
RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Surpoids et obésité de l'adulte – Fiches

Rôle des professionnels impliqués
dans le parcours de soins

STSS

Construction du parcours



Validé par le Collège le 11 janvier 2023

Mis à jour en févr. 2024

Sommaire

Fiche 1. Psychologue : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	3
Fiche 2. Travailleur social : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	9
Fiche 3. Infirmier : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	14
Fiche 4. Diététicien : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	19
Fiche 5. Enseignant en activité physique adaptée : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	29
Fiche 6. Masseur-kinésithérapeute : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	35
Fiche 7. Ergothérapeute : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	40
Fiche 8. Psychomotricien : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte	43

Fiche 1. Psychologue : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

Le médecin généraliste ou le médecin spécialiste de l'obésité propose à la personne de l'orienter vers un psychologue s'il décèle des signes de détresse psychologique ou des dysfonctionnements qui nécessitent une évaluation approfondie et la proposition de soins adaptés. Cette orientation peut également être nécessaire en cours de parcours.

La personne concernée peut également exprimer le besoin de rencontrer un psychologue.

Le médecin généraliste explique le dispositif d'accès et de remboursement¹ et rassure sur le lien de confiance avec le professionnel que la personne choisira ou vers lequel il propose l'orientation. Il propose une mise en lien avec le psychologue. S'il sent la personne réticente, il lui propose d'y réfléchir et d'aborder le sujet lors de la prochaine consultation de suivi.

Le psychologue offre à la personne un espace de parole et établit une relation de confiance pour pouvoir parler d'elle, de ses préoccupations, et l'accompagne si besoin

- Il permet de trouver un espace différent d'écoute, d'affronter des difficultés parfois passagères, parfois chroniques. Par ailleurs, il repère des signes de souffrance psychique qui peuvent ne pas se révéler (ou incomplètement) lors des consultations médicales.
- Il approfondit l'impact du retentissement psychique du surpoids ou de l'obésité et s'intéresse à cet impact (mal-être, stigmatisation, harcèlement).
- Il repère le rapport au corps et aide à exprimer le vécu douloureux de la prise de poids.
- Il cherche à déceler des signes évocateurs d'une situation de maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel : les violences directes physiques (privations, coups, etc.) ou psychologiques (violences verbales, abus émotionnels), dont la personne a été la cible ; les abus sexuels (attouchements, viols).
- Il recherche des perturbations de l'alimentation et/ou des troubles des conduites alimentaires.
- Il analyse avec la personne son histoire et son contexte de vie afin d'approcher ce qui pourrait expliquer les difficultés rencontrées. Il explore la qualité des relations sociales, professionnelles, familiales et de couple lorsqu'elles apparaissent difficiles.

Le bilan psychologique est un élément essentiel de l'évaluation multidimensionnelle d'une situation de surpoids ou d'obésité

- ➔ **Si l'évaluation de la situation ne décèle en premier lieu aucune difficulté psychologique :**
 - le psychologue reste à la disposition du médecin qui suit la personne, des professionnels impliqués dans le parcours ou de la structure spécialisée dans l'obésité, pour leur apporter des conseils ou un appui ;
 - il peut être sollicité pour rencontrer la personne, si elle le souhaite, si sa situation le nécessite ;
 - il leur transmet une synthèse de ses observations avec l'accord de la personne ;
 - il peut être amené à travailler sur les comportements avec un diététicien, selon le tableau clinique ;
 - il peut en outre être sollicité pendant et au cours de la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement personnalisé, et lors de son évaluation.

¹ Dispositif d'accès et de remboursement à des séances de psychologue monpsy.sante.gouv.fr

- ➔ **Si la personne ressent le besoin d'être accompagnée sur des difficultés identifiées lors de l'évaluation** : le psychologue propose des séances d'accompagnement psychologique et évalue régulièrement avec la personne le besoin de les poursuivre ou non.
- ➔ **Si l'évaluation de la situation identifie des perturbations de l'alimentation ou des troubles des conduites alimentaires (TCA)** :
 - pour les perturbations de l'alimentation : selon le tableau clinique, l'évaluation est réalisée par un psychologue en première approche ou un psychiatre, afin de déterminer si des soins sont nécessaires en plus d'une approche nutritionnelle (travail sur les comportements) ;
 - pour les TCA : l'évaluation est réalisée par un psychologue en première approche ou selon le tableau clinique par 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 psychothérapeutiques adaptées et, si nécessaire, un traitement psychotrope dans le cadre d'une approche pluriprofessionnelle (nutritionnelle, somatique, sociale et familiale)².

L'orientation vers le psychiatre peut être une urgence

Des situations urgentes doivent être reconnues par le psychologue et conduire à orienter la personne :

- si la souffrance de la personne est très importante avec un retentissement sur le sommeil, des troubles de l'alimentation, notamment une hyperphagie boulimique, un retentissement sur l'état général, la qualité de vie ;
- si la situation évoque un trouble psychiatrique : anxiété, évolution rapide de la courbe de corpulence concomitante à un évènement traumatique, une dépression, une idéation suicidaire.

Le psychologue participe autant que nécessaire aux réunions d'analyse ou de concertation pluriprofessionnelle (RCP) si la situation est complexe ou très complexe. Il contribue à la définition du projet de soins et d'accompagnement après partage des données avec l'équipe.

Le psychologue partage une synthèse de l'évaluation avec le médecin généraliste et propose, si besoin, un accompagnement

- Cet accompagnement peut être proposé en complément des autres prises en charge ou de manière prioritaire en fonction de la situation.
- L'évaluation psychologique peut conduire le psychologue et/ou le psychiatre à proposer à la personne une approche psychothérapeutique des troubles associés, du rapport à l'alimentation, du rapport au corps, des évènements de vie et des conséquences de l'obésité, respectant la pluralité des approches³.

L'appui du psychologue peut être également utile pour guider et soutenir les professionnels dans un travail complexe, en aidant à comprendre les difficultés de la personne soignée, ses baisses de motivation, son ambivalence.

² 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

³ Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale

Spécificités pour la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

→ Évaluer l'état psychologique et/ou psychiatrique de la personne candidate à la chirurgie (psychologue et/ou psychiatre)⁴:

- l'évaluation psychologique et/ou psychiatrique préopératoire doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique ;
- l'évaluation prend la forme d'un entretien clinique complété, si le professionnel le juge nécessaire, par l'usage de tests psychométriques validés.

Cette évaluation doit être réalisée par un professionnel de santé mentale (psychologue et/ou psychiatre) qui a une expérience en chirurgie bariatrique, et se conformant strictement par écrit aux éléments d'évaluation décrits ci-dessous. L'évaluation doit permettre :

- de repérer les troubles psychiatriques actuels et passés que présente le patient ;
- de repérer les antécédents de traumatismes depuis l'enfance et s'ils ont été travaillés par le patient avec un spécialiste (psychologue ou psychiatre) ;
- d'identifier les troubles psychiatriques qui constituent des contre-indications absolues ou relatives à la chirurgie ;
- d'évaluer les déterminants et les conséquences psychologiques de l'obésité ;
- d'identifier le rapport à l'alimentation, l'histoire pondérale familiale, les troubles du comportement alimentaire de caractère impulsif et/ou compulsif (compulsion, hyperphagie, hyperphagie boulimique, boulimie) et des antécédents d'anorexie mentale ;
- de rechercher des antécédents personnels de troubles de l'usage de substances psychoactives (alcool, tabac, substances illicites) ;
- d'identifier le rapport au corps, la présence de trouble de l'image du corps. La qualité de vie sexuelle peut être abordée au cas par cas avec tact et mesure ;
- de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio-familial ;
- de permettre une compréhension globale de l'histoire clinique et psychopathologique du patient ;
- de favoriser le développement d'une alliance thérapeutique ;
- d'évaluer la motivation du patient, ses ressources et mécanismes psychiques, ses capacités de mentalisation et d'élaboration, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;
- d'évaluer les connaissances du patient sur l'impact de la chirurgie quant aux changements de qualité de vie et aux changements corporels qui surviendront, et quant aux changements relationnels qui pourraient survenir ;
- de proposer des prises en charge adaptées (psychologique et/ou psychiatrique) avant la chirurgie le cas échéant et d'orienter le suivi en postopératoire.

