) d'évaluer son autonomie, ses connaissances de la maladie, ses compétences pratiques, sa capacité à se projeter dans sa vie d'adulte, pour savoir s'il (elle) se sent prêt(e). Cette évaluation permet d'ajuster l'accompagnement aux capacités de l'adolescent(e).

➔ L'outil « Good2go » : exemple d'autoquestionnaire ou de support d'entretien avec l'adolescent(e) (plateforme de transition de l'hôpital universitaire Robert Debré AD'VENIR (97)).

Commencer à réfléchir au choix du médecin ou à l'équipe de soins pour adultes pour le suivi de sa situation de surpoids ou d'obésité et pour ses autres préoccupations (vie affective et sexuelle, contraception, tabac, alcool, etc.).

Étape 3. Mettre en œuvre concrètement le passage des soins pédiatriques aux soins adultes (repère d'âge : entre 16-18 et 21 ans)

Aider progressivement le presque jeune adulte à s'occuper seul des questions touchant à sa santé (dès 16 ans), à gérer la prise de rendez-vous, à coordonner les soins, dans l'objectif de la majorité civile (18 ans) ou d'une émancipation (16 ans révolus).

Finaliser le choix du médecin ou de l'équipe de soins pour adulte.

Dans les situations complexes, la mise en œuvre de consultations communes (soins pédiatriques – soins adultes) peut favoriser la continuité des soins et prévenir une rupture du parcours.

Les préoccupations de l'adolescent(e) et de sa famille autour de la chirurgie bariatrique peuvent être abordées au cours de la démarche de transition.

Étape 4. Maintenir les habitudes de vie dans les priorités des jeunes adultes (soins adultes) (repère d'âge : entre 21 et 25 ans)

Aider, si besoin, l'adulte à planifier les premières rencontres avec le médecin traitant et les médecins spécialistes, professionnels de santé dont il aurait besoin.

Il est à noter que le passage des soins pédiatriques aux soins adultes peut se faire dans certaines situations après l'âge de 18 ans.

11. Conditions pour un parcours fluide sans rupture

Plusieurs leviers ont été identifiés pour permettre de favoriser l'entrée des enfants/adolescent(e)s dans le parcours de soins, fluidifier le parcours et éviter les ruptures des soins et de l'accompagnement (98, 99) : entrée précoce dans le parcours de soins, solutions soutenant le partage d'information et la coordination, innovations dans le travail interprofessionnel, lisibilité de l'offre, formation, engagement des associations d'usagers.

La mobilisation des acteurs au niveau territorial permettra d'éviter au maximum les ruptures du parcours de soins.

11.1. Une entrée précoce dans le parcours de soins

Un dépistage précoce du surpoids ou de l'obésité associé à un bilan des habitudes de vie, une évaluation multidimensionnelle de la situation globale individuelle et familiale, et si besoin pluriprofessionnelle, dès le diagnostic et l'annonce d'un surpoids ou d'une obésité, la coordination des soins et de l'accompagnement sont prioritaires pour assurer la faisabilité du parcours.

11.2. Des dispositifs qui favorisent l'exercice coordonné et l'accès à l'expertise

Le soutien à l'exercice coordonné et l'accès à l'expertise doivent être effectifs dans le territoire de santé pour améliorer l'adéquation du niveau de soins au degré de complexité des situations de surpoids ou d'obésité.

L'exercice coordonné est un mode d'organisation des professionnels de santé libéraux qui décident de travailler en équipe pour favoriser les échanges et la coordination pluriprofessionnelle :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) rassemblent sur un même lieu de soins des professionnels de premier recours (au moins médecin et infirmier) et éventuellement des médecins spécialistes ;
- les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) rassemblent des professionnels de santé de premier recours et de second recours exerçant à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé et médico-sociaux, et en fonction des projets, d'autres professionnels sociaux et médico-sociaux d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

Dans la perspective de justes soins et d'accompagnement des personnes, les nouveaux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) (100) constituent une ressource à mobiliser par les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux lorsque la situation de la personne soignée est ressentie complexe sur le plan médical et/ou social et/ou médico-social.

- Les DAC mobilisent des professionnels de santé libéraux, des centres et maisons de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé, des établissements de santé, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des représentants d'usagers afin d'offrir à la personne soignée une réponse globale et coordonnée, quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation.
- Les DAC assurent la lisibilité de l'offre sur le territoire tant pour les professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, de la médecine scolaire, que pour les usagers.

- Il serait souhaitable que les DAC assurent également une lisibilité concernant les structures permettant l'exercice physique adapté à proximité du lieu de vie.

11.3. Une lisibilité de l'offre pour orienter au bon moment et au bon endroit

Tous les médecins et professionnels exerçant dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle de proximité, professionnels sociaux et médico-sociaux doivent avoir accès, selon les besoins et la complexité de la situation de l'enfant/de l'adolescent(e), à un annuaire ou à une plateforme de ressources ou à un dispositif d'appui à la coordination. Cela permettrait :

- de faciliter la recherche de professionnels formés à l'obésité et à l'éducation thérapeutique, pouvant intervenir auprès de l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents, à proximité de leur lieu de vie ou à domicile ;
- de faciliter l'accès aux médecins spécialistes par le recours à la téléconsultation, la téléexpertise (40) ;
- de faciliter l'accès aux interventions de diététique, d'ETP grâce au télésoin notamment pour la continuité du suivi entre les séances (71) ;
- d'identifier dans l'environnement proche un ou plusieurs professionnels de santé, social, médico-social, un établissement ou l'équipe d'une structure spécialisée dans l'obésité pour approfondir l'évaluation de la situation, bénéficier, si besoin, de conseils ou participer aux soins et à un accompagnement pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, partager le suivi médical global en lien avec le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e).

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est un référentiel des ressources de santé au sens large (sanitaires, médico-sociales, voire sociales) auxquelles peuvent avoir recours les professionnels de tous secteurs intervenant dans le parcours de soins d'une personne (https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/repertoire-operationnel-des-ressources-ror). Ce répertoire se décline par région. Il devrait s'enrichir prochainement de fiches métiers.

Le ROR est accessible directement via des interfaces web pour les utilisateurs enregistrés auprès des groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) ou, dans certaines régions, accessible en mobilité via une application dédiée.

L'identification des ressources, permettant la mise en œuvre d'une activité physique adaptée et la clarification de l'offre, faciliterait l'orientation des enfants et des adolescent(e)s qui en ont besoin.

Le recours à l'activité physique adaptée à l'ensemble de la population a été élargi depuis la Stratégie nationale sport et santé 2019-2024 (https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/), néanmoins des freins à la prescription et à la mise en œuvre d'une activité physique adaptée ont pu être identifiés (101) :

- les ressources sont nombreuses et hétérogènes sur le territoire et ne couvrent pas l'ensemble des besoins : certaines sont dédiées à la prévention, d'autres à l'accompagnement des maladies chroniques, d'autres encore à l'encadrement d'activités de loisirs ;
- au niveau départemental, une offre suffisamment variée permettrait de répondre aux besoins de tous les jeunes, en particulier ceux en situation de handicap, en fonction de leurs besoins, sachant que l'activité physique est une des composantes majeures du traitement de l'obésité ;
- un annuaire de ressources faciliterait l'orientation des enfants et des adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité ;

- une prescription d'activité physique adaptée pour les enfants et les adolescent(e)s, sur le modèle de ce qui a été publié par la HAS pour les adultes, encouragerait la pratique, la rendrait plus importante aux yeux des parents et faciliterait l'évaluation partagée lors des consultations globales de suivi médical (travaux HAS en cours).

L'accessibilité géographique ou financière à des soins ou un accompagnement dont peuvent avoir besoin les enfants et les adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité **peut être un frein pour certaines familles.**

Il est à souligner que, sur le territoire, la localisation des services de soins de suite et de réadaptation est hétérogène, l'offre de séjours est insuffisamment dédiée à l'enfant/l'adolescent(e), les types de séjour sont insuffisamment variés pour répondre aux besoins. L'offre ne permet pas une égalité d'accès aux enfants/adolescent(e)s dont le besoin a été évalué.

11.4. Une continuité et une coordination des soins et de l'accompagnement à assurer

Le soutien au partage des informations doit être effectif pour assurer une continuité des interventions ainsi qu'une coordination des actions.

Chaque intervenant dans le parcours doit trouver les informations utiles à la compréhension de la situation de l'enfant/del'adolescent(e) et à une orientation commune de ses actions grâce au développement et au déploiement de services numériques comme :

- le DMP et le logiciel Esculape utilisé par la médecine scolaire devraient être interopérables, de même pour les services de la PMI ;
- le réseau social professionnel, pour échanger des informations en complément du service de messagerie sécurisée de santé.

La concertation des divers professionnels impliqués dans les soins, l'accompagnement social, médico-social, scolaire doivent s'organiser selon les modalités définies en commun, et le temps passé aux échanges et à l'élaboration d'un projet de soins et d'accompagnement valorisé. Cette concertation pourrait être favorisée par une structuration de l'offre au niveau territorial.

Les consultations de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité inscrites dans la convention médicale devraient être étendues aux adolescent(e)s jusqu'au passage des soins pédiatriques aux soins adultes. La prévalence du surpoids et de l'obésité étant plus importante dans cette population.

11.5. Des formes innovantes de travail interprofessionnel favoriseraient les soins et l'accompagnement

ASALÉE (Actions de santé libérale en équipe) est une association qui instaure une coopération et des délégations d'actes et d'activités des médecins généralistes vers des infirmier(ère)s délégué(e)s à la santé publique (IDSP) 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 infirmier(ère)s en pratique avancée (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.

Les soins et l'accompagnement des situations d'obésité complexe peuvent bénéficier de la pratique avancée des infirmier(ère)s. Cette pratique 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'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Les protocoles de coopération permettent de s'interroger sur les actes dérogatoires pouvant être délégués pour le suivi de certains enfants/adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité.

Les protocoles de coopération entre professionnels répondent de manière concrète aux besoins des usagers de la santé en élargissant l'accès aux soins, mais aussi à ceux des professionnels de santé en valorisant de nouvelles compétences entre médecins et infirmiers pour le suivi de certains patients en déléguant concrètement à des personnels paramédicaux certaines activités jusqu'alors exercées uniquement par des médecins.

11.6. Une sensibilisation et une formation des professionnels au contact des enfants/adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité

Tout professionnel social et médico-social, les enseignants notamment dans les matières de sciences et vie de la terre (SVT), de prévention santé environnement (PSE) et d'éducation physique et sportive (EPS), le personnel de la vie scolaire et des structures de loisirs doivent être :

- sensibilisés à la problématique du surpoids et de l'obésité, ses causes, ses conséquences, son retentissement psychique et aux effets de la stigmatisation, du harcèlement à cause de la corpulence ;
- formés à aborder ces questions de manière adaptée : comment parler de corpulence, de surpoids, d'obésité aux enfants et aux adolescent(e)s ;
- formés à la prévention de la stigmatisation dans le milieu scolaire et de loisirs.

11.7. Une formation des professionnels impliqués dans le parcours

Les professionnels du champ sanitaire, médico-social, social impliqués dans les soins et l'accompagnement des enfants/adolescent(e)s en situation de surpoids ou d'obésité :

- doivent être sensibilisés aux principales problématiques en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité qui, chez certains jeunes, peuvent se cumuler ou être prévalentes (notamment psychologiques ou sociales) et rendre plus difficile l'engagement dans le projet de soins et nécessiter des accompagnements précoces et adaptés ;
- peuvent, selon leurs compétences professionnelles et les limites de leur champ d'intervention, repérer un ou plusieurs de ces facteurs ou identifier des problématiques, ou les évaluer en profondeur ou orienter pour rechercher des solutions et répondre aux besoins ;
- doivent être formés au travail pluriprofessionnel et/ou pluridisciplinaire en particulier après l'évaluation multidimensionnelle de la situation de la personne et à intervalles réguliers pour le suivi : échanges d'information, si besoin, et en fonction de la complexité de la situation, définition en commun des objectifs personnalisés et du contenu de l'offre de soins et d'accompagnement, planification, organisation, coordination des interventions, articulation avec le travailleur social, le service de la PMI, le service de la santé scolaire.

11.8. Un développement ou un renforcement de l'engagement des associations d'usagers

Le développement de lieux en réelle proximité, dont l'animation est assurée par des associations, permettrait d'informer, d'aider, d'encourager et de soutenir les familles dont l'enfant/l'adolescent(e) est en situation de surpoids ou d'obésité.

Ces situations requièrent des efforts d'adaptation de la part des familles pour améliorer les habitudes de vie et les maintenir sur le long terme, et entraînent souvent de la culpabilité chez les parents et un sentiment d'impuissance.

Le développement d'une information accessible et d'un accompagnement par les pairs permettrait de soutenir les parents dans leurs démarches.

En complément de la mise à disposition d'un annuaire de ressources, la recherche de professionnels formés à l'obésité et à l'éducation thérapeutique, de lieux ou de structures permettant la pratique d'une activité physique pourrait être facilitée par des pairs. Ceux-ci soutiendraient les familles puis les jeunes adultes dans leurs démarches auprès des différents interlocuteurs pour éviter les ruptures dans le parcours de soins.

L'expérience des parents et des jeunes adultes pourrait être mieux mobilisée.

Chaque fois que cela est possible, la conception, la co-animation avec un soignant de séances d'éducation thérapeutique pourraient être enrichies par les retours d'expérience des familles, des enfants/adolescent(e)s et des jeunes adultes concernés par une situation de surpoids ou d'obésité. Les intervention de parents-ressources ou de jeunes adultes concernés par une situation d'obésité nécessitent une formation à l'ETP. Ces interventions se déroulent en présence des parents pour les enfants mineurs ou avec leur accord.

Le partage d'expériences et l'accompagnement par les pairs pourraient aussi :

- favoriser la préparation de l'adolescent(e) à aller vers l'âge adulte et apprendre à prendre soin de soi et de sa santé de manière la plus autonome possible ; favoriser l'estime de soi, la confiance en soi ;
- aider les parents à prévenir et à faire face aux situations ou attitudes stigmatisantes pour l'enfant/l'adolescent(e).

12. Des pistes pour l'évaluation des pratiques et de la coordination

Une démarche d'analyse des situations complexes

Le patient traceur est une démarche d'analyse collective fondée sur une analyse globale et rétrospective du parcours global d'un patient dont la situation est complexe (102). L'objectif de cette démarche qualitative est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'organisation des parcours et les interfaces professionnelles en prenant en compte le point de vue du patient et de ses proches.

Cette démarche pourrait être particulièrement pertinente pour l'analyse et l'amélioration des parcours d'obésité complexe qui requièrent :

- une analyse multidimensionnelle pour identifier les problématiques et répondre aux besoins, des prises de décision, des soins, un accompagnement, un engagement aussi bien des soignants que des enfants/adolescent(e)s et de leurs parents, des interventions pluriprofessionnelles, la coordination de leurs interventions, un suivi global long, des périodes de transition ;
- mais également une mobilisation des acteurs des territoires de santé dans le but de structurer l'offre de soins et d'accompagnement.

Une démarche qui renforce le travail en équipe pluriprofessionnelle

Elle s'adresse aux professionnels de santé, du champ social, médico-social, et autre professionnel par exemple de l'activité physique adaptée, ayant la volonté de travailler en équipe pluriprofessionnelle pour analyser et améliorer le parcours des patients.

Elle requiert l'implication du médecin traitant et associe les principaux professionnels impliqués dans le parcours du patient (secteurs sanitaire, social et médico-social, de la médecine scolaire, autant que nécessaire).

Une démarche fondée sur la complémentarité entre le vécu du patient et celui des professionnels

Elle prend en compte le point de vue du patient et/ou de son proche dès lors qu'ils ont donné leur accord pour participer à la démarche. Elle permet de croiser à la fois la perception du patient et celle des professionnels sur le parcours.

Une démarche permettant de consolider les bonnes pratiques et de rechercher des améliorations

Elle permet de comparer les pratiques réelles aux pratiques de référence en vue de les améliorer.

Elle est conduite selon une approche pédagogique, transparente, bienveillante, sans jugement sur le travail des professionnels ou des structures.

Elle doit garantir le respect du secret professionnel, des règles de confraternité, pour tous les professionnels, et la confidentialité des échanges.