→ Participer à la préparation sur le plan psychologique dans le cadre d'un projet de soins multidimensionnel et pluriprofessionnel

La préparation sur le plan psychologique débute par un entretien qui a pour objectif de permettre à la personne candidate à la chirurgie bariatrique de :

⁴ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

- préciser les bénéfices qu'elle attend de cette chirurgie ;
- évaluer sa capacité à entrer dans un processus long de soins et à s'adapter aux modifications liées aux conséquences de la chirurgie sur les habitudes de vie ;
- explorer le niveau de motivation de la personne, sa volonté d'adhésion aux contraintes liées à la chirurgie : suivi médical, supplémentation pour éviter les carences, adaptation sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique et des comportements sédentaires ;
- explorer le niveau de soutien de la famille, des amis, des collègues de travail et de l'employeur ;
- sensibiliser la personne à la possibilité de l'apparition de divers troubles ou difficultés dans les suites de l'intervention chirurgicale ;
- accompagner le vécu de la période de préparation, si la personne en exprime le besoin, pour renforcer la motivation au changement, lever les freins, etc. ;
- proposer, si besoin ou à la demande de la personne candidate à la chirurgie, une rencontre individuelle avec le conjoint, les enfants.

Les séances d'accompagnement du développement de compétences d'adaptation peuvent être coanimées par un psychologue et un professionnel de santé (infirmier ou diététicien). Dans ce cadre, elles ont pour objectifs de développer ou mobiliser la capacité de s'adapter aux divers contextes et situations, à expérimenter, à généraliser les expériences en lien avec les changements liés à la chirurgie bariatrique, et à créer un environnement favorable à la mise en œuvre et au maintien de ces changements.

Encadré 1. Compétences d'adaptation à développer avant chirurgie : psychologique, émotionnelle, sociale

Développer ou mobiliser la capacité de s'adapter aux divers contextes et situations, à expérimenter, à généraliser les expériences en lien avec les changements liés à la chirurgie bariatrique, et à créer un environnement favorable à la mise en œuvre et au maintien de ces changements :

- comprendre la chirurgie bariatrique, ses principes, les enjeux du projet de soins et d'accompagnement ;
- travailler sur les représentations tant positives que négatives de la chirurgie (solution magique, informations erronées dans les médias, les réseaux sociaux) ;
- être en capacité de se projeter avec des attentes réalistes vis-à-vis des effets de la chirurgie ;
- être en capacité de se projeter au-delà de l'intervention dans une conciliation possible entre projet de soins et projet de vie ;
- savoir formuler de manière positive des objectifs centrés sur l'activité en elle-même plutôt que sur son résultat, par exemple :
 - instaurer des rythmes quotidiens réguliers : sommeil, prises alimentaires, activités physiques, régulation des comportements sédentaires,
 - chercher à inclure dans les temps de loisirs des activités à réaliser en commun avec la famille, les amis : activité physique tout particulièrement ;
- développer des capacités d'auto-évaluation des progrès et de renforcement positif ;
- établir un nouveau rapport à soi, aux autres et à l'environnement : restaurer une qualité des échanges intrafamiliaux et interpersonnels ;
- savoir parler de sa situation et avoir la capacité de demander à l'environnement familial, amical, professionnel d'adopter une attitude encourageante et soutenante au quotidien ;
- savoir repérer une période de fragilité personnelle ou une baisse de motivation et savoir rechercher de l'aide sans attendre ;
- reconnaître et apprendre à faire face aux baisses de motivation et aux écarts sans culpabilisation et reprendre ses engagements ;

- anticiper les difficultés, en préparant des plans d'action personnalisés : « Si je suis confronté à... alors... » ;
- améliorer les relations interpersonnelles : couple, famille, amis, collègues de travail, employeur, la qualité de vie ;
- restaurer une image de soi ou une estime de soi détériorée, une perception altérée de soi ou de sa santé, accompagner le sentiment de reprise de contrôle de sa vie. Une orientation vers une socio-esthéticienne peut être utile si elle fait partie de l'équipe pluriprofessionnelle pour se préparer aux modifications corporelles postopératoires, à la déhiscence cutanée, en parler avec le conjoint, etc. ;
- chercher à partager son expérience avec d'autres personnes vivant la même situation lors des séances collectives d'éducation thérapeutique ou au sein d'une association d'usagers.

Si au cours des séances éducatives apparaissent des difficultés psychologiques ou sont identifiés des traumatismes antérieurs, des situations de vulnérabilité ou à risque (abus, maltraitance), des situations de déracinement, de séparation (exil, immigration) qui n'auraient pas été identifiés lors de l'évaluation psychologique et/ou psychiatrique, une consultation dédiée en individuel est envisagée avec le psychologue et/ou le psychiatre pour proposer si besoin un accompagnement. Le médecin qui suit la personne en est informé.

Il est important de laisser une ouverture à la demande personnelle de poursuite de l'accompagnement psychologique après chirurgie, en expliquant à la personne que cet accompagnement peut permettre :

- d'accompagner les transformations, les ajustements, les adaptations qui peuvent être difficiles sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique, de la limitation des comportements sédentaires, de la réappropriation du corps et de l'image corporelle, et sur le plan des relations interpersonnelles ;
- d'accompagner la famille ou le couple à faire face aux éventuelles difficultés d'adaptation.

➔ **Assurer un suivi psychologique et/ou psychiatrique après l'intervention a pour objectifs⁵:**

- d'évaluer le retentissement psychologique, psychiatrique, social et familial de la chirurgie et de la perte de poids ;
- de repérer et prendre en charge les troubles psychiatriques : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles addictifs et le risque de passage à l'acte suicidaire ;
- d'identifier d'éventuelles difficultés à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et d'aider le patient à surmonter ces difficultés ;
- d'accompagner le patient dans les réaménagements psychiques liés à la chirurgie et à la perte de poids (modification de l'image du corps, etc.) et si besoin de proposer une prise en charge adaptée.

Selon le groupe de travail sur le parcours, quatre situations nécessitent la poursuite d'un accompagnement psychologique et/ou psychiatrique ou sa mise en œuvre.

- L'accompagnement est poursuivi chez toute personne qui présentait en préopératoire des troubles du comportement alimentaire caractérisés (i.e., hyperphagie boulimique) ou des pathologies psychiatriques (i.e., épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire, trouble anxieux,

⁵ Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie II : pré et post chirurgie bariatrique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux

trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : TDAH, trouble délirant), un antécédent de trouble de l'usage d'alcool, de tabac, de substances psychoactives, d'addiction comportementale, d'idéation suicidaire, de tentative de suicide, ou de résurgence de ces troubles.

- Un accompagnement peut être demandé par la personne opérée si elle en ressent le besoin, qu'il y ait eu ou non des séances débutées en période de préparation à la chirurgie. Elle doit être informée des possibilités et de l'accessibilité à une séance d'accompagnement psychologique avec ou non orientation vers une consultation avec un psychiatre après évaluation par un psychologue.
- Une évaluation psychologique, psychiatrique ou addictologique est envisagée à tout moment du parcours face à des signes d'alerte identifiés par le médecin généraliste, le médecin spécialiste de l'obésité, le spécialiste d'une maladie associée à l'obésité, le chirurgien, le diététicien, l'infirmier en exercice coordonné, le pharmacien d'officine, le référent du parcours ou tout autre professionnel impliqué dans le parcours de soins, mais aussi le médecin ou l'infirmier du service de prévention et de santé au travail, le travailleur social.
- Une évaluation psychologique est proposée à toute personne opérée un an après l'intervention chirurgicale même en l'absence (ou non-repérage) de difficultés ou troubles en période de préparation à la chirurgie (encadré 2).