Table des annexes

Annexe 1.	Occasions de dépistage du surpoids et de l'obésité tout au long de l'enfance et de l'adolescence	81
Annexe 2.	Courbes d'indice de masse corporelle à utiliser depuis 2018	83
Annexe 3.	Visuels de rebonds d'adiposité	84
Annexe 4.	Habitudes de vie. Repères pour aller au plus près des recommandations en fonction de l'âge de l'enfant/de l'adolescent(e)	85
Annexe 5.	Données de l'examen clinique dans une situation de surpoids ou d'obésité chez l'enfant/l'adolescent(e)	87
Annexe 6.	Signes évocateurs d'une obésité de cause rare (par altération centrale hypothalamique de la régulation du poids)	89
Annexe 7.	Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : évaluation multidimensionnelle – éléments d'exploration et critères d'orientation	90
Annexe 8.	Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/l'adolescent(e) : éducation thérapeutique du patient (ETP)	102
Annexe 9.	Certificat d'inaptitude partielle à l'activité physique et sportive : exemples	110

Table des encadrés

Encadré 1. Facteurs prédisposants ou facteurs de risque de développer un surpoids ou une obésité 16

Encadré 2. Connaître l'évolution physiologique de la corpulence pour bien l'interpréter et être attentif aux situations associées à un risque élevé de développer une obésité durant l'enfance 17

Encadré 3. Repères pour communiquer avec l'enfant/l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité et ses parents 19

Encadré 4. Comment prévenir la stigmatisation 20

Encadré 5. Objectifs de l'examen clinique et de l'entretien avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents 23

Encadré 6. Savoir repérer les troubles des conduites alimentaires et les perturbations de l'alimentation 28

Encadré 7. Faciliter l'acceptation de l'intervention d'un psychologue ou d'un pédo-psychiatre ou psychiatre 29

Encadré 8. Contenu de l'annonce du diagnostic de surpoids ou d'obésité et des étapes suivantes des soins 31

Encadré 9. Orientation pour compléter ou approfondir l'évaluation multidimensionnelle initiale ou en cours de parcours dans une situation de surpoids ou d'obésité sans complications 35

Encadré 10. Orientation pour compléter ou approfondir l'évaluation multidimensionnelle initiale ou en cours de parcours dans une situation d'obésité complexe 36

Encadré 11. Critères de graduation de l'offre de soins et d'accompagnement initiale 42

Encadré 12. Critères de modulation de l'offre de soins et d'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation 42

Encadré 13. Bilan régulier par chaque professionnel impliqué dans le parcours à l'occasion de ses interventions 53

Encadré 14. Contenu des consultations de suivi médical global 53

Encadré 15. Repères pour la mise en œuvre de la démarche de transition et du passage des soins pédiatriques aux soins adultes : 4 étapes 71

Annexe 1. Occasions de dépistage du surpoids et de l'obésité tout au long de l'enfance et de l'adolescence

Le médecin qui suit habituellement l'enfant/l'adolescent(e) ou l'infirmier(ère) dans le cadre d'un exercice coordonné doivent s'assurer à toute occasion de soins de la réalisation du suivi de la corpulence, de la croissance staturo-pondérale, mais aussi du développement physique, psychomoteur, psychologique et du bien-être.

Les parents doivent être accompagnés afin de respecter le rythme de suivi proposé qui peut être plus fréquent en cas de signes d'alerte ou de facteurs prédisposants ou de risque de développer un surpoids ou une obésité.

Le calendrier des examens médicaux obligatoires au cours des 16 premières années permet le dépistage d'un surpoids ou d'une obésité après les examens du 8e jour et 2 semaines après la naissance :

- du 1er mois au 6e mois : 6 examens (1 fois par mois jusqu'à 6 mois) ;
- un examen au cours du 9e, 12e, 13e, entre le 16e et 18e mois, au cours du 24e ou du 25e mois ;
- puis 4 examens au cours des 3e à 6e année (soit 1 fois par an jusqu'à l'âge de 6 ans) ;
- puis 1 examen entre 8 et 9 ans, 11 et 13 ans, 15 et 16 ans.

Ces examens peuvent être réalisés par :

- du 1er mois à la 16e année : le médecin traitant, pédiatre ou généraliste, avant 6 ans la PMI ;
- au cours de la 6e année : l'examen avec mesures biométriques peut être réalisé par un médecin de l'Éducation nationale ;
- lors de la 12e année : l'examen avec mesures biométriques peut être réalisé par un infirmier de l'Éducation nationale.

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 comportant notamment un dépistage biométrique.

Les infirmier(ère)s et médecins de l'Éducation nationale effectuent des consultations, quel que soit l'âge de l'élève. Les familles, les jeunes ou les équipes pédagogiques peuvent demander une consultation.

Dans les services et établissements médico-sociaux : les professionnels doivent être attentifs à la corpulence des enfants et adolescent(e)s accueillis et déceler un surpoids ou une obésité et orienter vers le médecin qui suit l'enfant.

Les services et établissements médico-sociaux sont les suivants : structures de prévention, dépistage, accompagnement précoce [centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)] ; structure d'accompagnement en institution [institut médico-éducatif (IME), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), institut d'éducation motrice (IEM), institut médico-professionnel pour adolescent(e)s (IMPRO)], structure permettant un accompagnement en milieu ordinaire de vie [service d'éducation spéciale et de soins à domicile pour les déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que pour les troubles du caractère et du comportement (SESSAD), service de soins et d'aide à domicile pour le polyhandicap (SSAD), service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire pour les déficiences auditives graves des enfants de

plus de 3 ans (SSEFIS), service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans (SAAAIS)].

Les jeunes âgés de 16 à 25 ans éloignés du système de santé et en situation de précarité, sans suivi médical régulier ou dans une situation difficile (en insertion, demandeur d'emploi, personnes en situation d'invalidité ou de handicap) : proposition d'un examen de prévention en santé (EPS) avec dépistage du surpoids et de l'obésité réalisé par un réseau de 85 centres d'examens de santé (CES) pris en charge intégralement par l'Assurance maladie.

Dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance pour la continuité du parcours : un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur accompagné dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'Assurance maladie.

Pour les jeunes mineurs non accompagnés qui vont atteindre leur majorité, un examen un an avant leur 18e anniversaire avec le médecin traitant permettra de poursuivre un suivi médical régulier ou un parcours spécifique et coordonné par un médecin référent de la protection de l'enfance[11], l'identification des besoins de prévention et de soins ou de créer un parcours spécifique afin d'améliorer l'état de santé physique et psychique.

La corpulence et les habitudes de vie peuvent être abordées à l'occasion de tout autre motif de consultation qu'il soit ou non en lien avec le retentissement d'une situation de surpoids ou d'une obésité (plainte ou problème orthopédique, respiratoire, etc.) : une vaccination, une demande d'information ou de contraception dans les centres de planification familiale ou d'éducation familiale (CPEF) ou auprès d'un gynécologue ou d'une sage-femme (adolescente), les consultations en psychiatrie.

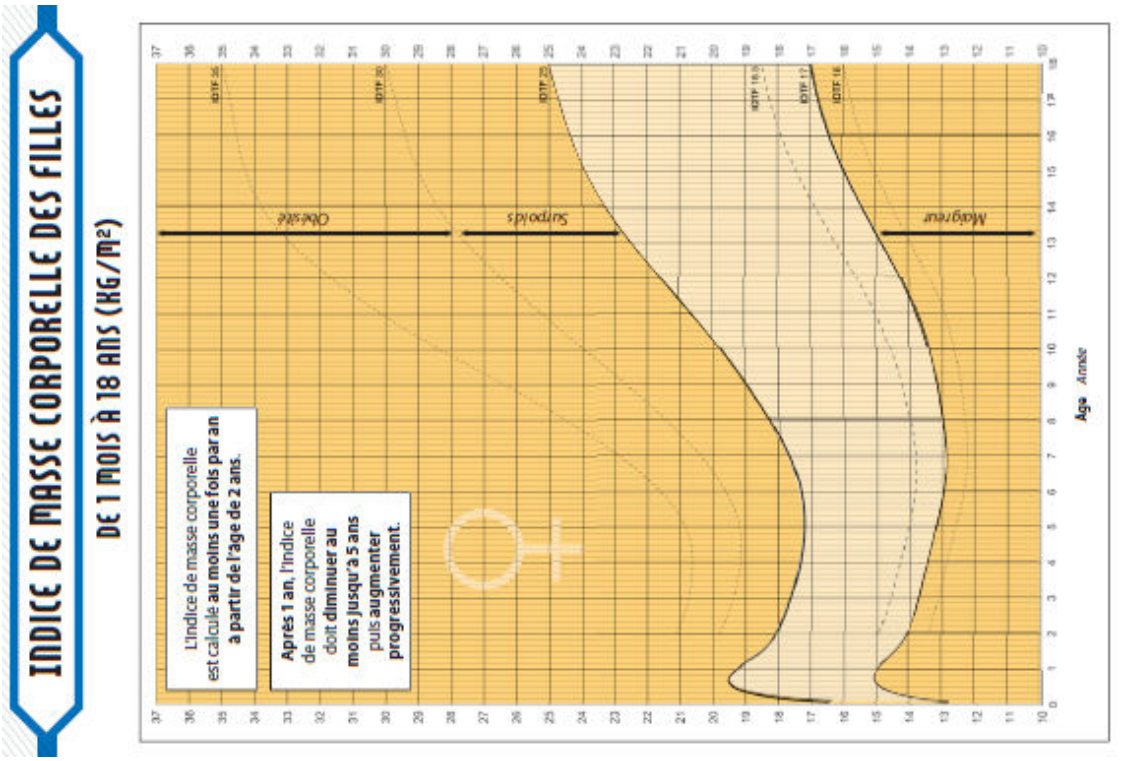
[11] Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du Code de l'action sociale et des familles. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033359294

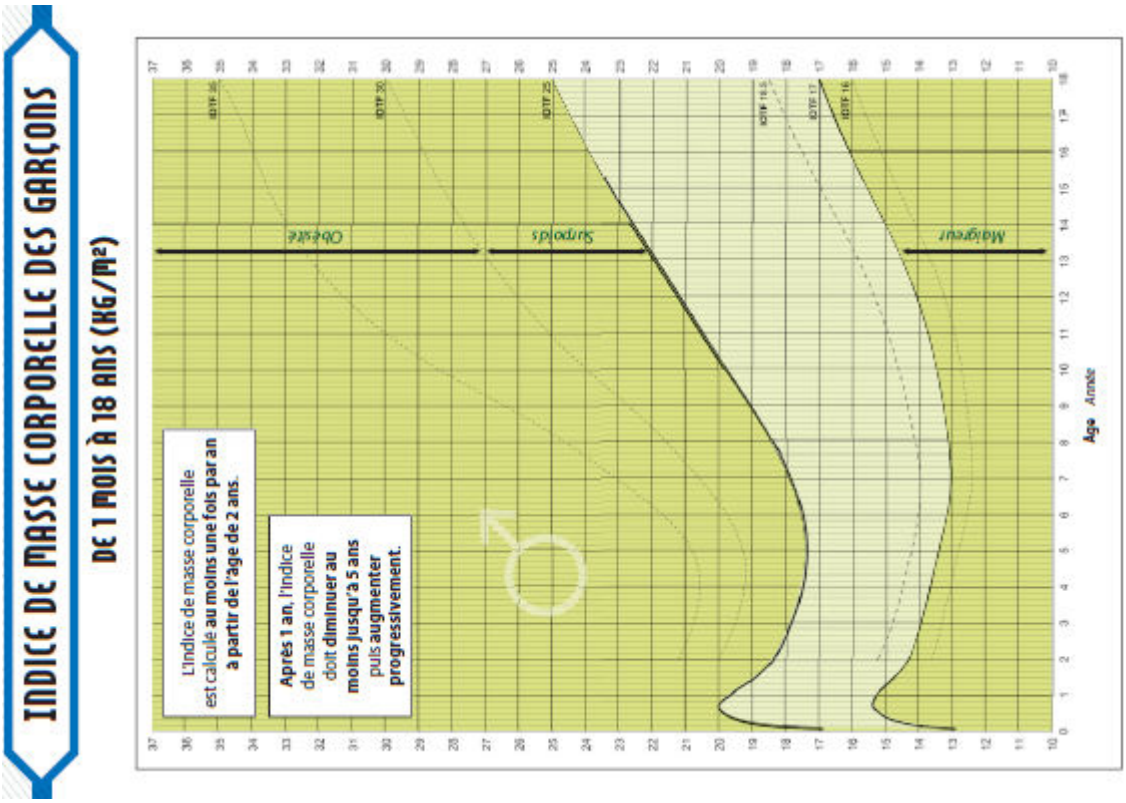
Annexe 2. Courbes d'indice de masse corporelle à utiliser depuis 2018

Source : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf

De nouvelles courbes (poids, taille, IMC) de référence françaises. INSERM 2018. https://presse.inserm.fr/de-nouvelles-courbes-de-croissance-de-reference-francaises/30775/ sont à utiliser :

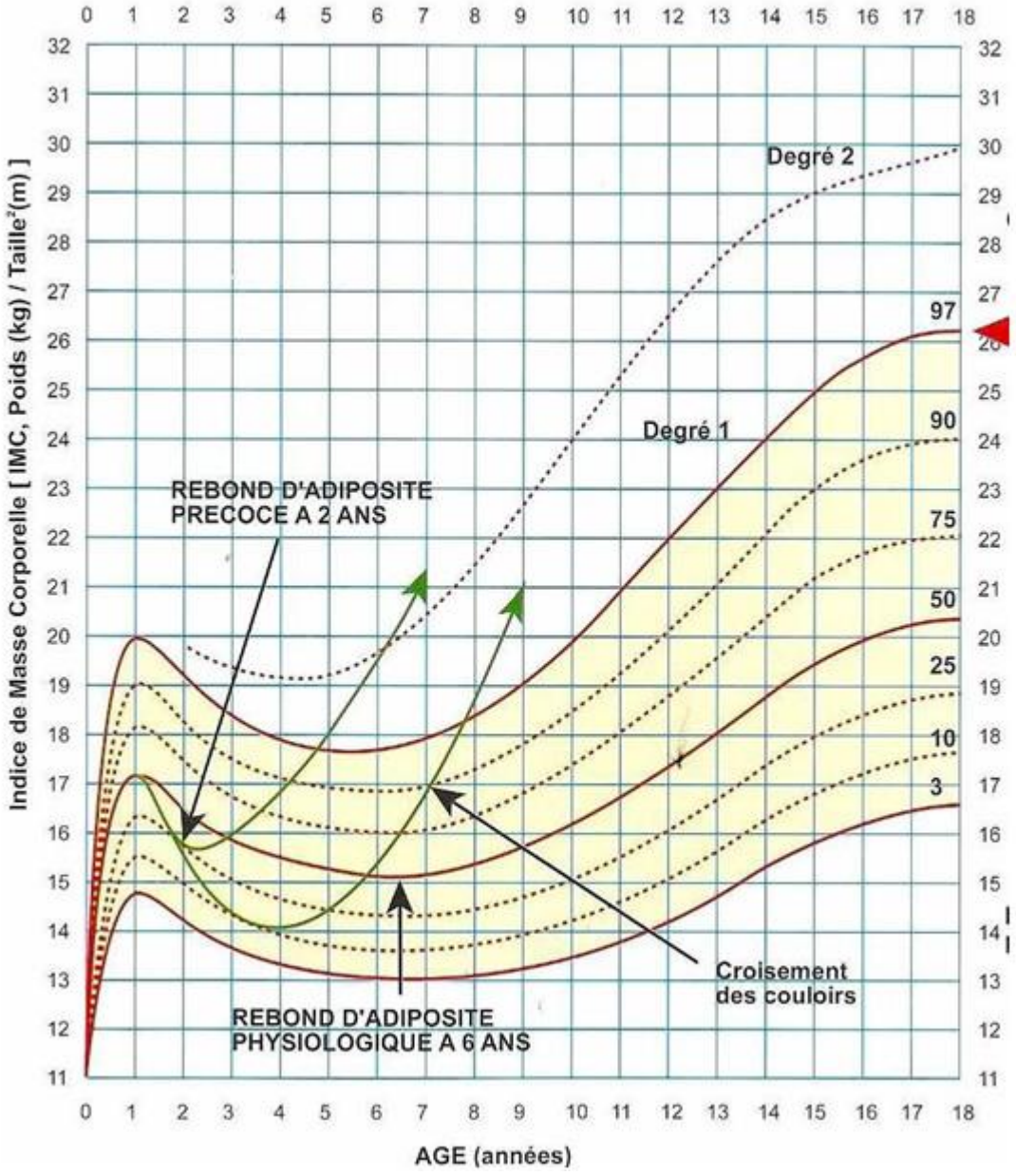
- Avant l'âge de 2 ans : courbes AFPA – CRESS/INSERM (2018).
- Après 2 ans : courbes de l'*International Obesity Task Force* (IOTF, 2012).