Encadré 2. Objectifs de l'évaluation psychologique proposée un an après chirurgie bariatrique

- Écouter la personne et lui proposer un espace de libre parole, sans crainte d'être jugée.
- Faire le point sur le retentissement psychologique, social et familial de la perte de poids.
- Aider la personne le cas échéant à prendre conscience de sentiments contradictoires : satisfaction, soulagement lié à la perte de poids, mais aussi sentiment de fragilité, de vulnérabilité face à la transformation de l'image de soi, du regard de l'autre.
- Aborder les relations interpersonnelles, la reprise de la vie sociale, professionnelle, les changements dans la vie de couple, de la libido, l'éventuelle fatigue.
- Accompagner si nécessaire la personne dans les réaménagements psychiques liés à la chirurgie et à la perte de poids.
- Accompagner les difficultés de réappropriation de son corps et de son image corporelle (déception vis-à-vis de la perte de poids et/ou changements corporels difficiles à vivre), une altération de la qualité de vie, des interactions familiales, sociales, professionnelles, des activités de la vie quotidienne, des relations intimes, de la sexualité.
- Évaluer la mise en œuvre d'une auto-évaluation des progrès et d'un renforcement positif.
- Identifier une confiance en soi altérée et contribuer à la restaurer.
- Évaluer le mode d'adaptation au stress, la capacité à résoudre des problèmes, la manière de faire face à un écart par rapport aux engagements pris. Identifier d'éventuelles difficultés et aider la personne à rechercher des stratégies comportementales pour y faire face.
- Repérer des signes évoquant un trouble du comportement alimentaire ou de l'alimentation ou la reprise de ces troubles, le développement ou la reprise d'un comportement addictif : consommation de tabac, trouble de l'usage de l'alcool, consommation d'autres substances psychoactives illicites, addictions comportementales : partager ses observations en équipe pluriprofessionnelle et décider ensemble d'une proposition d'adaptation du projet de soins à présenter à la personne.
- Dépister des troubles de l'humeur, une impulsivité alimentaire, des signes d'anxiété, de dépression, une idéation suicidaire avec orientation vers le psychiatre.
- En cas de traitements psychotropes, questionner l'efficacité et la tolérance de ces traitements, ainsi que l'observance en cas de symptômes psychologiques ou psychiatriques invalidants (psychiatre).

Fiche 2. Travailleur social : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

Le médecin généraliste ou le médecin spécialiste de l'obésité ou tout autre professionnel impliqué dans le parcours de la personne peut repérer une vulnérabilité sociale et orienter vers le travailleur social.

Des difficultés peuvent éloigner la personne des soins, interférer avec le traitement de l'obésité ou avec son engagement dans les soins, ou entraîner des difficultés d'accès à l'information en santé et d'accès géographique, financier aux soins, voire des ruptures du parcours de soins.

- Une position sociale qui se dégrade et une désocialisation des personnes joueraient un rôle aggravant dans les situations de surpoids ou d'obésité.
- La vulnérabilité sociale est liée à des événements comme un changement de la situation familiale ou professionnelle, des difficultés relationnelles intrafamiliales, dont la survenue fragilise la capacité d'un ménage à répondre à ses besoins.
- De même, des difficultés à comprendre l'information et à la traiter (littératie, numératie, illettrisme) sont des éléments qui conditionnent les comportements en matière de santé et la capacité des personnes à prendre des décisions.

Les services sociaux jouent un rôle dans l'évaluation des difficultés sociales, économiques et, plus largement, de toute forme de vulnérabilité

- Tout professionnel de santé peut solliciter le centre communal d'action sociale (CCAS) présent dans chaque commune ou les structures des départements.
- En établissement de santé, le travailleur social peut être sollicité à la suite d'une consultation ou séance de soins ou d'un séjour en hôpital de jour, dans les suites d'une admission en service de soins.
- Les personnes concernées par un accompagnement social peuvent être informées des dispositifs d'aide et d'accompagnement et être soutenues pour faciliter leurs demandes d'aide auprès des professionnels ou des structures.
- Les maisons France services accompagnent tout usager dans ses démarches 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 locales⁶.
- Les éventuelles difficultés à comprendre l'information et à la traiter (littératie, numératie et résolution de problèmes, illettrisme) doivent être identifiées et accompagnées. Certaines personnes, du fait de leurs caractéristiques personnelles et de leurs ressources sociales, peuvent rencontrer des difficultés à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions en santé⁷. De bonnes pratiques de communication orale et écrite devraient être utilisées pour faciliter la communication⁸.

⁶ [Accueil | France services \(france-services.gouv.fr\)](https://www.france-services.gouv.fr/)

⁷ Concept de littératie en santé défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Dodson S, Good S, Osborne RH. Health literacy toolkit for low and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2015. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf>

⁸ 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>

Il peut être nécessaire d'avoir recours à la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins⁹ ou à l'interprétariat linguistique¹⁰ en santé.

Le travailleur social réalise un diagnostic social et si besoin met en place un plan d'accompagnement

Le rôle du travailleur social et de son équipe est de réaliser un diagnostic préorientation, puis de conseiller les personnes sur les démarches à effectuer, ou les réaliser avec elles, de proposer un accompagnement social en utilisant les dispositifs existants ou d'orienter.

Le diagnostic social 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 et des soins dentaires, des problématiques au niveau de l'alimentation, des rythmes de vie (sommeil, régularité et contexte des repas, comportements sédentaires), de la pratique d'une activité physique, des loisirs, des interactions sociales, etc. ;
- une relation ou une dynamique de couple ou familiale difficile, une déstructuration conjugale et sociale ;
- un sentiment moindre d'auto-efficacité et une faible estime de soi ;
- des signes évocateurs d'une situation de maltraitance sur le plan physique, psychologique, sexuel ;
- des difficultés professionnelles, économiques, financières ;
- une difficulté à se projeter vers l'avenir, notamment en ce qui concerne la santé, en raison des contraintes immédiates (logement, famille à charge, rôle d'aidant, etc.), de faibles revenus.

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, notamment lors de réunions de synthèse ;
- de proposer à la personne une visite au domicile pour mieux comprendre les conditions et le contexte de vie ;
- de prévoir un accompagnement personnalisé face à une situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et des dyades mères-enfants après la sortie de maternité¹¹.

Le diagnostic social est partagé avec la personne et des solutions adaptées à la situation sont proposées, que la personne est libre d'accepter ou non. Le travailleur social suit leurs effets.

Le lien entre le travailleur social et les professionnels impliqués dans le parcours est essentiel pour échanger des informations, alerter le cas échéant, proposer des conseils, un appui ou des solutions

- L'échange et le partage d'informations personnelles sont indispensables à la fluidité et à la continuité du parcours. Les données de santé peuvent être échangées et partagées dès lors

⁹ 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

¹⁰ 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

¹¹ Haute Autorité de santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

qu'elles contribuent à la prise en charge de la personne et à la prise en compte de sa situation¹². 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.

- Le travailleur social participe autant que nécessaire aux réunions d'analyse d'une situation complexe ou très complexe, réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP), pour définir le projet de soins et d'accompagnement après partage des données avec l'équipe.

Les services sociaux accompagnent les personnes grâce à un dispositif de suivi défini avec elles, et aussi longtemps qu'elles en ont besoin

Des situations de vulnérabilité sociale peuvent être évidentes d'emblée ou survenir au fil du temps. Elles peuvent gêner l'adhésion et l'engagement dans une prise en charge.

L'accompagnement de difficultés, en particulier la satisfaction de besoins élémentaires, la recherche de solutions peuvent s'avérer être une priorité ou être menés conjointement avec les autres composantes de la prise en charge (encadré 1).