Annexe 3. Visuels de rebonds d'adiposité

Source : http://robertdebre.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/126/files/2013/06/RebondAdiposite.jpg



Annexe 4. Habitudes de vie. Repères pour aller au plus près des recommandations en fonction de l'âge de l'enfant/de l'adolescent(e)

Encadré 1. Préconisations pour l'activité physique

Chez les enfants de moins de 6 ans : au moins 3 h/j d'AP soit 15 min/h pour 12 h d'éveil (48).

Chez les enfants et adolescent(e)s de 5 à 17 ans : une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique. Néanmoins, il est recommandé : au moins 60 minutes par jour en moyenne d'activité physique tout au long de la semaine. Cette AP doit être principalement aérobique. Et 3 fois par semaine des activités aérobiques d'intensité soutenue devraient être intégrées ainsi que des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux (47).

Conseiller une activité physique (AP) quotidienne suffisante en extérieur, et en complément de celle pratiquée dans la vie quotidienne.

Encadré 2. Préconisations pour limiter la sédentarité (37, 38, 47)

Le temps de sédentarité et en particulier le temps de loisirs passé devant un écran devrait être limité. Conseiller de bouger pour diminuer le temps passé au quotidien en position assise ou allongée (pour regarder la télévision, lire, faire des activités manuelles, etc.) par des mobilisations plus fréquentes que d'habitude.

Chez les enfants de moins de 6 ans et les enfants de 5 à 17 ans : conseiller de se lever toutes les 30 minutes idéalement ; maintenir une activité physique ludique et régulière ; veiller à limiter l'augmentation du temps d'écran de loisirs et passif.

Encadré 3. Préconisations pour une alimentation variée et équilibrée en protéines, glucides, lipides en relation avec l'âge (39, 44, 45)

Évaluer les habitudes alimentaires et guider l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents (chapitre 2.4).

Suivre les recommandations pour la diversification alimentaire des enfants de moins de 3 ans.

Maintenir si possible la variété de l'alimentation, être attentif à la taille des portions et la consommation d'aliments denses en énergie et éviter sodas, produits gras, sucrés et salés.

Conseiller d'éviter le grignotage de produits sucrés et salés, les prises alimentaires en dehors des repas ou le remplacement des repas par des encas : le risque étant de s'éloigner ou de perdre les repères de consommation personnalisés.

Encourager la famille à consommer si possible davantage de fruits et de légumes (y compris en conserve), à établir à l'avance les menus en veillant à un bon équilibre alimentaire sur la journée, et à cuisiner plus sainement (cuisson à la vapeur ou à l'eau, plutôt que friture), faire la liste de courses en conséquence et éviter d'acheter des produits tout préparés, des encas.

Encourager la famille à prendre ses repas à des horaires planifiés, à prendre un temps suffisant, à être attentive aux aliments mangés, à mastiquer lentement en savourant chaque bouchée, et à éviter les écrans, l'écoute des nouvelles à table, la visualisation de films ou d'émissions à la télévision.

Encadré 4. Préserver la qualité du sommeil et garder le rythme (38)

Évaluer la quantité et la qualité du sommeil et conseiller de garder ou améliorer le rythme veille-sommeil.

Le matin, garantir le bon fonctionnement de l'horloge biologique : se lever à horaires réguliers, s'exposer à l'ensoleillement ou à la lumière, ne pas laisser l'enfant/l'adolescent(e) traîner au lit si la nuit a été mauvaise.

Le soir, bien préparer son sommeil : apprendre à limiter l'usage des écrans, conserver ou instaurer les routines du soir, écouter les pensées de l'enfant, apaiser, si besoin, se coucher à horaires réguliers.

La nuit, rendre la nuit propice au sommeil : respecter l'intimité de la chambre de l'enfant, de l'adolescent(e), garder une chambre calme, à température fraîche et sombre.

Encadré 5. Limiter l'exposition des enfants et des adolescent(e)s aux écrans (37, 38)

Plus que l'usage des écrans eux-mêmes, ce sont les comportements associés à la consommation d'écrans qui peuvent entraîner un gain de poids : prise alimentaire augmentée, sommeil plus court et de moindre qualité.

Évaluer le temps passé devant un écran, quel que soit l'âge de l'enfant.

Conseiller de limiter le temps de sédentarité et en particulier le temps de loisirs passé devant un écran (47). Trouver un équilibre entre autorisation et interdiction pour consacrer du temps aux autres activités, en particulier l'activité physique à l'extérieur, et préserver la quantité et la qualité du sommeil, quel que soit l'âge de l'enfant/de l'adolescent(e).

Prohiber l'exposition aux écrans avant 2 ans, à 1 h par jour jusqu'à 6 ans, et moins de 2 h par jour au-delà.

La présence d'écran(s) dans la chambre n'est pas recommandée et aucun écran ne doit être allumé et/ou utilisé 1 heure avant l'endormissement.

Les parents et ceux qui veillent sur les enfants, quel que soit leur âge, doivent être guidés pour être capables de repérer les signes d'alerte d'une utilisation excessive des écrans et de demander aide et conseils aux professionnels qui connaissent les risques du numérique.

Les jeux vidéo qui représentent aussi une forme d'exercice (technologie qui suit les mouvements ou les réactions du corps) rendent certes le jeu vidéo plus amusant mais pas forcément plus actif physiquement.

Annexe 5. Données de l'examen clinique dans une situation de surpoids ou d'obésité chez l'enfant/l'adolescent(e)

Les actualisations des recommandations de la HAS publiées en 2011 (1) sont en **caractères graissés**.

Mesures anthropométriques	– Mesure du poids et de la taille, calcul de l'IMC, report sur la courbe d'IMC et tracé de la courbe d'IMC, détermination de l'âge au rebond d'adiposité – **Tracé de la courbe de taille, report de la taille cible en centimètres** • **Pour les filles : [(Taille père en centimètres + Taille mère en centimètres / 2) - 6,5]** • **Pour les garçons : [(Taille père en centimètres + Taille mère en centimètres / 2) + 6,5]** – **Recherche d'une obésité d'origine endocrinienne en cas de ralentissement de la vitesse de croissance staturale** – **Mesure du tour de taille si situation de surpoids avec calcul du rapport Tour de taille/Taille (après l'âge de 3 ans)** – **Mesure du périmètre crânien, quel que soit l'âge**
Fonction cardio-vasculaire	Auscultation, mesure au repos de la fréquence cardiaque (pouls) et de la pression artérielle (avec un brassard adapté, si nécessaire). **Prise de pression artérielle à l'avant-bras si la PA ne peut être mesurée au bras en raison de la corpulence et en l'absence de matériel adapté.** – **Repérer une pression artérielle élevée (Cf.Tableau pour l'enfant jusqu'à 12 ans. Pour l'enfant ≥13 ans, se référer aux normes de PA chez l'adulte)** – **En cas de PA élevée, répéter la mesure systématiquement à l'occasion des autres visites** – **Si persistance d'une PA élevée, orienter vers un avis spécialisé pour une exploration complémentaire et une décision thérapeutique, le cas échéant**

Repères tensionnels pour dépister une PA élevée chez l'enfant jusqu'à 12 ans inclus[12]

Âge en année	Pression artérielle en mm Hg			
	Garçons		Filles	
	PAS	PAD	PAS	PAD
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75

12 American Academy of Pediatrics.2017. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children ans Adolescents. https://publications.aap.org/pediatrics/article/140/3/e20171904/38358/Clinical-Practice-Guideline-for-Screening-and

Fonction respiratoire	– **Recherche de troubles du sommeil ou de pathologie respiratoire : dyspnée d'effort, asthme, apnées du sommeil (ronflements, somnolence ou fatigue diurne, troubles de l'humeur), céphalées matinales, réapparition d'une énurésie nocturne**
Examen ORL	– **Évaluation du volume des amygdales**
Examen ostéo-articulaire	– Recherche de genu valgum ou recurvatum, trouble de la statique rachidienne, pieds plats, boiterie – **Évaluation de la posture, bilan locomoteur : recherche d'inégalités des membres inférieurs, souplesse du rachis** – **Recherche de plaintes fonctionnelles et des facteurs déclenchants (type d'activité : douleurs spontanées ou à type de gêne, siège, limitations, etc.)**
Évaluation de la motricité et du fonctionnement	– **Souplesse, équilibre, coordination, motricité globale et fine, habiletés** – **Limitation fonctionnelle musculaire et articulaire entraînant un évitement des activités normalement investies par l'enfant/l'adolescent(e) ou des difficultés de réalisation des activités de la vie quotidienne**
Organes sensoriels	– Vision et audition
Fonction endocrinienne	– **Ralentissement de la vitesse de croissance** – **Signes de dysthyroïdie**, d'hypercorticisme, *acanthosis nigricans*, examen de la glande thyroïde – Évaluation du stade pubertaire (selon la méthode de Tanner), recherche d'hyperandrogénie et de troubles des règles (fille)
Examen de la peau	– Vergetures, irritations au niveau des plis, **kératose pilaire, maladie de Verneuil (furoncles très douloureux qui se développent de façon récurrente au niveau des zones pileuses), autres lésions cutanées (mycoses, panaris)** – **Excès de pilosité en particulier chez la jeune fille : visage, ligne blanche des seins et face interne des cuisses**
Fonction urinaire	– **Fuites urinaires, incontinence urinaire en lien avec l'obésité ou une problématique psychologique**
Anomalies morphologiques	– Dysmorphie, anomalies des extrémités (acromicrie, brachymétacarpie…) – **Recherche de signes dysmorphiques ou de malformations (obésité avec troubles du neurodéveloppement)** – **Adipogynécomastie**, verge enfouie (abaque taille/âge, en période prépubère : verge de taille normale si > 30 mm)
Examen dentaire	– Recherche de caries (syndrome polycarieux) **plus fréquentes en cas de prise alimentaire en dehors des repas, d'alimentation nocturne et/ou de consommation importante de boissons sucrées. Qualité de l'hygiène dentaire**

Annexe 6. Signes évocateurs d'une obésité de cause rare (par altération centrale hypothalamique de la régulation du poids)

Selon le protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) « Obésités de causes rares » (43), ces obésités représentent plus d'une soixantaine de situations cliniques. Leurs présentations clinico-biologiques constituent un continuum dans la mesure où il s'agit de pathologies neuro-endocrines globales avec une origine physiopathologique commune. Cela justifie donc que les signes évocateurs et les recommandations de diagnostic et de prise en charge soient en grande partie communs.

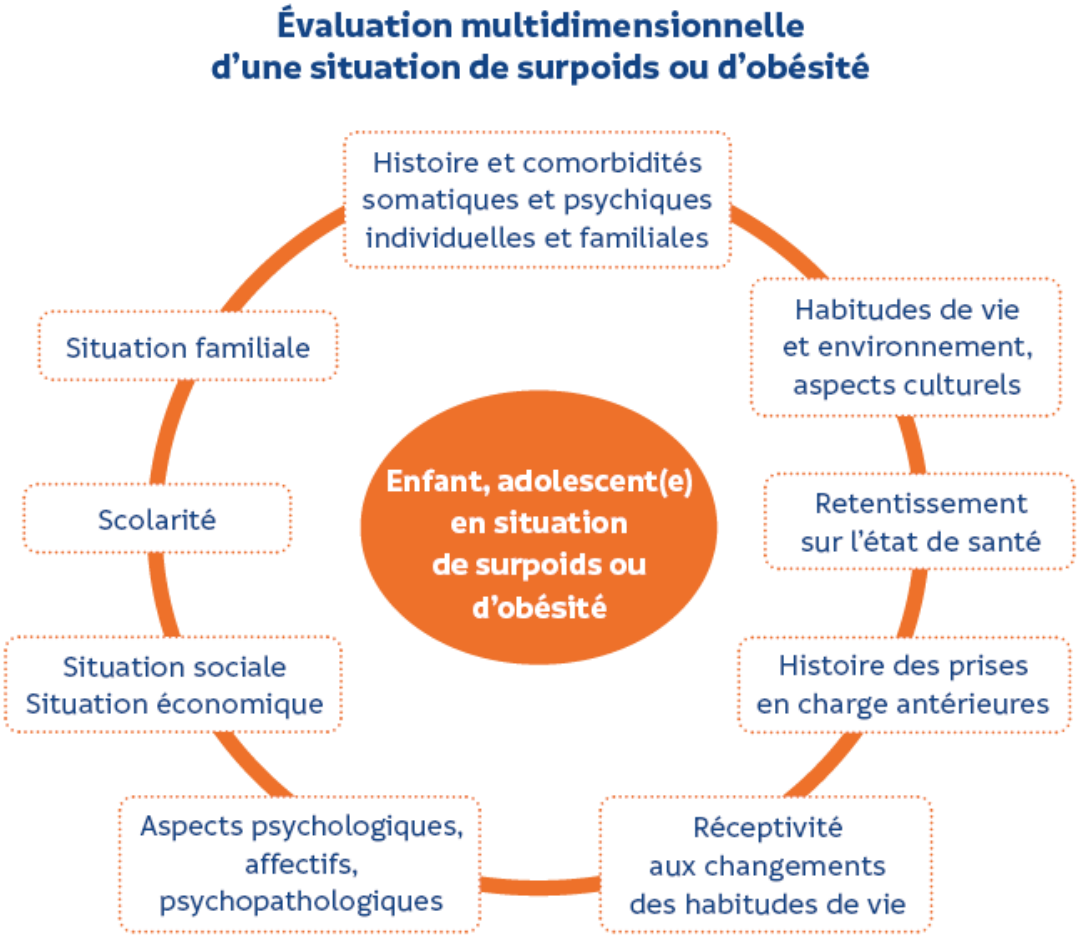
Tableau. Signes évocateurs d'une obésité de cause rare et conduite à tenir

Maladie suspectée	Signes évocateurs
Mutations sur les gènes de la voie leptine/mélanocortines (MC4R, LEP, LEPR, POMC, PCSK1, MRAP2, SH2B1, etc).	Obésité précoce (< 6 ans) avec rebond d'adiposité précoce (< 3 ans) ou absent et altérations du comportement alimentaire (hyperphagie avec altération de signaux de faim/rassasiement/satiété) et parfois troubles endocriniens d'origine centrale (hypogonadisme, hypothyroïdie, déficit en ACTH) et/ou troubles du neurodéveloppement (TND).
Syndromes associés à une obésité (exemples : syndromes de Prader-Willi, de Bardet-Biedl, X-Fragile et/ou délétion 16, etc.)	Obésité ou prise de poids avant la puberté, associée à des altérations du comportement alimentaire (hyperphagie, impulsivité alimentaire) et très souvent à un TND (handicap intellectuel ou déficience intellectuelle, troubles du spectre autistique, troubles de la communication, des apprentissages, moteurs ou déficit de l'attention/hyperactivité) et parfois un syndrome malformatif congénital ou une atteinte neurosensorielle (nystagmus, rétinopathie pigmentaire, etc.).
Obésités hypothalamiques d'origine tumorale (craniopharyngiome, etc.) ou d'une autre origine (syndrome de ROHAD ou ROHADNET)	Obésité avec altérations du comportement alimentaire (hyperphagie avec altération de signaux de faim/rassasiement/satiété, impulsivité/compulsivité alimentaire) avec infléchissement de la courbe de croissance staturale et/ou signes d'HTIC et/ou troubles du système nerveux autonome (dysrégulation thermique, de la fréquence cardiaque, troubles respiratoires d'origine centrale)
Conduite à tenir	
– S'aider de l'outil d'aide au diagnostic des obésités syndromiques en ligne Obsgen (41) – En cas de troubles du neurodéveloppement : s'aider des recommandations de la HAS, Troubles du neurodéveloppement : repérer et orienter les enfants (42) – Rechercher un avis spécialisé au CSO et/ou CRMR PRADORT ou filière DEFISCIENCE – Se référer au PNDS obésités de cause rare (43)	

Annexe 7. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) : évaluation multidimensionnelle – éléments d'exploration et critères d'orientation

Le support proposé est structuré de manière à aborder l'ensemble des facteurs pouvant être en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité. Il aide à mieux comprendre la situation individuelle et familiale de l'enfant/l'adolescent(e), et le cas échéant à orienter vers un professionnel pour approfondir l'exploration.

Les dimensions ne sont pas classées ou hiérarchisées par ordre d'importance. Le professionnel est libre d'explorer, à partir de ses premiers constats, une ou plusieurs dimensions dans l'ordre qui lui convient ou convient à l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents.