Encadré 1. Accompagnement social : interventions et dispositifs

Toute proposition doit recueillir l'adhésion de la personne

- Ouverture de droits, renouvellement des droits à la sécurité sociale, aide pour obtenir ou renouveler une complémentaire santé, recherche d'un médecin généraliste.
- Domiciliation en vue d'un accès aux soins.
- Accès à une alimentation favorable pour la santé, suffisante et équilibrée compte tenu des ressources : chèques alimentaires ; banques alimentaires ; 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 avec des dispositifs favorisant la pratique (chèques sport, financement des frais d'adhésion, des frais de licence, des coûts des séances ou des frais d'équipement approprié à la pratique d'une activité).
- Recherche et facilitation de l'accès à un séjour en service de soins de suite et de réadaptation (futurs SMR : soins médicaux et de réadaptation) spécialisés système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition.
- 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 (diététicien, psychomotricien, ergothérapeute), du transport vers les lieux de soins.
- Aides à la vie quotidienne pour les personnes en situation d'obésité sévère avec un retentissement important sur le fonctionnement au quotidien :
 - aide à la recherche d'un logement adapté ;
 - facilitation de la demande de reconnaissance de la situation de handicap par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
 - demande de financements liés à l'adaptation de l'environnement : ergothérapeute, équipements sur les lieux de vie, aide aux déplacements (vélo à assistance électrique, taxi en cas de problèmes de santé associés) ;

¹² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel; 27 janvier 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>

- accompagnement personnalisé face à une situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et des dyades mères-enfants après la sortie de maternité¹³.

Spécificités pour la chirurgie bariatrique : avant et après chirurgie [Mise à jour février 2024]

Il s'agit de permettre à la personne d'aborder la chirurgie bariatrique dans une situation de stabilité sur le plan social et professionnel ou de construction d'un projet de vie (encadré 2).

Encadré 2. Rôle du travailleur social avant chirurgie

- Amener la personne à prendre conscience des facteurs susceptibles de l'aider à réussir son projet de traitement de l'obésité, évaluer les facteurs de soutien à sa démarche : la présence et la qualité du soutien familial, amical, d'un groupe de pairs.
- Identifier des facteurs de stress ou des situations qui rendent plus difficile l'engagement dans un projet de chirurgie bariatrique : une traversée de difficultés comme une perte d'emploi, une séparation, une désocialisation, un isolement, la maladie d'un proche, un deuil, une situation de maltraitance.
- L'aider à réfléchir à la conciliation du projet de soins avec son projet de vie et lui proposer une aide dans la recherche de soutien et de ressources (associations d'usagers, service de prévention et de santé au travail, France travail, etc.).
- Anticiper les éventuelles difficultés financières : aborder sans détour le reste à charge des soins et rechercher des solutions en interrogeant notamment la mutuelle complémentaire : transport bariatrique, soins parodontaux chirurgicaux, coût mensuel de la prise de vitamines et de minéraux, des examens biologiques non pris en charge par l'Assurance maladie, des actes de chirurgie réparatrice.
- Informer les personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), notifiée par la Maison départementale des personnes handicapées en répercussion de l'impact des maladies associées à l'obésité (hypertension grave, diabète, syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, gonarthrose...), de la réévaluation de leur situation lors du renouvellement de dossier. Les effets bénéfiques de la chirurgie bariatrique peuvent entraîner une diminution ou une perte de l'AAH. Ces moindres ressources financières ou éventuellement trop-perçus doivent être anticipés avec l'aide du service social : demande du revenu de solidarité active (RSA), prime d'activité, protection universelle maladie (PUMA), complémentaire santé solidaire, allocation logement, etc. [Accueil Particuliers | Service-public.fr](#)

Un travail d'accompagnement mis en œuvre lors de la période de préparation à la chirurgie est poursuivi après la chirurgie pour les personnes qui en ont besoin, tout particulièrement :

- un bilan des actions mises en place peut être réalisé à la demande de la personne dans les mois suivant la chirurgie pour un suivi si nécessaire avec le travailleur social de l'établissement de santé ou du centre communal d'action sociale (CCAS) de la mairie du lieu de vie de la personne ;
- une mise en lien peut être établie entre le travailleur social de l'établissement de santé et du centre communal d'action sociale (CCAS) et/ou du lieu de travail le cas échéant pour une complémentarité d'action ou un relais pour leur poursuite ;

¹³ Haute Autorité de santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

- dans une situation de handicap et en cas d'attribution d'une prestation de compensation du handicap (PCH), la révision du plan d'aide humaine doit être anticipée de manière à intégrer après la chirurgie, par exemple, l'accompagnement aux séances d'activité physique adaptée, le temps pour l'adaptation de l'alimentation et la prise des repas, etc. ;
- une aide au renouvellement du dossier de demande de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la recherche de revenus de substitution en cas de perte ou de diminution de ressources financières liées à l'amélioration de l'état de santé : demande du revenu de solidarité active (RSA), prime d'activité, protection universelle maladie (PUMA), complémentaire santé solidaire, allocation logement, etc. [Accueil Particuliers | Service-public.fr](https://www.service-public.fr/particuliers/accueil)

Fiche 3. Infirmier : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

L'obésité est une maladie chronique complexe et multifactorielle qui nécessite une évaluation multidimensionnelle, le plus souvent pluriprofessionnelle, la définition avec la personne soignée des objectifs personnalisés de soins, une graduation des interventions qui dépendent de la complexité et de l'évolution de la situation, un suivi long souvent à vie.

Dans ce contexte, l'infirmier est un acteur essentiel au sein d'une équipe pluriprofessionnelle coordonnée. L'exercice pluriprofessionnel coordonné s'appuie sur des échanges d'informations, une concertation et une coordination tout particulièrement avec le médecin généraliste et les autres médecins spécialistes et avec tous les intervenants impliqués dans le parcours de soins des personnes soignées. De plus, un rôle de référent peut être dévolu à l'infirmier dans les situations d'obésité complexe ou très complexe.

Plusieurs modalités de travail en exercice coordonné au sein du parcours de soins de l'adulte en surpoids ou en obésité se mettent en place

Des évolutions réglementaires ont permis depuis plusieurs années d'étendre et de diversifier les compétences des infirmiers aux côtés des médecins, au sein d'équipes pluriprofessionnelles. Ils participent davantage à la prise de décision et leurs compétences s'élargissent à des délégations de tâches et à la coordination des parcours qu'ils assurent de manière autonome tout en partageant leurs constats, leurs analyses, les résultats de leurs actions.

Plusieurs modalités de travail en exercice coordonné permettent aux infirmiers, selon leur profil, de participer aux soins et à l'accompagnement des personnes en situation de surpoids et d'obésité. **Les infirmiers exercent en étroite collaboration avec les médecins**, notamment dans le suivi des personnes qui leur sont confiées par ceux-ci.

Les infirmiers délégués à la santé publique (IDSP) exercent en soins de ville selon un dispositif porté par l'association ASALÉE (Actions de santé libérale en équipe) dont le but est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville, par le suivi, l'éducation et l'accompagnement de la personne soignée dans la connaissance de sa maladie¹⁴.

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) sont des infirmiers qui exercent leurs missions en transversalité, en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin, ou en établissement de santé ou dans un établissement médico-social. Ces IPA ont développé une expertise en sciences infirmières et acquis des compétences du domaine médical (formation universitaire de niveau master). Les IPA sont donc habilités à intervenir au-delà de la pratique infirmière habituelle¹⁵.

L'IDSP et l'IPA peuvent intervenir au sein d'une même structure de soins, de manière complémentaire.

Rôle de l'infirmier selon la complexité du surpoids ou de l'obésité

L'infirmier délégué à la santé publique (IDSP) s'appuie sur un protocole de coopération lui permettant de déroger à ses conditions réglementaires d'exercice en réalisant, en lien avec des médecins

¹⁴ Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « ASALÉE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné ». Journal officiel; 3 mars 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043205178>

¹⁵ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Journal officiel; 19 juillet 2018. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>

généralistes, des activités de suivi du patient diabétique de type II, du patient à risque cardiovasculaire, du patient tabagique à risque BPCO et des consultations de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire pour les personnes âgées¹⁶.