Encadré 1. Histoire et comorbidités somatiques et psychiques individuelles et familiales en lien avec le surpoids ou l'obésité

Éléments d'exploration

- Antécédents ou situation de surpoids ou d'obésité parentale ; obésité ayant conduit l'un des parents ou les deux à la chirurgie bariatrique.
- Facteurs périnataux : situation de surpoids ou d'obésité de la mère avant la grossesse, prise de poids excessive durant la grossesse, diabète gestationnel, dépression du post-partum, tabagisme maternel, diabète maternel (type 2) ; gain pondéral accéléré dans les 2 premières années de vie d'autant plus important que la période de gain pondéral accéléré est longue.

➔ Antécédents et situation de surpoids ou d'obésité de l'enfant/de l'adolescent(e) :

- poids de naissance : les nouveau-nés macrosomes (poids de naissance élevé) ont plus de risque d'être en situation d'excès de poids à l'âge de 5-6 ans, de même que les nouveau-nés hypotrophes (petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérine) (21) ;
- signes évocateurs d'une obésité de cause rare ;
- situation de handicap qu'il soit moteur, sensorimoteur, sensoriel et/ou lié à une déficience intellectuelle, handicap psychique (troubles psychiatriques sévères associés à un surpoids, voire une obésité en lien avec les troubles ou les traitements) ;
- prise de médicaments qui augmentent l'appétit (corticoïdes, neuroleptiques, antiépileptiques notamment) ;
- perturbations de l'alimentation : tachyphagie, prise de nourriture de réconfort, en réaction à l'ennui, la solitude, etc. ;
- troubles des conduites alimentaires : hyperphagie boulimique, boulimie et autres troubles ;
- signes évoquant négligence, violences physiques ou psychologiques chez l'enfant ;
- antécédents et situation de surpoids ou d'obésité chez le père et/ou la mère, la fratrie, et/ou d'antécédents ou de présence de perturbations de l'alimentation ou de troubles des conduites alimentaires.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas de signes d'anxiété ou de dépression, de signes cliniques évocateurs de complications du surpoids ou de l'obésité, d'une obésité de cause rare : recourir à un avis médical spécialisé qui précisera la conduite à tenir, et en l'absence d'anomalie les éventuels examens complémentaires et leur fréquence.
– En cas de signes évocateurs de perturbations de l'alimentation ou de troubles des conduites alimentaires : orienter vers un psychologue ou un pédo-psychiatre selon le tableau clinique.
– En cas de repérage de signes évocateurs d'une carence éducative, 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) : rechercher l'appui du médecin du service de la PMI, et/ou du médecin scolaire, et/ou du travailleur social pour compléter l'évaluation et analyser la situation (développement de l'enfant/l'adolescent, scolarité, relations sociales, contexte de vie, réponses des parents aux besoins), la partager avec la famille, élaborer une préconisation sur les suites à donner.

Encadré 2. Histoire des prises en charge antérieures : sur les plans diététique, d'activité physique, psychologique, etc.

Éléments d'exploration

➔ Âge des prises en charge et leur durée.
➔ Variation de la corpulence, régimes amaigrissants.
➔ Parcours de soins antérieurs : professionnels impliqués, contenu des soins et de l'accompagnement, durée et régularité du suivi.
➔ Réussites, maintien des changements des habitudes de vie et de ce qui les a favorisés (soutien de l'environnement familial, amical, ressources à disposition, soutien psychologique, interventions à domicile).

- Effets des soins antérieurs : évolution moins favorable, insuccès, difficultés à atteindre les objectifs personnalisés, abandon des soins ou rupture du parcours.
- Vécu des prises en charge antérieures : valorisation des succès, culpabilité, exaspération, frustration.
- Consultations ou soins délivrés antérieurement par un psychologue ou un pédo-psychiatre.
- Vécu des variations du poids, si pertinent.
- Pratique de régimes amaigrissants restrictifs et non contrôlés sur le plan diététique avec reprise de poids ou situation de surpoids (« effet yo-yo ») y compris chez les mères, les pères.
- Pratiques parentales et représentations de l'idéal de minceur.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

Les consultations de psychologue doivent être proposées en cas de souffrance psychique avérée et une consultation de pédo-psychiatrie en cas de troubles psychiatriques.

En cas d'insuccès, de difficultés à atteindre les objectifs personnalisés : recourir à une structure spécialisée dans l'obésité pédiatrique pour une évaluation plus fine des besoins et une modulation de l'offre de soins et d'accompagnement.

Encadré 3. Habitudes de vie et environnement, aspects culturels : souvent cumul de plusieurs facteurs

Activité physique

Éléments d'exploration

L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue, notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de scolarité ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre (47).

- Temps passé à toute forme d'activité physique quotidienne à l'extérieur ou à l'intérieur : jouer en plein air, faire du sport (milieu scolaire, loisirs, milieu familial), se déplacer pour aller en classe, vers un lieu de loisirs.
- Évaluation du niveau d'activité physique global en comparaison avec les repères en fonction de l'âge (47).
- Façon de pratiquer l'activité (y compris en famille), inscription (ou non) dans le quotidien.
- Compétences acquises : savoir pédaler, savoir nager.
- Perception de sa condition physique.
- Représentations de l'activité physique et sportive (jeune et de sa famille) : plaisir, satisfaction, sentiment d'autoefficacité, dégoût, rejet, décrochage ; connaissance des bienfaits pour la santé.
- Attentes vis-à-vis de la pratique d'une activité physique.
- Freins et leviers à la pratique : accès à des lieux de pratique, offres d'activité ou de mobilités actives, rôle de l'entourage, temps disponible, motivation, limitations (ou non) liées à l'état de santé.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas d'absence complète d'activité physique de loisirs, d'un investissement peu important dans la pratique de l'éducation physique et sportive en milieu scolaire, de vécu négatif de l'activité physique : rechercher l'appui de la médecine scolaire, d'un enseignant en APA, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute.

– En cas de limitations en termes de restriction d'activité ou de participation liées à une situation d'obésité sévère à très sévère, ou d'un besoin d'adaptation :
    - recourir au médecin qui suit l'enfant/l'adolescent ou au médecin scolaire pour évaluer les possibilités de l'enfant/l'adolescent(e), envisager la délivrance d'un certificat d'inaptitude physique à la pratique de l'éducation physique et sportive (partielle avec adaptations ou totale) et au service de la santé scolaire pour la mise en œuvre avec l'établissement scolaire ;
    - recourir à un Enseignant en APA ou à un kinésithérapeute pour une évaluation plus fine et l'élaboration des préconisations.

Sédentarité

Éléments d'exploration

La sédentarité est une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (37).

➔ Temps passé à une ou des activités sédentaires, en position assise ou allongée en dehors du sommeil et des repas : déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail scolaire sur ordinateur, l'utilisation des écrans de loisirs, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone, écouter de la musique, faire des activités manuelles), temps de discussion avec les pairs (socialisation), temps passé en famille (jouer, visionner des films).

➔ Investissement (ou non) de l'enfant/de l'adolescent(e) dans les activités du quotidien : domestiques, bricolage, jardinage, promenade des animaux domestiques, etc.

➔ Apparition récente, découverte de l'utilisation des écrans, augmentation du temps d'utilisation, difficultés à poser des limites (à soi et par les parents).

➔ Sens donné à l'utilisation des écrans : plaisir et satisfaction, apprentissage, moyen de s'isoler (volontairement), de prendre un temps choisi de solitude, moyen pour diminuer l'anxiété, l'ennui, l'absence de relations sociales.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas d'activité physique, de période active de jeux à l'extérieur ou à l'intérieur très diminuée voire d'arrêt complet, de signes d'anxiété ou de dépression associés, de perte de la notion du temps et de fatigue devant un écran ; en cas de désorganisation du cycle du sommeil, d'isolement social, d'un investissement scolaire moins bon, etc.
– En cas de difficultés pour les parents à poser un cadre clair et cohérent et à envisager des efforts de toute la famille (enfant ou adolescent(e) concerné par le surpoids ou l'obésité, fratrie, parents eux-mêmes), à proposer des alternatives qui plaisent au jeune pour partager des activités en famille, lutter contre l'ennui, ménager des temps choisis de solitude.
– Rechercher, en fonction des signes décelés, l'appui d'un psychologue, d'un éducateur spécialisé, d'un enseignant en APA ou plus largement d'une équipe pluriprofessionnelle pour croiser les analyses.
– Dans les situations d'addiction, recourir à un pédo-psychiatre ou psychiatre.

Alimentation de l'enfant/de l'adolescent(e), alimentation familiale

Éléments d'exploration

➔ Alimentation familiale : variété des aliments, sélectivité ou éviction de certains aliments, taille des portions, densité énergétique des aliments, alimentation différenciée au sein de la famille

(en particulier pour l'enfant/l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité), plus largement la dimension culturelle et identitaire de l'alimentation familiale.

- ➔ Connaissances et sens donné aux repères alimentaires, utilisation et sens donné au Nutri-Score par exemple (informations sur la qualité nutritionnelle des produits sous une forme simplifiée).
- ➔ Rythme, répartition, composition des repas : petit déjeuner, goûter ou collations (selon l'âge du jeune), prises alimentaires entre les repas, alimentation nocturne.
- ➔ Contexte des repas (cantine, lieu de vie) et conditions (en groupe de pairs, en famille, seul), ambiance (exposition à la télévision, moment d'échange, conflits), durée des repas.
- ➔ Contexte de la préparation des repas : gestion des achats, des menus, de la cuisine faite maison (ou non), traditions culinaires.
- ➔ Représentations, sensations, émotions en lien avec l'alimentation chez le jeune et sa famille : goûts, préférences, plaisir à manger, culpabilité, frustration, interdits, impulsivité, sentiment de perte de contrôle, plaisir perçu comme étant incompatible avec l'état de santé.
- ➔ Perception des sensations de faim et de satiété, odeur, goût, humeur, anxiété et influence sur les prises alimentaires.
- ➔ Troubles des habitudes alimentaires : alimentation émotionnelle ; alimentation désinhibée ; instrumentalisation de l'alimentation ; restrictions alimentaires ou contrôle de l'alimentation.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas de besoin d'une évaluation approfondie des habitudes alimentaires du jeune et de sa famille, des perceptions liées à l'alimentation, des troubles des habitudes alimentaires ou du retentissement psychologique de la situation de surpoids ou d'obésité, des freins et des leviers pour changer l'alimentation :
  - rechercher l'appui d'un(e) diététicien(ne) : en cas de besoin d'exploration des troubles des habitudes alimentaires (alimentation émotionnelle, alimentation désinhibée, restriction cognitive), d'un trouble des conduites alimentaires à type d'hyperphagie boulimique, boulimie et autres troubles : demande de régime amaigrissant (adolescente), inquiétude de l'entourage, préoccupation excessive autour du poids et de la corpulence ;
  - recourir à un psychologue, un pédo-psychiatre ou un psychiatre en cas d'hyperphagie boulimique, boulimie et autres troubles (49) en s'assurant de l'accès géographique et financier pour les familles (maison des adolescents, consultation jeunes consommateurs en cas d'addictions).

Sommeil

Éléments d'exploration

- ➔ Conditions et environnement du sommeil : chambre seule ou partagée, disponibilité des écrans dans la chambre le soir.
- ➔ Quantité et qualité du sommeil :
  - heures habituelles de coucher et de réveil en semaine, le samedi et le dimanche, durant les vacances, siestes ;
  - perturbation ou inversion du cycle veille-sommeil, réveil nocturne (énurésie, anxiété, sensation de faim, etc.), ronflements, respiration buccale : nature de la plainte, ancienneté, fréquence, répercussions diurnes ;
  - sensations au réveil et dans la journée : reposé, fatigué, somnolence ou endormissement durant la journée, humeur, troubles de la concentration.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

Après élimination d'une suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil, recourir à un psychologue pour identifier d'autres causes :

– en cas de tentative de réajustement du cycle éveil-sommeil sans succès, et en cas de besoin d'exploration du retentissement sur le sommeil d'un stress ou d'un mal-être lié à la situation de surpoids ou d'obésité ;
– en cas de suspicion d'un trouble anxieux, d'une dépression se manifestant par des troubles du sommeil.

Rythmes quotidiens

Éléments d'exploration

Les rythmes quotidiens concernent la régularité des périodes de sommeil et d'éveil, des prises alimentaires, des activités physiques et intellectuelles dont l'utilisation des écrans :

– irrégularités ou difficultés à conserver des rythmes réguliers dans la vie quotidienne (enfant, adolescent(e), famille) nécessaires pour changer les habitudes de vie ;
– perturbations des rythmes quotidiens du fait de la crise sanitaire liée à la Covid-19 ou d'autres évènements.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

En cas de difficultés dans les pratiques parentales avec besoin de conforter, d'étayer et de développer les compétences des parents et de mettre en valeur leurs capacités à travers le dialogue et l'échange, accompagner, soutenir et faire progresser le jeune : rechercher l'appui du travailleur social et recourir à un éducateur spécialisé qui peut intervenir à domicile et plus largement dans les lieux des activités quotidiennes.

Encadré 4. Retentissement sur l'état de santé : fonctionnement, troubles psychiques, qualité de vie

Fonctionnement et participation aux activités de la vie quotidienne

Éléments d'exploration

- ➔ Plaintes de nature fonctionnelle et gênes ressenties pour les activités de la vie quotidienne du fait du surpoids ou de l'obésité : ne pas pouvoir se laver le dos, se baisser ou se relever en toute sécurité, marcher à l'intérieur et à l'extérieur en toute sécurité.
- ➔ Évitement des activités normalement investies par l'enfant/l'adolescent(e) : aller en classe, avoir un passe-temps, faire du sport, jouer à l'extérieur, avoir des activités avec la famille ou les amis.
- ➔ Difficultés à investir les apprentissages, décrochage, démotivation, perte de confiance en soi.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas de besoin d'une évaluation des aptitudes et des capacités de l'enfant/de l'adolescent(e) dans les dimensions sensorielle, motrice, cognitive, scolaire, du niveau de participation dans les activités de la vie quotidienne et d'une analyse des facteurs environnementaux : recourir à une évaluation pluriprofessionnelle au sein d'un centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS) : enfant de la naissance à 6 ans.

– En cas de besoin d'adaptations de l'environnement pour faciliter la vie quotidienne : aménagement et réorganisation du domicile, aides techniques (toilette, se déplacer, être assis pour étudier, s'occuper, etc.) :
    - recourir à une équipe pluriprofessionnelle comprenant un ergothérapeute ;
    - recourir au médecin pour établir un certificat médical et à un travailleur social pour une aide au remplissage de la demande de reconnaissance de la situation de handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), un financement des soins non pris en charge (ergothérapeute, psychomotricien).

Retentissement psychique et sur la qualité de vie

Éléments d'exploration

➔ Utiliser comme points de repère les domaines de la qualité de vie habituellement utilisés en population générale pour explorer avec l'adolescent(e) et l'aide des parents pour les enfants jeunes :
- santé physique : énergie et fatigue, douleur et inconfort, sommeil et repos ;
- aspects psychologiques : image corporelle et apparence, sentiments négatifs et/ou positifs, estime de soi, prise de décision, apprentissages, mémoire et concentration ;
- autonomie : mobilité, activités de la vie quotidienne, dépendance (soins, matériel, médicaments), capacité à étudier ou à travailler ;
- relations sociales : personnelles, soutien social concret (pouvant atténuer les effets négatifs d'évènements de la vie et de conditions de vie, et constituer une ressource positive pour l'amélioration de la qualité de la vie), relation affective ;
- environnement : sécurité, accessibilité, qualité du lieu de vie, loisirs, équipements et transport ;
- sens de l'existence, croyances personnelles, spiritualité.

➔ Ou utiliser des outils non spécifiques du surpoids ou de l'obésité comme : WHOQOL, OMS ; EuroQoL EQ-5D Y pour les enfants et les adolescent(e)s, guide adulte pour les jeunes > 16 ans, https://www.who.int/tools/whoqol ; https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-y-about/ ; PedsQL (103).

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

En cas de retentissement psychique important ou d'une qualité de vie perçue par le jeune comme dégradée : rechercher l'appui d'un psychologue pour explorer plus finement le retentissement psychique de la situation de surpoids ou d'obésité, guider les pratiques des professionnels impliqués dans les soins ou l'accompagnement ou, selon la souffrance psychique, proposer un soutien psychologique ou une orientation vers un pédo-psychiatre ou un psychiatre.

Cette exploration sert de base aux évaluations en cours de parcours pour analyser avec l'adolescent(e), l'enfant plus jeune et ses parents l'évolution de la qualité de vie sous l'ensemble de ses domaines.

Encadré 5. Aspects psychologiques, affectifs, psychiatriques

Aspects psychologiques

Éléments d'exploration

➔ Développement relationnel, affectif.

- Rapport au corps, vécu de son corps, vécu de la prise de poids.

Troubles psychiatriques

Éléments d'exploration

- Sensation de bien-être ou de mal-être émotionnel, psychique et physique, désir d'autonomie.
- Facteurs de stress familiaux ou sociaux.
- Dysfonctionnement familial, carences, maltraitances, psychopathologie parentale, séparation des parents.
- Stigmatisation (à l'école, au sein de la famille et en société) : moqueries, langage péjoratif, remarques désobligeantes, reproches, critiques.
- Harcèlement à l'école et/ou sur les réseaux sociaux, préjugés, stéréotypes, discriminations, mises à l'écart ou exclusions sociales volontaires ou non.
- Stratégies d'adaptation individuelle au stress : évitement, colère, agressivité, capacité (ou non) à demander de l'aide.
- Vécu du corps, difficultés à accepter son corps tel qu'il est, sentiment de honte, perception du corps non désirable, sentiment de culpabilité, perturbation de l'image de soi, altération de la confiance en soi, de l'estime de soi.
- Impact fonctionnel et/ou esthétique de l'obésité (excès de pilosité par hyperandrogénisme, adipogynécomastie, par exemple).
- Difficultés scolaires ou déscolarisation.

Vie affective et sexuelle

Éléments d'exploration

- Obstacles aux rencontres ou aux relations amoureuses, intérêt porté ou non à la sexualité, comportement d'acceptation ou de soumission.
- Traumatismes dans l'enfance, maltraitance, abus, inceste, obésité réactionnelle.
- Manifestations dépressives avec symptômes associés : troubles de l'humeur, du cours de la pensée, troubles physiques et instinctuels, cognitions négatives et idéations suicidaires ; une souffrance cliniquement significative ; un retentissement sur le fonctionnement.
- Idées suicidaires (à rechercher systématiquement).
- Pathologie psychiatrique actuelle (traitée ou non) : dépression caractérisée, conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives ; impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée.
- Perturbations de l'alimentation diagnostiquées (ou non) : perte de contrôle au moment de manger, manger en cachette, sentiment de culpabilité ou de honte, vomissements, phénomène de compensation ou réactionnel.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

Recourir au psychologue ou au pédo-psychiatre selon le tableau clinique, le degré d'urgence, l'accessibilité (géographique et/ou financière) : en cas de symptomatologie dépressive (104), de suspicion d'abus, d'inceste (105), de détresse psychologique ou manifestation d'une souffrance importante, de suspicion d'hyperphagie boulimique, boulimie et autres troubles (49), de retentissement sur le sommeil, l'alimentation, sur l'état général, la qualité de vie et la scolarité, des idées suicidaires (106).

Addictions

Éléments d'exploration

- Tout particulièrement chez l'adolescent(e) : évaluation de l'apparition ou de la reprise d'une addiction, d'une polyconsommation (tabac, alcool, produits illicites), évaluation de la consommation, de sa fréquence, consommation épisodique massive.
- Comportement compulsif, jeux vidéo, écrans.
- Inquiétude des parents : découverte d'une addiction ou d'une consommation régulière de tabac, d'alcool, de produits illicites.
- Régulation (ou non) des tensions sociales et des angoisses, test de leurs limites, de celles des parents.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

En cas de besoin d'approfondir les motifs, le lien avec la situation de surpoids ou d'obésité et d'évaluer le besoin d'un accompagnement afin de favoriser la réduction ou l'arrêt d'une ou plusieurs consommations, renforcer les compétences psychosociales des jeunes : recourir à un psychologue ou à un médecin spécialiste en addictologie.

Difficultés psychologiques chez les parents

Éléments d'exploration

- Déni de la situation, doutes quant aux bénéfices des soins et de l'accompagnement.
- Attitude passive face aux intervenants et aux changements des habitudes de vie.
- Attitude stigmatisante vis-à-vis de leur enfant.
- Perturbations émotionnelles du fait de devoir gérer les changements du mode de vie (alimentation, exercice physique, utilisation des écrans, sommeil, rythmes de vie quotidienne).
- Réticence à consulter par peur d'être jugé.
- Faible sentiment d'autoefficacité.
- Psychopathologie connue ou suspectée chez un ou les parents.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

- En cas de besoin de soutien à la parentalité : recourir à un travailleur social avec orientation vers des dispositifs de soutien spécifique, ou à un éducateur spécialisé.
- En cas de besoin d'évaluation de la nécessité d'une thérapie familiale : recourir à un psychologue.
- En cas de difficultés dans les pratiques parentales avec besoin de conforter, d'étayer et de développer les compétences des parents et de mettre en valeur leurs capacités : proposer des séances d'éducation thérapeutique.

Encadré 6. Situation familiale, dynamique familiale et style parental

Éléments d'exploration

- Organisation de la structure familiale, changements récents ou à venir (séparation des parents, résidence alternée, co-éducation, ruptures de liens, maladie d'un des parents, deuil, changement de lieu de vie, problèmes liés au travail, chômage des parents, etc.).
- Qualité des relations parents-enfant : échanges, espaces de parole, tension ou conflits intrafamiliaux, notamment au moment des repas.

- ➔ Harmonisation (ou non) des rythmes quotidiens, organisation ou désorganisation du quotidien de la vie familiale.
- ➔ Influence du style parental sur l'autonomie du jeune : démocratique, contrôlant ou permissif, négligeant, autoritaire, notion d'« enfant roi ».
- ➔ Situation de négligence, de maltraitance, d'abus, de violence intrafamiliale, d'inceste ;
- ➔ Carences ou difficultés éducatives connues ou suspectées et déjà accompagnées, mesure de protection ou de prévention.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas de signes évocateurs d'une situation de maltraitance (parents, fratrie, etc.) (22) ou d'enfant en danger ou à risque de danger (23) : rechercher l'appui du médecin traitant (généraliste, pédiatre, médecin du service de la PMI, et/ou du médecin scolaire, et/ou du travailleur social pour évaluer et analyser la situation (développement de l'enfant/l'adolescent, scolarité, relations sociales, contexte de vie, réponses des parents aux besoins), la partager avec la famille, élaborer une préconisation sur les suites à donner.
– En cas de difficultés dans les pratiques parentales avec besoin de conforter, d'étayer et de développer les compétences des parents et de mettre en valeur leurs capacités à travers le dialogue et l'échange, accompagner, soutenir et faire progresser le jeune : rechercher l'appui du travailleur social et recourir à un éducateur spécialisé qui peut intervenir à domicile et plus largement dans les lieux des activités quotidiennes du jeune.

Encadré 7. Situation sociale, situation financière, toute forme de vulnérabilité sociale

Éléments d'exploration

- ➔ Fragilisation de la capacité d'un ménage ou d'un parent à répondre à ses besoins et à ceux de ses enfants, à se projeter vers l'avenir en raison de contraintes immédiates à surmonter (107) :
  - position sociale qui se dégrade associée (ou non) à une désocialisation : changement de la composition familiale (parent isolé ou rupture conjugale), chômage, maladie, etc. ;
  - difficultés relationnelles intrafamiliales ou au niveau de la dynamique familiale ;
  - droits non mis en œuvre pour l'accès aux soins : sécurité sociale, complémentaire santé, recherche d'un médecin traitant via les CPAM ;
  - difficultés dans l'accès à l'information, à sa compréhension, à son utilisation (littératie et numératie, barrière de langue associée à une migration) ;
  - intervention en cours d'un travailleur social avec ou sans intervention d'un éducateur spécialisé ;
  - difficultés éducatives, mesures de prévention ou protection sociale.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas d'un besoin d'ouverture de droits, d'évaluation d'un accompagnement socio-éducatif de la famille, d'orientation vers des dispositifs de soutien à la parentalité.
– En cas d'expression de difficultés à subvenir aux besoins du quotidien et permettre les améliorations des habitudes de vie nécessaires à la santé de l'enfant/de l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité, de la famille (alimentation, activité physique et sportive) :
  - recourir à un travailleur social pour un accès aux droits, à un soutien financier direct (alimentation, activités de loisirs, sportives, adaptation de l'environnement, soins non

pris en charge, transport vers des lieux de soin), à des colis alimentaires (utilisation de divers outils d'évaluation tels que l'indicateur de précarité EPICES) ;

- recourir à un éducateur spécialisé via le travailleur social pour étayer et développer les compétences des parents et mettre en valeur leurs capacités.

– En cas de signes évocateurs d'une situation de maltraitance (parents, fratrie, etc.) (22) ou d'enfant en danger ou à risque de danger (maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel (abus, inceste) (23) : rechercher l'appui du médecin du service de la PMI, et/ou du médecin scolaire, et/ou du travailleur social pour compléter l'évaluation et analyser la situation (développement physique, psychomoteur, psychologique, bien-être, scolarité, relations sociales, contexte de vie, réponses des parents aux besoins), la partager avec la famille, élaborer une préconisation sur les suites à donner.

Encadré 8. Scolarité

Éléments d'exploration

- Histoire du parcours scolaire : niveau scolaire, redoublement, scolarité en milieu ordinaire (ou en classe ULIS premier et second degré, SEGPA, établissement spécialisé IME, ITEP, IMP), appui éducatif accordé par la MDPH (PAI, PPS, AESH).
- Difficultés scolaires : baisse des performances, décrochage, échec scolaire, problèmes de comportement, conflits, troubles des apprentissages, absences répétées, déscolarisation.
- Désinvestissement du jeune de projets qui lui tenaient à cœur.
- Niveau de littératie, numératie, barrière de langue, de l'enfant/l'adolescent(e), des parents (compréhension, résolution de problème, etc.).
- Capacité de soutien et motivation des parents.
- Demande de soutien exprimée (ou non) par les parents.

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ?

– En cas de difficultés scolaires et pour accompagner, soutenir et faire progresser le jeune : recourir au médecin scolaire pour évaluer les besoins et proposer, si nécessaire, un dispositif pour la poursuite de la scolarité.

– En cas de besoin de soutien du jeune ou d'un besoin exprimé par les parents ou de difficultés dans les pratiques parentales avec besoin de conforter, d'étayer et de développer les compétences des parents et de mettre en valeur leurs capacités à travers le dialogue et l'échange :

- recourir au travailleur social et à un éducateur spécialisé qui peut intervenir à domicile et plus largement dans les lieux des activités quotidiennes ;
- recourir à l'appui du travailleur social pour épauler les parents dans la demande de reconnaissance de la situation de handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

– En cas de besoin d'une évaluation des aptitudes et des capacités de l'enfant/de l'adolescent(e) dans les dimensions sensorielle, motrice, cognitive, scolaire, du niveau de participation dans les activités de la vie quotidienne et d'une analyse des facteurs environnementaux et d'une proposition de soins ou d'accompagnement le cas échéant :

- s'appuyer sur les recommandations de la HAS : « Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire » (90) ;
- recourir à une évaluation pluriprofessionnelle, à l'enseignant référent de l'établissement scolaire (inspection académique) pour envisager des adaptations.

Encadré 9. Réceptivité de l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents aux changements des habitudes de vie

Éléments d'exploration

- ➔ Compréhension de la situation.
- ➔ Motivation de l'enfant ou de l'adolescent(e) et de ses parents.
- ➔ Adhésion aux différentes composantes des changements des habitudes de vie.
- ➔ Engagement de l'enfant, l'adolescent(e), de ses parents ou des adultes qui s'en occupent au quotidien.
- ➔ Adaptation à la situation.
  - Qu'est-ce que l'enfant/l'adolescent(e), ses parents comprennent de la situation ? À quoi l'attribuent-ils ? Quelles sont leurs croyances, représentations, conceptions du surpoids ou de l'obésité et des personnes concernées ?
  - Quelles sont les idées reçues et les fausses informations sur l'obésité, les traitements, les régimes et produits de régime, les cosmétiques ?
  - Se sentent-ils concernés par la situation ? Ont-ils compris que les soins et l'accompagnement s'inscrivent dans le long terme ? Qu'ils nécessitent une adhésion et un engagement dans la durée ?
  - Ont-ils pu réfléchir au lien entre la situation de surpoids ou d'obésité et les effets sur le bien-être, la qualité de vie ?
  - Perçoivent-ils un intérêt, des bénéfices, un sens aux changements de leurs habitudes de vie (bien-être, qualité de vie, projets) ?
  - Qu'attendent-ils des soins et de l'accompagnement ? des professionnels ? Quelles sont leurs demandes ? leurs craintes ?
  - Se sentent-ils en capacité de mettre en œuvre les changements du mode de vie, seuls, avec une aide ? Les parents et l'enfant/l'adolescent(e) ont-ils les connaissances et les stratégies nécessaires pour cela ? Quel est leur niveau de littératie, numératie en santé ? Existe-t-il une barrière de langue ?
  - Quelles sont leurs contraintes ? De quelles ressources personnelles, sociales, environnementales disposent-ils ?
  - Se sentent-ils prêts à s'engager dans les changements des habitudes de vie et la création d'un environnement favorable à ces changements ?
  - Qu'ont-ils envie de faire et que peuvent-ils faire en priorité ?
  - Comment souhaitent-ils être accompagnés ?

Quand rechercher l'appui d'un professionnel ou d'une équipe pluriprofessionnelle ?

- Partager les informations recueillies avec les professionnels impliqués dans l'évaluation de la situation, dans les soins et l'accompagnement, les prendre en compte pour co-construire ou adapter avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents un projet de soins et d'accompagnement, définir le besoin d'un référent de proximité (soutien et étayage, lien entre les intervenants dans la parcours), et les modalités de suivi.
- Rechercher l'appui d'un psychologue soit en support des professionnels pour guider leurs pratiques, soit en support de l'enfant/l'adolescent(e), ses parents dans le but de leur permettre d'adhérer et de s'impliquer dans le projet qui leur est proposé, négocié, ajusté avec eux.

Annexe 8. Parcours surpoids ou obésité de l'enfant/l'adolescent(e) : éducation thérapeutique du patient (ETP)

Les améliorations des habitudes de vie s'appuient sur une démarche pédagogique mise en œuvre au moyen de séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Les compétences à acquérir ou à mobiliser pour modifier progressivement les habitudes de vies sont développées de manière simultanée avec les compétences d'adaptation ou psychosociales. Ces deux registres de compétences sont indissociables dans la vie quotidienne et leur acquisition nécessite un accompagnement pour gagner progressivement en autonomie.

1. L'éducation thérapeutique est personnalisée

Elle est mise en œuvre selon une démarche structurée et organisée en 4 étapes co-construites avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents, conformément aux recommandations de la HAS (18, 19, 108).

Encadré 1. Éducation thérapeutique : 4 étapes co-construites

1. Évaluer les besoins éducatifs : élaboration du diagnostic éducatif ou son actualisation

- Connaissance du jeune, de sa personnalité, de ses centres d'intérêt, de son contexte et ses conditions de vie, de sa réalité sociale et familiale ; des relations et du niveau de soutien intrafamilial.
- Écoute de l'expression des besoins, des attentes, des préoccupations, des difficultés.
- Recherche de ce qui peut faire obstacle aux changements des habitudes de vie, y compris un environnement propice ou non à ces changements.
- Mobilisation des ressources personnelles, familiales, sociales.
- Analyse de la motivation du jeune et de ses parents et de leur réceptivité à la proposition d'une démarche d'éducation thérapeutique.
  - ➔ Il est conseillé de se référer aux dimensions d'évaluation d'une situation de surpoids ou d'obésité pour élargir l'évaluation (annexe 7).
- Une synthèse écrite est partagée entre les professionnels impliqués dans le parcours. Elle est prise en compte pour personnaliser l'ETP.

2. Définir un programme personnalisé d'ETP ou l'actualiser au regard de la stratégie thérapeutique et du diagnostic éducatif

- Formuler les compétences à acquérir (enfant, adolescent(e), parents) visant à apporter des changements aux habitudes de vie et à s'adapter sur le plan psychologique, émotionnel, social, et à créer ou ajuster un environnement familial, social, scolaire favorable à ces changements et à leur maintien dans le temps. Les partager avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents.
- Définir avec eux les priorités d'apprentissage, leur motivation vis-à-vis des objectifs qu'ils ont choisis et hiérarchisés.
- Sélectionner les contenus adaptés aux besoins des jeunes et de leurs parents.
- Choisir des méthodes interactives, techniques pédagogiques variées, qui engagent les participants dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des séances avec l'expérience personnelle de chacun.
  - ➔ Il est conseillé de se référer à une liste de compétences volontairement large pour répondre à la diversité des besoins exprimés sans nécessité d'acquérir l'ensemble des compétences proposées (cf. chapitre 2 ci-dessous).