Dans le cadre des pathologies définies ci-dessus, l'IDSP participe au projet de soins des personnes en surpoids ou en obésité sans complications associées à une maladie chronique. Le groupe de travail suggère que les l'IDSP puissent intervenir également auprès de personnes en situation de surpoids ou d'obésité sans complications, et :

- concourir au repérage d'une situation de surpoids ou d'obésité ;
- recueillir des informations utiles aux médecins pour préciser le diagnostic et évaluer les effets de leurs prescriptions, y compris l'activité physique et les comportements sédentaires ;
- partager des informations utiles aux autres professionnels impliqués dans le parcours pour compléter leur évaluation et agir en synergie ;
- participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins ;
- mener des actions de communication et de reformulation des informations, notamment auprès de personnes ayant des difficultés de littératie et de numératie en santé ;
- délivrer une éducation thérapeutique après avoir évalué les besoins éducatifs de la personne soignée pour lui permettre de mieux s'approprier sa maladie et de devenir plus autonome, aux proches, le cas échéant, d'être guidés, accompagnés ;
- suivre régulièrement la personne grâce à des séances d'une durée de 45 minutes à une heure, et ne nécessitant pas d'avance de frais ;
- assurer un dialogue régulier et un suivi conjoint avec le médecin selon des temps définis de coordination entre professionnels de santé.

L'infirmier en pratique avancée (IPA) a des compétences élargies par rapport aux infirmiers diplômés d'État. Il participe au suivi global des personnes ayant une maladie chronique, qui lui sont confiées par un médecin dans le cadre d'un protocole d'organisation défini par le médecin et l'IPA.

Dans le respect du parcours de santé du patient coordonné par le médecin, l'IPA apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant au suivi de la personne soignée, à l'organisation des parcours avec le médecin généraliste et autres spécialistes, les professionnels et les équipes de soins des établissements de santé, y compris celles des structures spécialisées dans l'obésité, ou des établissements et services médico-sociaux.

Les compétences développées par l'infirmier IPA lui permettent de réaliser de nombreux actes de soins, incluant des délégations de soins médicaux, encadrées par décret, et d'assurer le suivi des situations complexes en lien avec les médecins.

Bien que l'exercice en pratique avancée de l'IPA soit défini par décrets et concerne précisément cinq domaines d'intervention : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémo-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale ; la psychiatrie et la santé mentale ; et les urgences, le groupe de travail suggère que les IPA puissent :

¹⁶ Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « ASALÉE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné ». Journal officiel; 3 mars 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043205178>

- ➔ intervenir auprès de personnes en situation d'obésité complexe (du fait de la sévérité de l'obésité et du cumul de facteurs associés) et très complexe (obésité qui aggrave une maladie chronique déjà présente) ;
- ➔ assurer la mission de référent du parcours d'une personne en situation d'obésité complexe et très complexe.

Dans ce cadre et selon la réglementation, les activités de l'IPA seraient les suivantes :

- participer à l'évaluation multidimensionnelle de la situation de la personne en surpoids ou en obésité ;
- évaluer ses besoins, ses attentes et repérer d'éventuelles vulnérabilités sociales, situations de maltraitance physique, psychologique, sexuelle :
 - 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 globale d'une personne polyopathologique (notamment échelles de mesure des capacités fonctionnelles, du sommeil, de l'état nutritionnel, de la qualité de vie),
 - réalisation de bilans de prévention adaptés à la situation de la personne soignée (notamment facteurs de risque cardiovasculaire, addictions, vaccinations recommandées, dépistage organisé de cancers, recherche d'infections sexuellement transmissibles) et suivi des actions de prévention mises en œuvre,
 - analyse et anticipation des besoins en soins de support et en accompagnement social aux différentes étapes du parcours de soins, orientation de la personne en conséquence, pour prévenir les ruptures de soins ;
 - repérage et évaluation des événements de vie pouvant avoir un impact sur la situation de la personne ;
- évaluer l'état de santé et aboutir à une conclusion clinique, des actes techniques et actes de surveillance clinique et paraclinique, à des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales, orientation du patient selon le diagnostic ;
- mettre en œuvre l'éducation thérapeutique, 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 éducatif structuré et cohérent, accompagner des pairs dans la conception et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique : établir un diagnostic éducatif partagé avec la personne soignée et son entourage si besoin, coconstruire un plan d'action (objectifs éducatifs, contenu des séances, modalités de mise en œuvre et d'évaluation) en établissant avec la personne soignée une relation de confiance dans la durée, concevoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de la personne dans le cadre de son parcours de soins, identifier et mobiliser les ressources, acteurs, réseaux et structures, nécessaires à la mise en œuvre des activités éducatives, organiser et planifier les actions en fonction des besoins de la personne soignée, accompagner les modifications progressives des habitudes de vie, aider la personne à développer des compétences d'autosoin et d'adaptation à sa situation, évaluer les actions conduites et mettre en œuvre les réajustements nécessaires, définir et mettre en œuvre les actions pertinentes favorisant l'adhésion de la personne à son traitement ;

- participer à l’organisation du parcours de soins et de santé en collaboration avec l’ensemble des acteurs concernés en proximité et, si nécessaire, avec les établissements et services de santé ou médico-sociaux, les structures spécialisées dans l’obésité : participer, en collaboration avec l’ensemble des professionnels concourant aux soins et à l’accompagnement, à l’organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes du premier ou deuxième recours et les établissements de santé ;
- mener ses activités dans le cadre du travail en équipe avec le ou les médecins grâce à un protocole d’organisation (conformément à l’article R. 4301-1 du Code de la santé publique). Ce protocole précise :
 - le ou les domaines d’intervention concernés,
 - les modalités de prise en charge par l’infirmier exerçant en pratique avancée des personnes qui lui sont confiées,
 - les modalités et la régularité des échanges d’informations entre le médecin et l’infirmier exerçant en pratique avancée : accès au dossier médical, report des résultats des interventions de l’IPA dans ce même dossier,
 - les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des personnes soignées,
 - les conditions de retour de la personne soignée vers le médecin, notamment dans les situations dont la prise en charge dépasse son champ de compétences ;
- mettre en œuvre des actions d’évaluation et d’amélioration des pratiques professionnelles et d’évaluation de la satisfaction des personnes soignées vis-à-vis de leur parcours ;
- contribuer à des études et des travaux : rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Spécificités pour la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

➔ En préparation à la chirurgie et après la chirurgie

Selon l’organisation locale, l’infirmier, en lien avec les autres professionnels impliqués dans le projet de soins, évalue ou actualise les besoins éducatifs, délivre en équipe pluriprofessionnelle une éducation thérapeutique visant à développer des compétences d’autosoins et d’adaptation spécifiques à la chirurgie bariatrique.

Tout particulièrement, les séances éducatives visant à développer des compétences d’adaptation psychologique, émotionnelle, sociale peuvent être coanimées avec un psychologue. Elles ont pour objectifs de développer ou mobiliser la capacité de s’adapter aux diverses situations et contextes, à expérimenter et à généraliser les expériences en lien avec les modifications liées à la chirurgie bariatrique (sur le plan de l’alimentation, de l’activité physique et des comportements sédentaires, de l’image de soi, de la confiance en soi), et à créer un environnement favorable à la mise en œuvre et au maintien de ces modifications.

Entre les séances éducatives et en fonction des besoins évalués, des séances de consolidation ou de renforcement des compétences développées peuvent être proposées grâce au télésoin, en respectant plusieurs conditions¹⁷. La fréquence de ces séances est décidée avec la personne. Elle tient compte de ses besoins, des autres composantes de la prise en charge et de la faisabilité pour la personne.