3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance, sous un format adapté aux besoins et aux possibilités de l'enfant/l'adolescent(e) et de ses parents

- Proposer des séances dédiées (collectives ou individuelles, ou en alternance) accessibles en proximité, avec des méthodes interactives, un soutien des apprentissages entre les séances, une évaluation des compétences acquises ou mobilisées, une actualisation des besoins.
- Compléter dans le temps par d'autres formats en fonction des besoins : renforcement, reprise, actualisation des compétences, adaptation aux moments clés du parcours de vie notamment lors des transitions vers l'âge adulte et la préparation au passage des soins pédiatriques aux soins adultes.
- Sélectionner les contenus adaptés aux besoins des jeunes et de leurs parents. Choisir des méthodes et techniques participatives d'apprentissage.
- Réaliser les séances en :
  - tenant compte des ressources locales et du stade d'évolution de la maladie ;
  - associant les représentants des usagers à la co-animation de séances thématiques ;
  - adaptant les techniques de communication et pédagogiques à l'âge des jeunes, à leurs caractéristiques et celles de leurs parents (culture, etc.).
- Les difficultés à traiter de l'information en santé (littératie, numératie et résolution de problèmes) nécessitent des techniques pédagogiques et outils adaptés, un soutien régulier, une durée de suivi plus longue.
- Des « précautions universelles de littératie en santé » ou bonnes pratiques de communication orale et écrite et d'orientation vers des dispositifs de renforcement et de soutien disponibles dans l'environnement local sont à utiliser :
  - interprétariat linguistique dans le domaine de la santé et médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins du fait d'une barrière de langue et de migration de populations (35) ;
  - littératie en santé : démarches inspirées des outils internationaux existants (32) ;
  - faire dire – communiquer avec son patient (*Teach-back*, *Show-me*, *Closing-the loop* ou *ASK me 3*).
- Le guide pour une information accessible « Communiquer pour tous » publié par Santé publique France en 2018 est une ressource utilisable (33).

4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

- Faire le point avec l'enfant/l'adolescente(e), sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, la manière dont il s'adapte.
- Mettre en valeur les transformations intervenues chez l'enfant/l'adolescent(e) : progrès, vécu, autorégulation des émotions et des comportements, amélioration de l'estime de soi, de la confiance en ses capacités, capacité d'agir, qualité de vie, etc.
- Partager des informations et organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans le parcours.
- Proposer un nouveau format d'ETP (renforcement, reprise, actualisation des compétences, transition) qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi médical.

2. Le développement de compétences pour apporter progressivement des changements aux habitudes de vie : enfant/adolescent(e), ses parents

Encadré 2. Deux registres de compétences[1] indissociables pour changer progressivement et durablement les habitudes de vie dans une situation de surpoids ou d'obésité chez l'enfant/l'adolescent(e) grâce à une démarche d'éducation thérapeutique

Les compétences d'amélioration des habitudes de vie sont développées de manière simultanée avec le développement, la mobilisation puis le soutien des compétences d'adaptation, psychosociales (sociales, cognitives, émotionnelles). Elles sont à adapter aux besoins, à l'âge et à la maturité de l'enfant/l'adolescent(e) et à ses souhaits.

Le but étant pour chacun de comprendre la situation, les enjeux du projet de soins et d'accompagnement et de trouver ses propres clefs pour s'engager dans des changements d'habitudes de vie et devenir progressivement autonome.

Compétences d'adaptation ou psychosociales visant à agir en situation utilisent des stratégies ou méthodes éducatives pour développer ou mobiliser la capacité de s'adapter aux diverses situations et contextes, à expérimenter, à généraliser les expériences en lien avec les changements des habitudes de vie, et à créer selon l'âge un environnement favorable à la mise en œuvre et au maintien de ces changements, comme :

- une formulation positive d'objectifs ;
- une résolution de problèmes ;
- une affirmation de soi et confiance en soi ;
- une autoévaluation des progrès ;
- un renforcement positif ;
- la recherche d'un nouveau rapport à soi, aux autres et à l'environnement ;
- une modification des perceptions, des croyances ;
- un développement, un soutien et un maintien de la motivation ;
- la recherche d'une manière de faire face, sans culpabilité, à un écart par rapport aux objectifs ou aux acquis et de poursuivre ses engagements ;
- la recherche d'un appui dans l'environnement familial, amical, social, pour soutenir la motivation et les changements.

Compétences d'autosoins visant à changer les habitudes de vie sont centrées sur les domaines suivants :

- alimentation : toute activité éducative visant à changer les perceptions, à travailler sur les sensations (contrôle des stimuli alimentaires externes et internes : goût, odeur, faim, satiété, régulation de l'appétit, plaisir) ; améliorer la qualité et la variété de l'alimentation, amélioration de la compréhension des repères alimentaires, des habitudes et des comportements alimentaires, des conditions de prise des repas ; favoriser l'adaptation à divers contextes.
- activité physique et sédentarité : toute activité éducative visant à changer les perceptions de l'activité physique, à travailler les sensations corporelles, le bien-être, à encourager toute occasion de bouger au quotidien, toute forme d'exercice physique ou de mouvements (sans se limiter au sport), pour se déplacer, augmenter la dépense énergétique et améliorer le bien-être ; toute intervention visant à limiter le temps passé devant les écrans et autres comportements sédentaires.
- sommeil, rythmes de vie : toute activité éducative visant à changer ou réinstaurer des rythmes réguliers d'éveil, de prises alimentaires, d'activités physiques, d'activités intellectuelles, à limiter

le temps passé devant les écrans (études, loisirs) et à rompre les postures prolongées en position assise.

[1]. Compétences : « Savoirs, savoir-faire, savoir-être, qui conditionnent un comportement, la réussite d'une tâche précise, qui se vérifie dans une tâche concrète » (20). En ETP, la compétence renvoie à une autonomie qui ne se limite pas aux seules connaissances et compréhension de l'information. Les compétences se déclinent en compétences d'autosoins (dans le contexte du surpoids ou de l'obésité, les changements d'habitudes de vie) et d'adaptation sur le plan psychologique, émotionnel, social et existentiel (18).

Encadré 3. Développement de compétences parentales (sociales, cognitives, émotionnelles) grâce à une ETP

Les séances d'ETP aident les parents qui le souhaitent, et selon leurs besoins, à :

- comprendre la situation, les enjeux du projet de soins et d'accompagnement ;
- choisir un ou deux objectifs réalistes et faisables pour soutenir leur enfant, préférables à un grand nombre de résolutions qui seront difficiles à tenir ;
- restaurer une qualité des échanges intrafamiliaux, être à l'écoute du ressenti de l'enfant/de l'adolescent(e) et de son besoin d'aide ;
- instaurer des rythmes quotidiens réguliers au niveau de la famille et veiller à leur cohérence entre les différents lieux de vie du jeune (rythmes réguliers d'éveil, de prises alimentaires, d'activités physiques et d'activités intellectuelles dont l'utilisation des écrans dont la durée devrait être limitée) ;
- inclure dans les habitudes familiales des activités à réaliser en commun (activité physique, loisirs et cuisine) ;
- faire de meilleurs choix pour l'alimentation familiale en allant vers les repères en vigueur ;
- adopter une attitude encourageante et soutenante au quotidien, y compris le soutien apporté par la fratrie et la famille élargie, décider ensemble de changer les habitudes de vie, bénéfiques à l'ensemble de la famille ;
- lutter contre les processus de stigmatisation (ne pas tolérer moqueries et commentaires négatifs dans le milieu familial, scolaire, social et dans tout autre lieu) ;
- anticiper l'impact des changements du contexte de vie et des projets du jeune sur le maintien des habitudes de vie (séparation, déménagement, perte d'un être cher, avancée vers l'âge adulte) et apprendre à y faire face ;
- accompagner les baisses de motivation de leur enfant et les écarts sans culpabilisation ;
- s'impliquer dans la transition vers l'âge adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes le moment venu ;
- accepter une aide extérieure si besoin : professionnel du champ social (travailleur social, éducateur spécialisé, etc.) ;
- partager leur expérience avec d'autres parents vivant la même situation lors de séances collectives d'éducation thérapeutique ou au sein d'une association d'usagers.

3. Exemples de compétences à développer ou mobiliser pour changer des habitudes de vie

Pratiquer une activité physique

➔ ***Favoriser l'intégration d'activités physiques dans les activités de tous les jours :***

- comprendre que l'activité physique se pratique au quotidien et ne se résume pas au sport ;
- identifier les ressources et les freins (personnes, environnement de vie…) en faveur ou en défaveur de la mise en place de l'activité physique ;

- identifier et expérimenter des situations d'activité physique pouvant amener du plaisir ;
- être à l'écoute de ses sensations pour identifier et ressentir les bienfaits de la pratique de l'activité physique :
  - au niveau du bien-être psychique : faire baisser la pression, le stress ressenti au quotidien, une occasion de s'extraire de l'agitation du quotidien, un moment à soi où on peut s'écouter, prendre soin de soi,
  - au niveau du bien-être corporel, à moyen terme, car les bienfaits peuvent dans des situations d'obésité être longs à être ressentis.

➔ ***Se fixer un objectif à la fois, clair, précis et atteignable sur l'activité en elle-même plutôt que sur son résultat :***

- choisir une activité et définir le temps que l'on peut y passer ;
- découper l'objectif en petites étapes, en y allant de manière progressive en se fixant un planning ou un échéancier : la première semaine, la deuxième semaine, etc. ;
- utiliser un planificateur pour se réserver des petites plages d'activité physique et s'y tenir ;
- se lancer un petit défi par semaine : marcher un peu plus vite que d'habitude, aller en classe à pied (au minimum une partie du chemin), en trottinette ou à vélo ; gagner des pas ;
- suivre ses progrès en notant le type d'activité, la durée, l'intensité perçue, le degré de réussite, de plaisir ;
- inclure progressivement des exercices en endurance et des exercices en résistance (renforcement musculaire) qui seront fonction des capacités physiques et du retentissement de la situation d'obésité sur l'appareil cardio-respiratoire, la douleur.

➔ ***Garder sa motivation :***

- adapter son activité physique à ses capacités physiques ;
- choisir en premier lieu une activité permettant de mettre en avant certaines aptitudes valorisantes comme la force ;
- varier les activités pour éviter de se lasser : écouter de la musique en marchant, faire un trajet avec un copain ou une copine, changer d'itinéraires, aller chercher des idées dans le catalogue d'activités (proposé par exemple dans le Programme national nutrition santé (Manger Bouger https://www.mangerbouger.fr/) ;
- être créatif pour remplacer une marche à l'extérieur quand il pleut ou qu'il fait très froid, par de la danse, de la gym à la maison à l'aide d'une vidéo, aller à la piscine, aller à la rencontre de ses amis, etc. ;
- éviter de culpabiliser en cas d'irrégularité, de baisse de l'assiduité, de difficultés à respecter la planification d'un temps dédié : en prendre conscience, en comprendre les raisons, revenir à sa routine dès que possible.

➔ ***Suivre ses progrès :***

- noter le type d'activité, la durée, les émotions, la pénibilité ressentie ;
- utiliser une application mobile qui transforme le téléphone mobile en podomètre ou un podomètre pour connaître son objectif actuel en nombre de pas par jour (toute activité physique entre dans ce décompte) ;
- noter ce qui a été facile et difficile.

➔ ***Rechercher l'aide des parents :***

- encourager l'enfant et tout particulièrement l'adolescent(e) à pratiquer une activité physique ou du sport avec des camarades et favoriser l'inscription dans un club ou une activité de groupe. Des aides financières sont possibles pour favoriser l'accès à l'activité physique aux jeunes qui

le nécessitent compte tenu des ressources des parents (aide de la Caf ou du conseil départemental) famille ;
- s'impliquer et être disponible pour pratiquer de l'activité physique de loisirs en famille.

Réduire la sédentarité

➔ ***Prendre conscience de ses activités sédentaires dans la vie quotidienne :***

- comprendre que le temps passé devant les écrans n'est pas forcément du temps inutile, ou perdu. Faire la différence entre l'écran de travail (devoirs, cours en ligne) et l'écran de loisirs (jeu vidéo, exergame, télévision, tablette) ;
- connaître les effets des écrans sur la santé et en particulier sur la prise de poids si le grignotage est associé, notamment devant la télévision, le temps de sommeil réduit et la qualité du sommeil altérée ;
- prendre conscience et noter les situations dans lesquelles les mouvements du corps sont réduits à leur minimum : regarder la télévision, travailler sur un ordinateur, jouer aux jeux vidéo, lire, téléphoner, être passager dans un véhicule, être assis en classe.

➔ ***Se fixer un objectif à la fois, clair, précis et atteignable sur la diminution du temps passé devant un écran :***

- choisir de diminuer une situation de sédentarité la plus facile pour soi ;
- découper l'objectif en petites étapes, en y allant de manière progressive en se fixant un échéancier : la première semaine, la deuxième semaine, etc. ;
- se lancer un petit défi par semaine : remplacer une activité sédentaire par une activité à l'intérieur ou l'extérieur de la maison, avec des amis, en famille. Organiser à tour de rôle une activité à l'extérieur qui ne soit pas un temps d'immobilité.

➔ ***Garder sa motivation :***

- anticiper l'activité qui va remplacer l'activité sédentaire, être créatif ;
- ne pas culpabiliser en cas de difficultés à respecter son objectif : en prendre conscience, en comprendre les raisons, revenir à sa routine dès que possible.

➔ ***Suivre ses progrès :***

- noter le type d'activité limitée ou abandonnée, les difficultés, les freins, les perceptions de l'activité physique, les émotions ressenties ;
- noter ce qui a été facile ou difficile.

➔ ***Rechercher l'aide des parents :***

- communiquer autour des écrans au sein de la famille, notamment autour de la mise en place du contrôle parental, du partage des écrans avec la fratrie, d'un temps maximum à ne pas dépasser ;
- négocier l'arrêt de l'utilisation des écrans une heure avant de dormir, chez les plus jeunes remplacer par une activité de lecture ou de jeu calme ou de relaxation en famille ;
- conserver un temps de repas sans présence d'écrans (télévision, tablette, téléphone portable) ;
- bien gérer le temps d'écran de toute la famille, discuter d'un moyen de le rendre visible et respecté (planning). Éviter les écrans fixes (ordinateur, TV) dans la chambre de l'enfant/de l'adolescent ;
- proposer des temps en famille sans écrans avec des alternatives pour sortir de la maison.

Choisir son alimentation et sa manière de manger

➔ ***Prendre conscience de son alimentation :***

- comprendre ce que manger veut dire pour soi ;
- apprendre à connaître ses habitudes alimentaires lors des repas et en dehors des repas et les comprendre ;
- comprendre ce qui déclenche la prise d'aliments en dehors des repas et le grignotage : faim ou absence de faim, soif, stress, émotions, ennui, solitude ;
- comprendre les sensations gustatives et les émotions qui accompagnent la prise d'aliments ;
- apprendre à apprécier ce que l'on mange, oser s'ouvrir au goût et aux saveurs différentes ;
- essayer de se réunir autour de repas réguliers : prendre son repas en famille le plus souvent possible, le midi avec ses camarades à la cantine ;
- vivre le repas comme un véritable temps de pause : prendre le temps de se mettre à table, prendre le temps de manger ;
- s'organiser des rituels : se laver les mains avant de manger, participer à la mise de table, laisser le téléphone portable dans une autre pièce, demander à éteindre la télévision ou manger dans une autre pièce ;
- si adapté à la situation : connaître les risques des régimes et produits amaigrissants et de la consommation de produits de régime ou des pratiques de jeûne.

➔ ***Se fixer un objectif à la fois, clair, précis et atteignable sur l'activité en elle-même plutôt que sur son résultat :***

- choisir de commencer par une des actions préconisées par le PNNS : « Augmenter, Aller vers, Réduire » ;
- découper l'objectif en petites étapes, en y allant de manière progressive en commençant par ce qui est le plus facile pour soi ;
- choisir de prendre ses repas à des horaires planifiés (encore plus important si l'enfant/l'adolescent(e) prend un repas seul), prendre son temps pour manger ;
- se lancer un petit défi par semaine, au choix : prendre un repas en famille ; s'occuper de la mise de table ; choisir le menu d'un repas pour les plus grands et participer à sa réalisation, choisir de diminuer la fréquence de consommation de produits sucrés (tels que bonbons, gâteaux industriels, glaces, boissons sucrées, etc.) ou de fritures ou de produits salés (tels que chips, biscuits apéritifs) et de charcuteries.