¹⁷ 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

➔ Après la chirurgie, des consultations infirmières de suivi

En établissement de santé, un protocole de coopération permet à un infirmier avec compétences élargies¹⁸ de suivre au cours d'une consultation infirmière les personnes bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin, avec le dépistage biologique de carences en vitamines et minéraux, les prescriptions de suppléments vitaminiques spécifiques et adaptées, la prescription de la surveillance biologique, le dépistage de problématiques digestives ou nutritionnelles spécifiques de la chirurgie bariatrique.

En exercice coordonné, un infirmier de pratique avancée formé à l'obésité et à son traitement devrait pouvoir suivre l'état de santé d'une personne opérée d'une chirurgie bariatrique, dont l'état de santé est stabilisé, à l'aide d'une conduite à tenir précise, en lien avec le médecin généraliste et l'équipe spécialisée.

¹⁸ Protocole de coopération n° 024 du 10 avril 2013 « Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin ». Protocole autorisé au niveau national par l'arrêté du 14 mars 2022. Journal officiel;17 mars 2022. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045366076>

Fiche 4. Diététicien : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

Le bilan diététique personnalisé (BDP) permet de compléter et d'approfondir le bilan initial réalisé par le médecin généraliste ou l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné, ou par un autre médecin spécialiste (Code de la santé publique).

Le BSP peut être prescrit par le médecin généraliste ou spécialiste de l'obésité ou autre spécialiste.

Le BDP intègre le recueil de données et leur analyse, étapes de la démarche de soin diététique aboutissant à l'élaboration d'un diagnostic diététique¹⁹.

Il permet d'identifier une problématique d'amélioration, de rééquilibrage, d'adaptation de l'alimentation, un besoin d'exploration de troubles de l'alimentation ou des comportements alimentaires, des difficultés à créer un environnement favorable aux changements des habitudes de vie.

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

- besoin d'une évaluation plus fine des habitudes de vie ;
- enquête alimentaire (un chiffrage n'est pas toujours nécessaire) ;
- problématique d'amélioration et de rééquilibrage de l'alimentation ;
- besoin d'exploration de perturbations de l'alimentation ou de troubles des conduites alimentaires (TCA) ;
- difficultés à créer un environnement favorable aux changements des habitudes de vie ;
- recherche de stratégies pour maintenir une balance énergétique adaptée et faire face à d'éventuelles modifications de l'appétit et de la sensation de satiété après une perte de poids.
- ➔ À l'occasion du bilan diététique et/ou de la mise en œuvre de séances d'accompagnement diététique, le diététicien peut être amené à repérer des difficultés psychologiques, sociales, des signes d'addiction. Face à cette situation, il partage ses observations avec le médecin avec l'accord de la personne pour une orientation si besoin et après réévaluation de la situation vers un psychologue, un psychiatre. Il peut être amené à orienter si besoin vers un travailleur social.

Contenu du recueil de données initial

- ➔ **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, ultra transformés) ;
 - les prises alimentaires : rythme, répartition dans la journée, nombre, y compris collations et prises alimentaires en dehors des repas ou sans faim ;
 - le contexte et les conditions des prises alimentaires des repas : durée (tachyphagie), contexte (lieux de vie : en famille, en foyer, en établissement spécialisé, cantine, cafétéria), ambiance, participation au choix des menus, à la préparation des repas ;
 - le repérage d'éléments en faveur d'un trouble du comportement alimentaire (TCA), d'une restriction cognitive ;

¹⁹ Association des diététiciens de langue française, Haute Autorité de santé. La consultation diététique réalisée par un diététicien. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272510/fr/consultation-dietetique-realisee-par-un-dieteticien

- les connaissances et représentations, fausses croyances sur l'alimentation ;
- les régimes antérieurs et leur contexte ;
- l'historique du poids et les évènements liés ;
- les habitudes alimentaires, les aspects culturels ;
- les médicaments orexigènes ;
- l'accès à une alimentation variée (géographique et financier), l'accès à du matériel pour cuisiner (pour le stockage, la cuisson, le service).
- ➔ **Évaluation des perceptions liées à l'alimentation :**
- les dimensions sensorielles : faim, appétit, envie, satiété, rassasiement, hypersensibilité aux stimuli environnementaux : visuels, olfactifs, conviviaux ;
- les dimensions émotionnelles : plaisir, récompense, consolation, stress, fatigue, ennui.

Objectifs de l'accompagnement diététique

Selon la situation et en fonction des objectifs formulés avec la personne : accompagner une stabilisation du poids ou un infléchissement de la courbe de corpulence, ou une perte de poids :

- aider la personne à adopter durablement une alimentation et une relation à l'alimentation plus en phase avec ses besoins de santé ;
- améliorer la qualité des repas (quantité, composition, rythme) et favoriser le maintien des changements d'habitude de vie dans la durée en fonction des problématiques rencontrées.

Dans la perspective d'une perte de poids durable, la réduction des apports énergétiques doit être modérée et personnalisée. Les objectifs sont²⁰ :

- l'obtention d'un changement du comportement alimentaire régulé par les signaux de faim, de satiété et de rassasiement (signaux dits « internes ») ;
- la prise en charge de la composante émotionnelle de l'alimentation ;
- l'instauration de modifications alimentaires en phase avec les repères du Plan national nutrition santé (PNNS).
- ➔ Ces objectifs seront raisonnables, définis en accord avec la personne et personnalisés en fonction du recueil de données. Ils sont progressifs, faciles à mettre en œuvre, culturellement acceptables et acceptés, révisables.

Contenu des consultations de diététique

- Proposer un temps d'échange verbal tout en créant un climat de confiance mutuelle, importance de la valorisation de tout changement, comportement, et de la déculpabilisation.
- Apporter des connaissances et des conseils sur l'alimentation et permettre le développement d'un regard critique, et d'une autonomie dans le choix des aliments et de l'équilibre au cours d'un repas (encadré 1).
- Informer sur le Nutri-Score, son intérêt, les recommandations nutritionnelles de santé publique peuvent être mal comprises par les consommateurs. Le Nutri-Score apporte des éléments de comparaison entre les produits destinés au même usage, il facilite le choix des consommateurs vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et incite les fabricants à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments. C'est un système d'étiquetage nutritionnel à l'avant des emballages, basé sur une échelle de cinq couleurs, associées à des lettres allant de A à E (plus ou moins favorable sur le plan nutritionnel). Le logo est attribué sur la base d'un score prenant en compte,

²⁰ Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale

pour 100 g ou 100 mL de produit, la teneur en nutriments et aliments à favoriser (fibres, protéines, fruits, légumes, légumineuses, fruits à coques, huile de colza, de noix et d'olive), et en nutriments à limiter (énergie, acides gras saturés, sucres, sel). Après calcul, le score obtenu par un produit permet de lui attribuer une lettre et une couleur.

- Expliquer que les régimes déséquilibrés ou très restrictifs sont déconseillés.
- Proposer une alimentation de type méditerranéen (riche en fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes, huile d'olive et poissons gras), du fait de ses bénéfices sur la santé. Il est à noter que l'effet sur la perte pondérale est accru si l'alimentation de type méditerranéen est associée à une restriction énergétique, une augmentation de l'activité physique, ainsi qu'à une mise en œuvre supérieure à six mois²¹.
- Accompagner la mise en œuvre des objectifs choisis avec la personne, et si besoin prendre un temps de reformulation si les objectifs n'ont pas été compris.
- Associer une stratégie visant à améliorer les sensations (faim, satiété, rassasiement, goût), à manger lentement (20 minutes au minimum).
- Puis, selon l'évaluation de la situation, utiliser des stratégies d'adaptation complémentaires aux dimensions cognitives qui permettent à la personne de réguler ses émotions, et d'avoir la capacité de résoudre des problèmes, d'adapter son 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, vacances).