➔ ***Suivre ses progrès en notant ce qui a été facile et difficile :***

- noter ce qui a été facile ou difficile ;
- ne pas culpabiliser en cas de difficultés à respecter son objectif : en prendre conscience, en comprendre les raisons, revenir à sa routine dès que possible.

➔ ***Garder sa motivation :***

- choisir en famille un menu par semaine, être aidé à cuisiner pour la famille ;
- essayer de varier les aliments pour s'ouvrir à de nouvelles saveurs et goûts ;
- rechercher des idées de menus de saison et des recettes sur le site Manger Bouger du PNNS par exemple (https://www.mangerbouger.fr/) ;
- en cas d'écart important, réfléchir sur les raisons sans se culpabiliser et revenir à ses objectifs dès que possible.

➔ ***Rechercher l'aide des parents pour :***

- organiser des rituels : horaires planifiés pour les repas, éteindre la télévision et la radio, éviter l'écoute des nouvelles lors des repas, éloigner les téléphones portables, tablettes et autres distractions ;
- garder la motivation à manger ensemble en famille : choisir les menus en famille, demander à participer et à être aidé à cuisiner pour la famille ;
- encourager chaque convive à prendre son temps pour manger, à être attentif à ce qu'il mange, à mastiquer lentement et à savourer chaque bouchée ;
- gérer les achats afin de limiter la consommation de produits sucrés (tels que bonbons, biscuits industriels, glaces, boissons sucrées, etc.), salés (tels que les biscuits apéritifs), fritures et charcuteries.

Préserver la quantité et la qualité du sommeil

➔ ***Préserver la qualité de son sommeil et garder le rythme :***

- comprendre la désorganisation de son cycle du sommeil et ses conséquences sur la fatigue, la perte de la notion du temps, du cycle nuit-jour, un isolement social et un moins bon investissement dans la scolarité ;
- comprendre le lien bénéfique entre activité physique et sommeil ;
- savoir qu'un bon sommeil se construit dès le matin en organisant sa journée : quitter le lit, s'exposer à la lumière, bouger, manger régulièrement, se sentir en sécurité.

➔ ***Se fixer un objectif à la fois, clair, précis et atteignable :***

- choisir de bien préparer son sommeil le soir : aller progressivement vers la gestion des écrans en particulier dans la chambre, conserver ou se créer des routines du soir, écouter ses pensées ou les partager, apprendre à s'apaiser, se coucher à horaires réguliers ;
- découper l'objectif en petites étapes, en y allant de manière progressive en commençant par ce qui est le plus facile pour soi : la première semaine, la deuxième, etc. ;
- se lancer un petit défi par semaine : se coucher une demie-heure ou une heure plus tôt le premier mois. Lire ou écouter de la musique douce avant de s'endormir.

➔ ***Garder sa motivation :***

- engager son frère, sa sœur dans un même défi, échanger sur la manière de faire de chacun, se féliciter. Les aider à comprendre la pathologie de celui qui est en surpoids ;
- ne pas culpabiliser en cas de difficultés à respecter son objectif : en prendre conscience, en comprendre les raisons, revenir à sa routine dès que possible.

➔ ***Suivre ses progrès :***

- noter le type d'activité limitée ou abandonnée, les difficultés, les émotions ressenties ;
- noter ce qui a été facile ou difficile.

➔ ***Rechercher l'aide des parents :***

- respecter l'intimité de la chambre de l'enfant/de l'adolescent(e), garder une chambre calme, à température fraîche et sombre. Lui apprendre aussi à respecter la chambre de ses parents ;
- bien gérer soi-même les écrans personnels et familiaux et le temps de sommeil de toute la famille ;
- encourager l'enfant/l'adolescent(e) à se lever à des horaires acceptables et si possible réguliers pour qu'il puisse garder un rythme jour/nuit et un rythme familial. Une exposition à la lumière du jour permet une synchronisation de l'horloge biologique et ainsi améliore l'endormissement et la qualité du sommeil.

Annexe 9. Certificat d'inaptitude partielle à l'activité physique et sportive : exemples

Sources : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_form_obesite_enfant_adolescent_certificat_d_inaptitude_partielle.pdf

https://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_369171/certificat-medical-academique?details=true

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Exemple de certificat d'(in)aptitude partielle

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE À LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e), Dr…… docteur en médecine

Lieu d'exercice ……

Certifie avoir examiné[1] l'élève (nom, prénom) :……

Né(e) le : ……

et constaté que son état de santé entraîne une inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et pportive (EPS)

❒ **Pour l'année scolaire**

❒ **Pour une durée de ……..à compter de ce jour**

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement d'EPS aux possibilités de l'élève, il est nécessaire :

❒ d'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations[2] **et en particulier les articulations suivantes :**

Chevilles ☐ Genoux ☐ Hanche ☐ Épaule ☐ Rachis ☐ Autre : ……. ☐

- **Ainsi, il est préférable d'encourager les activités en décharge : vélo, natation, marche**
- **La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité**

❒ d'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires*

Il est préférable :

- **de privilégier les activités d'intensité modérée mais de durée prolongée ;**
- **de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire ;**
- **d'adapter son temps de récupération.**

L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

❒ autres recommandations *(à préciser)*:

……
……
……

L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge globale proposée à cet élève au même titre que le suivi nutritionnel et l'encouragement à limiter la sédentarité. Ainsi, je l'incite à participer régulièrement au cours d'EPS. Il est donc important de faciliter son intégration dans le groupe et de valoriser sa participation à l'EPS en toutes circonstances.

Date, signature et cachet du médecin :

[1] En application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988

[2] Des textes de référence permettant d'adapter l'enseignement de manière concrète sont disponibles dans le livret EPS et santé de l'académie de Bordeaux

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Le professeur d'Education Physique et Sportive doit adapter son enseignement et l'évaluation qui en découle, de façon à ce que tout élève puisse participer au cours d'EPS, en fonction de ses possibilités et de ses capacités.

Je soussigné (e), Docteur en médecine……..

Lieu d'exercice……

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom et Prénom ……

Né (e) le …… En classe de :……

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

☐ **Une INAPTITUDE PARTIELLE** du …… au …… inclus

☐ **Une INAPTITUDE TOTALE** du …… au …… inclus

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

☐ **DES TYPES DE MOUVEMENTS** (amplitude, vitesse, charge, posture)

……

☐ **DES TYPES D'EFFORTS** (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

……

☐ **LA CAPACITE DE L'EFFORT** (intensité, durée)

……

☐ **DES SITUATIONS D'EXERCICE ET D'ENVIRONNEMENT** (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

……

☐ **AUTRES**

……

Date, signature et cachet du médecin

Circuit de communication interne à l'établissement

Visa du professeur d'EPS	Visa de l'infirmière	Visa du conseiller principal d'éducation
Date :	Date :	Date :

Aide à l'adaptation des situations en EPS - TSVP….

1/2

CERTIFICAT MEDICAL
PERMETTANT une ADAPTATION des CONTENUS aux POSSIBILITES de L'ELEVE
En EDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE
Année scolaire 20… - 20…
Académie de Paris

Rappel : *« L'éducation physique et sportive est une discipline d'enseignement à part entière. Elle participe à l'acquisition d'apprentissages fondamentaux et contribue à la formation globale de l'individu. **Elle est obligatoire et sanctionnée à l'ensemble des examens**…. Les nouvelles dispositions réglementaires …. retiennent le principe de l'aptitude à priori de tous les élèves à suivre l'enseignement de cette discipline. Il convient donc, désormais, de substituer la notion d'inaptitude à celle de dispense. » (Réf : Circulaire du 17 mai 1990)*

INAPTITUDE FONCTIONNELLE PARTIELLE à l'enseignement de l'EPS

« En cas d'inaptitude partielle, afin de permettre une adaptation de l'enseignement de l'éducation physique et sportive ……il importe, que ces données soient exprimées de façon explicite afin qu'un enseignement réel, mais adapté aux possibilités de l'élève, puisse être mis en place. » (Réf : Circulaire du 17 mai 1990)

Cocher les cases

FONCTIONS	POSSIBLE	POUR UN EFFORT D'INTENSITE		POUR UN EFFORT DE DUREE	
		Forte	Modérée	Prolongée	Limitée
Marcher	☐	☐	☐	☐	☐
Courir	☐	☐	☐	☐	☐
Lancer	☐	☐	☐	☐	☐
Lever-Porter	☐	☐	☐	☐	☐
Nager	☐	☐	☐	☐	☐
Sauter	☐	☐	☐	☐	☐

N.B : L'effort doit toujours respecter la non-douleur et peut aller au seuil de tolérance identifié par l'élève.

PRECISIONS Permettant au professeur d'adapter les situations d'apprentissages

Date :
Signature et cachet du médecin :

2/2

Fiches. Rôle des professionnels impliqués dans le parcours

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 contexte[13].

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 réalisés[14]

- 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 6e 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 12e 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.

[13] 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.
[14] 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 « Écout'Émoi[15] » 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.

[15] Dispositif « Écout'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). 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 2021[16] : 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.

[16] 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 : nécessite 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 1er ou 2d 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 évènements 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 locales[17].

- 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 santé[18]. 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 structure spécialisée dans l'obésité avec l'accord de la personne. Il propose diverses interventions et suit leur effet.

17 https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/maisons-de-services-au-public

18 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 lowand 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

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 :
  - 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 97e 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.

Il (elle) 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.

Il (elle) 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 polypathologies 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'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales (tableau).

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

Activités	Compétences
– 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	– 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 dévaluer 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 évènements 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 médicaments (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, réconfort) ;
- 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 d'IMC, 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 le ou 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).
- 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 débuter, 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).
- 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 maladresses 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 sensori-moteur 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 coverbale 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'examinateur 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.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

2. Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la santé, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Prise en charge des personnes en situation d'obésité. Feuille de route 2019-2022. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_obesite_2019-2022.pdf

3. Ministère des solidarités et de la santé. Programme national nutrition santé 2019-2023. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

4. Ministère des solidarités et de la santé, Le Guludec D, Ceretti AM, Lyon-Caen O, Carricaburu J, Fouard A, et al. Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Rapport final. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf

5. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidémiol Hebdo 2017;(13):234-41.

6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Guignon N, Delmas MC, Fonteneau L. En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. Etudes et Résultats 2019;(1122).

7. Public Health England. Obesity and disability. Children and young people. London: PHE; 2013. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20170110172553/https://www.noo.org.uk/securefiles/170110_1725//obesity%20and%20disability%20-%20child%20and%20young%20people%2019%2002%2014.pdf

8. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris: INSERM; 2016. https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2016_DeficiencesIntellectuelles_Synthese.pdf

9. Brassard H. Les retombées de l'obésité sur l'estime de soi, l'image corporelle et la vie sociale des adolescentes [Mémoire : Maîtrise en travail social]. Chicoutimi: Université du Québec; 2017.

10. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. Pediatrics 2017;140(6):e20173034. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-3034

11. Organisation for Economic Co-operation and Development. The heavy burden of obesity. The economics of prevention. Technical country notes. Paris: OECD; 2019. https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Technical-Country-Notes.pdf

12. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. Lancet Child Adolesc Health 2020;4(1):23-35. http://dx.doi.org/10.1016/s2352-4642(19)30323-2

13. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la poulation en France. Rapport 2017. Paris: DREES; 2017. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf

14. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective. Paris: INSERM; 2014. https://www.inserm.fr/expertise-collective/inegalites-sociales-sante-en-lien-avec-alimentation-et-activite-physique/

15. France stratégie, Gimbert V, Nehmar K. Activité physique et pratique sportive pour toutes et tous. Comment mieux intégrer ces pratiques à nos modes de vie ? Paris: France stratégie; 2018. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-activite-physique-sportive-22-11-2018-web.pdf

16. Santé publique France. Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes. Etat des connaissances. Saint-Maurice: SPF; 2017. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/8154/file/interventions-alimentation-activite-physique-jeunes.pdf

17. Haute Autorité de Santé. Elaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1249209/fr/methode-d-elaboration-du-guide-et-des-outils-parcours-de-soins-pour-une-maladie-chronique

18. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

19. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

20. Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Moisy M. Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? Etudes et Résultats 2017;(1045).

22. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Fiche mémo. Mise à jour juillet 2017. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

23. Haute Autorité de Santé. Evaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference#toc_1_4

24. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement. Repères pour votre pratique. Saint-Denis La Plaine: INPES; 2011.

25. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne. Guide de pratique clinique. Volet I. Québec: INESSS; 2012. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/GuidePratique/Obesite/GPC_TraitementObesiteEnfantsAdolescents_Volet1.pdf

26. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne. Guide de pratique clinique. Volet II. Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide de pratique clinique - En bref. Québec: INESSS; 2012. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/GuidePratique/Obesite/GPC_TraitementObesiteEnfantsAdolescents_Volet2.pdf

27. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Canberra: NHMRC; 2013.

28. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management. Clinical guideline. London: NICE; 2014. https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/obesity-identification-assessment-and-management-pdf-35109821097925

29. Belgian Association for the Study of Obesity. Consensus BASO 2020. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité. Anderlecht: BASO; 2020. https://belgium.easo.org/wp-content/uploads/2020/02/BASO_consensus_2020_French_main.pdf

30. Norwegian Institute of Public Health. Communication of children's weight status to parents and children: what is effective and what are the children's and parents' experiences and preferences? Oslo: NIPH; 2019. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/communication-of-childrens-weight-status-to-parents-and-children-rapport-2019.pdf

31. Institut national de santé publique du Québec. Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique. Outil d'aide à la réflexion. Mise à jour 2018. Québec: INSPQ; 2018. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf

32. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ health literacy universal precautions toolkit. Second edition. Rockville: AHRQ; 2015. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/healthlittoolkit2_3.pdf

33. Santé publique France, Ruel J, Allaire C, Moreau AC, Kassi B, Brumagne A, *et al*. Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice: SPF; 2018. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible

34. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

35. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

36. Oettinger MD, Finkle JP, Esserman D, Whitehead L, Spain TK, Pattishall SR, *et al*. Color-coding improves parental understanding of body mass index charting. Acad Pediatr 2009;9(5):330-8. http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2009.05.028

37. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Maisons-Alfort: ANSES; 2016. https://www.anses.fr/fr/content/actualisation-des-rep%C3%A8res-du-pnns-r%C3%A9visions-des-rep%C3%A8res-relatifs-%C3%A0-l%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-%C3%A0

38. Haut conseil de la santé publique. Avis du 12 décembre 2019 relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Paris: HCSP; 2019. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759

39. 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

40. Haute Autorité de Santé. Téléconsultation et téléexpertise. Mise en œuvre. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

41. Poitou C, Jacques F. ObsGen : un outil d'aide au diagnostic d'une obésité génétique [En ligne] 2019. https://redc.integromics.fr/surveys/index.php?s=3HJPWN49ER

42. Haute Autorité de Santé. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

43. Centre de référence des maladies rares PRADORT, DéfiScience, Haute Autorité de Santé. Obésités de causes rares. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

44. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Avis relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les enfants de 0 à 3 ans. Maisons-Alfort: ANSES; 2019. https://www.anses.fr/fr/content/avis-de-lanses-relatif-%C3%A0-lactualisation-des-rep%C3%A8res-alimentaires-du-pnns-jeunes-enfants-0-3

45. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Avis relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les enfants de 4 à 17 ans. Maisons-Alfort: ANSES; 2019. https://www.anses.fr/fr/content/avis-r%C3%A9vis%C3%A9-de-lanses-relatif-%C3%A0-lactualisation-des-rep%C3%A8res-alimentaires-du-pnns-enfants-4-%C3%A0

46. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie. Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée. Paris: Direction générale de la santé; 2008. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_PNNS_-_Activite_physique_et_obesite_de_l_enfant.pdf

47. Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité. Genève: OMS; 2020. https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1318320/retrieve

48. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Actualisation des repères du PNNS : révision des repères de consommations alimentaires. Maisons-Alfort: ANSES; 2016. https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0103Ra-1.pdf

49. Haute Autorité de Santé, Fédération française anorexie boulimie. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge

50. European Society of Endocrinology, Pediatric Endocrine Society, Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, *et al*. Pediatric obesity-assessment, treatment, and prevention: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(3):709-57. http://dx.doi.org/10.1210/jc.2016-2573

51. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine JP, Jetha MM, Gaboury L, Hamilton J, *et al*. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: a proposed clinical staging system for paediatric obesity. Paediatr Child Health 2016;21(1):21-6. http://dx.doi.org/10.1093/pch/21.1.21

52. Michigan Medicine. Obesity prevention and management. Ann Arbor: University of Michigan; 2020. https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/obesity/obesity.pdf

53. Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! Educ Ther Patient 2019;11(1):10501. http://dx.doi.org/10.1051/tpe/2018019

54. Haute Autorité de Santé. Modèle de plan personnalisé de coordination en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

55. American Occupational Therapy Association. Tips for living life to its fullest. Addressing childhood obesity. North Bethesda: AOTA; 2013. https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/consumers/Youth/obesity.pdf

56. American Occupational Therapy Association, Cantal A. Managing obesity in pediatrics: a role for occupational therapy. North Bethesda: AOTA; 2019. https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Publications/CE-Articles/CE-Article-January-2019-Obesity-Pediatrics.pdf

57. Dalarun P. Apports de la thérapie psychomotrice au traitement de l'obésité et du surpoids. Histoire de Christelle. Dans: Pireyre EW, ed. Cas pratiques en psychomotricité. Paris: Dunod; 2015. p. 222-37.

58. Dalarun P, Gaumet S. Clinique de l'obésité. Dans: Giromini F, Albaret JM, Scialom P, ed. Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 - Clinique et thérapeutiques. Paris: de Boeck Solal; 2015. p. 229-54.

59. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics 2007;120(Suppl 4):S164-92. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2329C

60. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. CMAJ 2015;187(6):411-21. http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.141285

61. U.S. Preventive Services Task Force, O'Connor EA, Evans CV, Burda BU, Walsh ES, Eder M, *et al*. Screening for obesity and intervention for weight management in children and adolescents: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2017;317(23):2427-44. http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.0332

62. U.S. Preventive Services Task Force, LeBlanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, *et al*. Behavioral and pharmacotherapy weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2018;320(11):1172-91. http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.7777

63. American Psychological Association, Llabre MM, Ard JD, Bennett G, Brantley PJ, Fiese B, *et al*. Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: current state of the evidence and research needs from the guideline development panel (GDP) for obesity treatment of the American Psychological Association (APA). Adopted as APA policy march 10, 2018. Washington: APA; 2018. https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/obesity-clinical-practice-guideline.pdf

64. National Institute for Health and Care Excellence. Behaviour change: individual approaches. Public health guideline. London: NICE; 2014. https://www.nice.org.uk/guidance/ph49/resources/behaviour-change-individual-approaches-pdf-1996366337989

65. National Institute for Health and Care Excellence. Delivering interventions and programmes to help individuals change their behaviour. London: NICE; 2019.

https://pathways.nice.org.uk/pathways/behaviour-change/developing-interventions-and-programmes-to-help-individuals-change-their-behaviour.pdf

66. Videau S, Bertrand AM, Jouret B, Gagnayre R. Recueil de pratiques visant à harmoniser les évaluations pédagogiques des compétences de soins chez les enfants de 9–11 ans en surpoids ou obèses. Educ Ther Patient 2010;2(1):15-24. http://dx.doi.org/10.1051/tpe/2010004

67. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, *et al*. Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Obésité 2014;9(4):302-28. http://dx.doi.org/10.1016/S1957-2557(15)30152-8

68. Epstein LH, Paluch RA, Roemmich JN, Beecher MD. Family-based obesity treatment, then and now: twenty-five years of pediatric obesity treatment. Health Psychol 2007;26(4):381-91. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.381

69. Department of Hearh Care Services. Interventions for reducing body mass index and other weight-related indicators: a review of systematic reviews. Sacramento: DHCS; 2016. https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/publications/Documents/Obesity%20Prevention/Interventions_Reducing_BMI_Other_Weight_related_Indicators_Review.pdf

70. Chai LK, Collins C, May C, Brain K, Wong See D, Burrows T. Effectiveness of family-based weight management interventions for children with overweight and obesity: an umbrella review. JBI Database System Rev Implement Rep 2019;17(7):1341-427. http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003695

71. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité du télésoin. Bonnes pratiques pour la mise en œuvre. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240878/fr/qualite-et-securite-du-telesoin-criteres-d-eligibilite-et-bonnes-pratiques-pour-la-mise-en-oeuvre

72. National Institute for Health and Care Excellence, Public Health England. Behaviour change: digital and mobile health interventions. NICE guideline. London: NICE; 2020. https://www.nice.org.uk/guidance/ng183/resources/behaviour-change-digital-and-mobile-health-interventions-pdf-66142020002245

73. Isnard P, Mouren-Simeoni MC. Aspects psychologiques et psychopathologiques de l'enfant obèse. Med Nut 1994;30(3):139-45.

74. Isnard P. La psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent obèses. Dans: Chabrol H, ed. Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent. Marseille: Solal Editeur; 2007. p. 65-112.

75. de la Almudena Sanahuja M, Cuynet P. Maigrir enveloppée à l'adolescence et image du corps. Psychothérapies 2012;32(4):249-61.

76. Le Fourn JY. François Rabelais, orfèvre du gros. Dans: Birraux A, Lauru D, ed. Le poids du corps à l'adolescence. Paris: Editions Albin Michel; 2014. p. 108-18.

77. Malka J, Duverger P. Le poids des mots. Dans: Birraux A, Lauru D, ed. Le poids du corps à l'adolescence. Paris: Editions Albin Michel; 2014. p. 179-210.

78. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Fiche mémo. Mise à jour juillet 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg

79. Tran VT, Barnes C, Montori VM, Falissard B, Ravaud P. Taxonomy of the burden of treatment: a multi-country web-based qualitative study of patients with chronic conditions. BMC Med 2015;13:115. http://dx.doi.org/10.1186/s12916-015-0356-x

80. Haute Autorité de Santé. Complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_recapitulatif_des_complications_comorbidites_du_surpoids_et_obesite.pdf

81. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1651391/fr/outil-d-aide-a-la-decision-pour-l-admission-des-patients-en-soins-de-suite-et-de-readaptation

82. van der Baan-Slootweg O, Benninga MA, Beelen A, van der Palen J, Tamminga-Smeulders C, Tijssen JG, *et al*. Inpatient treatment of children and adolescents with severe obesity in the Netherlands. A randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2014;168(9):807-14. http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.521

83. Rank M, Wilks DC, Foley L, Jiang Y, Langhof H, Siegrist M, *et al*. Health-related quality of life and physical activity in children and adolescents 2 years after an inpatient weight-loss program. J Pediatr 2014;165(4):732-7.e2. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.05.045

84. Adam S, Westenhofer J, Rudolphi B, Kraaibeek HK. Effects of a combined inpatient-outpatient treatment of obese children and adolescents. Obes Facts 2009;2(5):286-93. http://dx.doi.org/10.1159/000234415

85. Adam S, Westenhoefer J, Rudolphi B, Kraaibeek HK. Three- and five-year follow-up of a combined inpatient-outpatient treatment of obese children and adolescents. Int J Pediatr 2013;2013:856743. http://dx.doi.org/10.1155/2013/856743

86. Makkes S, van Dongen JM, Renders CM, van der Baan-Slootweg OH, Seidell JC, Bosmans JE. Economic evaluation of intensive inpatient treatments for severely obese children and adolescents. Obes Facts 2017;10(5):458-72. http://dx.doi.org/10.1159/000458759

87. Haute Autorité de Santé. Définition des critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2010309/fr/definition-des-criteres-de-realisation-des-interventions-de-chirurgie-bariatrique-chez-les-moins-de-18-ans

88. Caisse nationale de soutien à l'autonomie. Troubles psychiques. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques. Paris: CNSA; 2017. https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles_psy-2016.pdf

89. Genêt F. Activité physique et handicap. Actual Doss Santé Publique 2021;(114):35-6.

90. Haute Autorité de Santé. Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire. Socle commun d'actions pour les professionnels exerçant dans les ESSMS de la protection de l'enfance et du handicap. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3287349/fr/accompagner-la-scolarite-et-contribuer-a-l-inclusion-scolaire

91. Haute Autorité de Santé. L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237847/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-note-de-cadrage

92. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Ressources et conditions de vie des jeunes adultes en France. Actes du séminaire du 29 janvier 2014. Doss Solidarité Santé 2015;(59).

93. National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. NICE guideline. London: NICE; 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/ng43/resources/transition-from-childrens-to-adults-services-for-young-people-using-health-or-social-care-services-pdf-1837451149765

94. Morsa M, Gagnayre R, Pomey MP, Lombrail P. Developmentally appropriate patient education during transition: a study of healthcare providers' and parents' perspective. Health Educ J 2020;79(4):377-89. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1177/0017896919888559

95. White PH, Cooley WC. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. Pediatrics 2018;142(5):e20182587. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2018-2587

96. Fourmaux C, Lefevre H, Safsaf H, Jacquin P, Rouget S, de Tournemire R, *et al.* Checklist for follow-up of adolescents with chronic illness. A monitoring tool to help prepare the transition from pediatric to adult care. Arch Pediatr 2021;28(6):480-4. http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2021.04.013

97. AD'VENIR plateforme de transition de l'hôpital universitaire Robert Debré - AP-HP. Suis-je prêt(e) pour la transition ? [En ligne] 2019. https://advenir-robertdebre.aphp.fr/etre-jeune-vivre-maladie-chronique/je-prepare-mon-passage/test-etes-vous-prets-pour-la-transition/

98. Agency for Healthcare Research and Quality. Care Coordination Measures Atlas. Updated june 2014. Rockville: AHRQ; 2014. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf

99. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs. Démarches et outils. Paris: ANAP; 2019. http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2476

100. Ministère des solidarités et de la santé. Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. Journal Officiel 2021;20 mars 2021.

101. Cha S. Les propositions gouvernementales : état des lieux. Actual Doss Santé Publique 2021;(114):21-2.

102. Haute Autorité de Santé. Le patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/2_guide_methodologique.pdf

103. Varni JW, Mapi Research Trust. PedsQL. Questionnaire sur la qualité de vie en pédiatrie. Version 4.0 français. Rapport sur l'enfant (8 à 12 ans). Lyon: Mapi Research Trust; 2003. http://www.pedsql.org/

104. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

105. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur

106. Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge

107. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Collège de la médecine générale. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. Repères pour votre pratique. Saint-Denis: INPES; 2014. https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/reperespourvotreprat-ISS.pdf

108. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP). Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Actualisation de l'analyse de la littérature. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques

109. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016;27 janvier 2016.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture. Un appel à candidatures déposé sur le site de la HAS a permis de compléter les groupes.

Un appel à candidatures déposé sur le site de la HAS a permis de compléter les groupes.

Agence Technique de l'Information Hospitalière

ARS Bretagne

Association française des diététiciennes et nutritionnistes

Association française d'études et de recherche sur l'obésité

CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition

CNP de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale

CNP de pédiatrie

Collège infirmier français

Collège de la Masso-kinésithérapie

Collège de médecine générale

Collectif national des associations d'obèses

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie

Direction de la coordination de la gestion du risque à l'assurance maladie

Direction régionale du service médical

FEDMER-CNP de médecine physique et de réadaptation

Fédération française de nutrition

Ligue contre l'obésité

Société d'éducation thérapeutique européenne

Société française des professionnels en activité physique adaptée

Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques

Syndicat national des psychologues

Groupe de travail

Dr Juliane Berdah, gynécologue, endocrinologue, Paris

Mme Claudine Canale, usager du système de santé

Dr Camille Canaple, médecine générale, coordination ReP-POP LyRRA, Lyon

Mme Sophie Cardinal, infirmière puéricultrice, Besançon

Dr Barbara Chavannes, médecine générale, Limeil-Brévannes

Chloé DESBLES, diététicienne, coordination RéPPOP LyRRA, Lyon

Pr Béatrice Dubern, pédiatre, Paris

Mme Laetitia Dujardin, membre d'une association d'usagers du système de santé, Carbonne

Dr Frédérique Gastaud, pédiatre, Nice

Mme Catherine Grangeard, psychologue, psychanalyste, Beynes

Dr Béatrice Jouret, pédiatre, Toulouse

Dr Malaïka Lasfar, pédo-psychiatre, Rouen

Dr Maud Monsaingeon-Henry, endocrinologue, Bordeaux

Dr Frédérique Charasson, médecin de l'Éducation nationale, Versailles

Dr Hélène Petit, médecin généraliste, Ferney-Voltaire

M. Augustin Raupp, enseignant en activité physique adaptée, Toulouse

Mme Céline Riolet, infirmière Asalée, Ferney-Voltaire

Mme Samira Salomon, assistante sociale, Pérols

Mme Anaëlle Serre, infirmière scolaire, Grenoble

Pr Chantal Stheneur, pédiatre, Varennes-Jarcy

Dr Hélène Thibault, pédiatre, Bordeaux

Participants HAS

Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, service des bonnes pratiques

Mme Isabelle Le Puil, assistante, service des bonnes pratiques

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, service documentation-veille

Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste, service documentation-veille

Ont été associées à la relecture :

Mme Nathalie Riolacci, chef de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

Mme Christiane Jean-Bart, chef du service recommandations de bonnes pratiques professionnelles, missions protection de l'enfance, handicap, personnes âgées, inclusion sociale

Mme Aylin Ayata, chef de projet, service recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mission handicap

Mme Sophie Guennery, chef de projet, service recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mission handicap

Mme Camille Lorette, chef de projet, service recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mission handicap

Groupe de lecture

Dr Amine Arsan, pédiatre, Paris

Mme Blandine Bariteau, sage-femme et membre d'une association d'usagers du système de santé, Saint-Pierre (la Réunion)

Dr Serge Bouhana, médecin généraliste, Aigueblanche

Mme Violaine Branchereau, ergothérapeute, Rouen

Pr Claire Carette, médecin nutritionniste, CSO, Paris

Dr François-Marie Caron, pédiatre, Amiens

Mme Hélène Chantereau, diététicienne, Paris

Dr Karine Decaux, médecin généraliste, Rouen

M. Bruno Dugast, URPS MK AuRA, Lyon

Mme Coralie Dumoulin, STAPS, Chargée de recherches, Lyon

Mme Christelle Fourneau, infirmière de pratique avancée Asalée, Poitiers

M. Hervé Fundenberger, kinésithérapeute, Le Monastier-sur-Gazeille

Mme Édith Ganneau, infirmière, Paris

Mme Claire Galambrun, pédiatre SSR, Mimet

Dr Bogna Gehanno, pédiatre nutritionniste, Rouen

Dr Dominique Girardon, médecine générale, Montlignon

Mme Françoise Giromini-Mercier, professeur associée, psychomotricienne, Paris

Pr Nathalie Godart, pédo-psychiatre, Paris

Mme Laurence Guery, puéricultrice, coordinatrice RePPOP, Versailles

Mme Nadjette Guidoum, usager du système de santé

Dr Claire Jeandel, pédiatre et endocrinologue, Montpellier

Dr Fabienne Kochert, pédiatre libérale, Orléans

M. Malik Lahoucine, directeur général adjoint, ARS Bretagne, Rennes

M. Mathias Le goaziou, URPS MK AuRA, Publier

Mme Marie Le Naour, kinésithérapeute, Bordeaux

Mme Karine Lesage, ergothérapeute, Cysoing

Mme Sandra Loncle, psychologue, Vannes

Mme Patricia Manga, psychologue, Besançon

Dr Yann Matussière, médecin nutritionniste, Lyon

M. Maxime Morsa, chercheur en santé publique, Paris

Dr Thierry Paruzynski, médecin de l'Éducation nationale, Jarny

Mme Reine-Josie Picard, infirmière, La Plaine-des-Cafres (la Réunion)

M. Sylvain Quinart, enseignant en activité physique adaptée, Besançon

Dr Odile Rames, Cnam, Paris

Dr Brigitte Rochereau, médecin nutritionniste, Antony, Fondation Santé des Étudiants de France, Paris

Mme Laureline Salaun, enseignante en activité physique adaptée, Bordeaux

Dr Stéphanie Schramm, Cnam, Paris

Mme Jessica Schultz, kinésithérapeute, ostéopathe, Perpignan

Mme Marie-Élise Sextius, usager du système de santé

M. André Stagnara, cadre de rééducation, Francheville

Mme Fabienne Stievenart, usager du système de santé

M. Jacques Vaillant, kinésithérapeute, Grenoble

Dr Isabelle Vincent, Cnam, Paris

Pr Olivier Ziegler, Président de la Coordination nationale des centres spécialisés de l'obésité, copilote de la feuille de route « Prise en charge de l'obésité 2019-2022 », ministère des Solidarités et de la Santé

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

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

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – février 2022 – mise à jour février 2023