Modalités de mise en œuvre des consultations de diététique

- Proposer des séances d'accompagnement diététique individuelles, régulières et suffisamment espacées pour permettre de mettre en place le ou les objectifs formulés.
- À l'initiation des soins, la fréquence des séances peut être d'au moins une consultation par mois pendant plusieurs mois, puis la fréquence du suivi au long cours est adaptée en fonction des besoins.
- Après consolidation des objectifs et stabilisation du poids, un suivi annuel est préconisé après concertation avec le médecin et les intervenants impliqués dans le parcours de la personne.
- En plus des consultations individuelles, des ateliers pratiques en groupe peuvent être proposés : cours de cuisine autour d'une recette de saison, discussion sur le thème du budget alimentaire et de l'alimentation équilibrée, lecture des étiquettes et choix des produits en magasin, séance de dégustation, etc. L'aidant peut aussi être convié. Ces ateliers permettent de rompre l'isolement du patient et peuvent l'aider à créer des liens.
- Entre les séances d'accompagnement diététique et en fonction des besoins évalués, des séances de suivi par télésoin peuvent être proposées²². La fréquence des séances d'accompagnement diététique est décidée avec la personne. Elle tient compte des autres composantes de la prise en charge et de la faisabilité pour la personne.

Éléments de suivi

- Échange avec le patient sur les difficultés rencontrées en lien avec le ou les objectifs personnalisés.
- Encouragement et valorisation des progrès effectués.

²¹ Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale

²² 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

- S'accorder avec la personne et le médecin qui la suit sur de nouveaux objectifs à travailler si besoin.

Synthèse et partage des informations

- Croiser les informations avec les autres intervenants dans la prise en charge pour une complémentarité d'action (psychologue, professionnel de l'activité physique adaptée, travailleur social).
- Partager une synthèse du bilan diététique personnalisé (BDP) initial avec le médecin prescripteur, le cas échéant avec les professionnels impliqués dans la prise en charge (exercice coordonné, structure spécialisée dans le traitement de l'obésité). Cette synthèse comprend :
 - un bilan de l'évaluation initiale ;
 - les objectifs des séances ;
 - la durée de l'accompagnement diététique initial ;
 - les données de l'évaluation à la fin des séances planifiées ;
 - une proposition de poursuite de l'accompagnement : consolider, maintenir ou développer de nouveaux objectifs.
- Partager avec le médecin prescripteur un bilan d'évaluation après une série de séances d'accompagnement diététique, selon des modalités définies en commun pour décider ensemble de la poursuite ou de la reformulation des objectifs de l'accompagnement diététique.

Encadré 1. Conseils pour l'alimentation

Conseils diététiques généraux

Rassurer la personne quant à l'importance de préserver le plaisir de manger et la convivialité.

Manger lentement et bien mastiquer, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans le calme.

Se consacrer au repas, être attentif aux aliments dans l'assiette, à leur goût.

Sur la base d'une alimentation équilibrée : limiter la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, les boissons sucrées, réduire la quantité et la fréquence des boissons alcoolisées.

Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout, sans interdit alimentaire (ne pas éliminer les aliments préférés, souvent tabous, mais en manger modérément).

Favoriser l'apport en fibres pour leur rôle dans la satiété : fruits et légumes, aliments complets et légumineuses. Bien s'hydrater : boire de l'eau, des boissons chaudes sans sucre, de préférence en dehors des repas tout au long de la journée ou en quantité modérée au cours des repas.

Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim.

Conseils pour l'acquisition des aliments

Prévoir les menus à l'avance en y associant la famille, l'entourage proche.

Dresser une liste de courses et faire ses courses sans avoir faim.

Privilégier l'achat d'aliments bruts : frais, surgelés nature, boîte de conserve nature, aliments secs en sachet de manière à privilégier les plats faits maison. Acheter des produits de saison.

Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages à l'aide du Nutri-Score, système d'étiquetage nutritionnel, qui apporte des éléments de comparaison entre les produits destinés au même usage et facilite le choix des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, et l'équilibre entre produits au cours d'un repas.

Conseils pour la préparation des aliments

Prodiguer des conseils pour cuisiner, utiliser des ustensiles, donner des idées de recettes avec des produits de saison.

Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier).

Proposer si besoin des ateliers cuisine.

Limiter l'utilisation de matière grasse pour la cuisson : pour donner du goût aux plats, utiliser des épices, herbes aromatiques, des condiments en lien avec les traditions culinaires de la personne.

Cuisiner des quantités adaptées. Limiter la taille des plats. Anticiper sur la manière d'accommoder les restes pour le repas suivant.

Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou plus petit). Servir une portion à l'assiette, éviter de laisser le plat sur la table. Prendre l'habitude de ne pas se resservir.

Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie (comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion rapide d'aliments).

Conseils entre les repas

Éviter d'acheter ou de stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extrapran-diales.

Spécificités pour la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

- ➔ Avant la chirurgie dans le cadre d'une préparation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle spécifique à la chirurgie bariatrique

Encadré 2. Compétences à développer avant la chirurgie bariatrique

Connaître les modifications au niveau de l'anatomie et la physiologie de la digestion et les conséquences en termes de restriction des quantités ingérées et/ou de malabsorption des nutriments, des vitamines, des minéraux selon l'intervention chirurgicale.

Comprendre la nécessité d'adapter l'alimentation après la chirurgie : texture, quantité et volume pour les liquides, choix des aliments, fractionnement des repas dans les premiers temps puis se rapprocher de 3 repas, importance de l'hydratation en petites quantités en dehors des repas.

Connaître et mettre en œuvre les conditions favorables pour la prise des repas :

- expliquer l'implication de la santé buccodentaire pour la digestion des aliments ;
- s'entraîner à manger 3 repas par jour dans une atmosphère calme, se mettre à table et disposer d'un temps suffisant pour manger, prendre plaisir à manger ;
- manger lentement (un minimum de 20 minutes pour le petit déjeuner et de 30 minutes pour le déjeuner et le dîner) ;
- apprendre à percevoir et à respecter les signaux de faim et de rassasiement ;
- conseiller d'adapter si nécessaire le rythme professionnel pour disposer d'une pause déjeuner suffisamment longue ;
- bien mastiquer les aliments avant d'avaler, s'entraîner à boire en dehors des repas ;
- proposer des ateliers de dégustation.

Comprendre les étapes de réalimentation progressive après la chirurgie bariatrique et les critères de passage d'une étape à l'autre :

- expliquer les étapes de réalimentation et le passage d'une étape à une autre avec une évolution de la texture et en fonction de la tolérance digestive ;
- expliquer l'intérêt d'une mastication efficace des aliments avec une bonne imprégnation salivaire au niveau de la bouche qui conditionne l'assimilation future des nutriments ;

- préciser la nature de l'accompagnement du diététicien pour accompagner la réalimentation.

Se préparer à des modifications de l'alimentation et de l'hydratation en lien avec les conséquences de la chirurgie :

- savoir que les sensations de faim, de satiété et de rassasiement se modifient avec la chirurgie, voire disparaissent dans l'année qui suit. S'entraîner à identifier et à respecter ces sensations avant la chirurgie pour être préparé aux changements et à l'écoute de son corps. Après la chirurgie, penser à s'alimenter régulièrement et être à l'écoute d'éventuels blocages alimentaires ;
- anticiper les difficultés de réalimentation en travaillant sur les sensations qui vont changer après chirurgie : gustatives, olfactives, inappétence pour certains aliments, intolérances alimentaires, éventuel dégoût de l'eau et de certains aliments, exacerbation des odeurs, etc. ;
- savoir mettre en œuvre un fractionnement des repas et les composer en conséquence pour couvrir les besoins nutritionnels, être sensibilisé sur le fait que le fractionnement n'est pas la règle et de l'évolution progressive vers 3 repas par jour ;
- aller vers une alimentation variée et équilibrée couvrant les besoins énergétiques et nutritionnels (notamment en protéines) en tenant compte des pratiques alimentaires familiales, culturelles, culturelles ;
- respecter les besoins de l'organisme après l'intervention avec un apport en protéines d'au moins 60 g/jour : savoir identifier les sources de protéines, évaluer la quantité ingérée de protéines journalières, savoir enrichir les plats en protéines ;
- varier l'alimentation en fruits et légumes en fonction de la tolérance digestive (digestion et transit) : se préparer à faire des essais après l'intervention ;
- boire en dehors des repas et en quantité suffisante ; proscrire les boissons gazeuses pendant au moins un mois et les éviter au-delà ;
- comprendre la nécessité de corriger les carences en vitamines et minéraux avant et après l'intervention. En cas de carence (fréquente dans les situations d'obésité), la prise de vitamines et de minéraux avant la chirurgie bariatrique permet à la personne de s'entraîner à une routine (prise quotidienne) ;
- comprendre la sensibilité accrue aux effets de l'alcool : absorption beaucoup plus rapide après chirurgie (2 verres correspondent en fait à 4 verres).

Anticiper le retour à domicile après l'intervention :

- préparer des plats à partir des achats alimentaires conseillés (texture des aliments, portion individuelle, conservation par congélation en vue du retour à domicile). S'assurer le cas échéant de la possibilité financière d'achats de plats prêts à la consommation ;
- savoir adapter la texture des aliments au cours des semaines suivant l'intervention permettant une bonne tolérance alimentaire et éviter des complications à type de rupture anastomotique ;
- tester les recettes, les textures, les goûts avant l'intervention et poursuivre en postopératoire en repérant les appétences et inappétences alimentaires ;
- s'entraîner si possible lors d'ateliers culinaires : travail sur les textures, les portions individuelles, etc.

Connaître de possibles inconvénients ou conséquences postopératoires et y faire face :

- blocages alimentaires : savoir repérer les aliments ou le contexte du repas les déclenchant ;
- vomissements : savoir repérer la cause (alimentaire ou complication digestive) ;
- symptômes de **dumping** (aussi appelé *dumping syndrome* précoce) : surviennent 10 à 30 min après la prise alimentaire sous la forme d'un malaise avec signes vasomoteurs (flush,

hypotension, tachycardie) et intestinaux (diarrhées, nausées) : repérage et éviction des aliments déclencheurs comme des aliments gras ou hyperosmolaires (c'est-à-dire riches en sucres simples ou trop salés, entraînant une concentration trop importante d'eau brutalement), une température des aliments trop chaude ou trop froide, bol alimentaire trop important en quantité, reprise des conseils alimentaires (boire à distance de la prise alimentaire, fractionnement des repas (justifié dans cette situation), bien mastiquer et manger dans le calme, améliorer la qualité nutritionnelle de l'alimentation) ;

- symptômes d'**hypoglycémie réactionnelle** (aussi appelée *dumping syndrome* tardif) : surviennent entre 1 et 3 heures après la prise d'un aliment glucidique sous la forme de sueurs, palpitations, de tremblements (symptômes adrénergiques), voire de confusion, de diplopie (symptômes neuroglycopéniques) contemporains d'une variation rapide de la glycémie : diminuer l'index glycémique (IG) des aliments ingérés (éviter les aliments ayant un IG > 70 ou les associer au cours d'un repas avec des protéines, des lipides et/ou un aliment riche en fibres), éviter la consommation d'aliments/boissons sucrés en dehors des repas et les consommer en petites quantités, fractionner les repas ;
- en cas d'hypoglycémies réactionnelles répétées sans amélioration avec les conseils diététiques, savoir qu'une orientation vers un médecin spécialiste de l'obésité sera nécessaire pour envisager un traitement adapté ;
- **modification des sensations** avec éventuelle disparition de la faim et de l'envie de manger : maintenir une régularité du rythme des repas, en évitant de sauter un repas, anticiper la préparation des repas ;
- **modifications du goût avec éventuel dégoût alimentaire et de la perception des odeurs** (de cuisine, parfums, etc.) avec exacerbation pouvant être désagréable, responsables d'une éviction de certains aliments : reprendre la consommation des aliments évités progressivement et en petites quantités, compenser si nécessaire, tout particulièrement en cas d'éviction des protéines ;
- **troubles du transit** : constipation (conseiller de boire régulièrement de l'eau en quantité modérée, consommer des fibres, pratiquer de l'activité physique), diarrhées (éviter les aliments déclencheurs, associer féculents et légumes cuits) ;
- **difficultés à boire de l'eau** : fractionnement, changement de goût, voire dégoût : remplacer par tisanes, eau aromatisée peu sucrée ou sans sucre, froides si mieux tolérées ;
- **sensibilité accrue aux effets pharmacologiques de l'alcool** : savoir que l'absorption de l'alcool est beaucoup plus rapide après chirurgie (deux verres d'alcool pris après chirurgie correspondent en fait à quatre verres d'alcool), en particulier après bypass gastrique ou gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomy* en comparaison avec la période préopératoire.

Savoir reconnaître les stimuli de l'environnement alimentaire, les situations qui entraînent (ou font resurgir) du grignotage ou une impulsivité alimentaire, des compulsions, un usage de substances psychoactives (tabac, alcool, substances psychoactives illicites) ou un recours compulsif à des comportements (jeux de hasard et d'argent, achats compulsifs) : en réaction à une situation de stress, mais aussi à cause d'un manque d'apports alimentaires ou d'une restriction si l'objectif de poids idéal n'est pas atteint (évitement des matières grasses, des fromages) : à aborder dans une séance éducative animée en binôme avec un psychologue.

Poursuivre les modifications de l'alimentation débutées dans un projet de soins antérieur et poursuivies pendant l'étape de préparation à la chirurgie : variété, qualité des aliments, préparation, conditions et rythme des repas, etc.

Aller progressivement vers une amélioration de l'alimentation et des conditions de prise des repas compatibles avec une vie familiale, sociale, professionnelle et apprendre à adapter son alimentation et ses comportements dans des situations variées de la vie sociale : invitations, restaurant, fête de famille, buffet à volonté, voyages, etc.

Comprendre la nécessité de prendre à vie des vitamines et minéraux de manière à compenser les déficits dans la phase de perte de poids, quelle que soit l'intervention, et au long cours en fonction du type d'intervention chirurgicale, des apports alimentaires, des éventuels signes cliniques de carence, des examens biologiques.

Encadré 3. Contenu et chronologie des étapes de réalimentation après chirurgie bariatrique donnés à titre indicatif d'après l'*American Association of Clinical Endocrinologists* (108)

Le contenu et la chronologie des étapes de réalimentation après chirurgie bariatrique sont donnés à titre indicatif. Ils peuvent varier selon le protocole local établi conjointement par le médecin spécialiste de l'obésité, le chirurgien, le diététicien. Dans tous les cas, les étapes de réalimentation sont progressives. La durée de chaque étape est dépendante de la tolérance de l'alimentation et de la présence de troubles digestifs.

- Étape 1. Hydratation orale dès le jour de l'intervention selon la quantité tolérée par la personne sans symptômes digestifs associés : eau, bouillon, thé, tisane, à l'exclusion stricte de boissons sucrées et gazeuses qui sont déconseillées au minimum pendant un mois.
- Étape 2. Les deux jours suivants et jusqu'à la sortie : poursuite de l'alimentation liquide à semi-liquide en proposant produits laitiers, compote de fruits, fractionnement des prises alimentaires en au minimum 5 prises. À titre indicatif : la quantité maximum tolérée est d'environ 200 ml ou 150 g par prise alimentaire : elle dépend de la sensation de rassasiement.
- Étape 3. Après la première semaine et en fonction de l'évaluation des apports et de la tolérance : alimentation de texture semi-liquide à mixée, fractionnement des prises alimentaires en 5 prises au minimum avec une quantité limitée à 150 à 200 g en moyenne ou 250 ml maximum par prise alimentaire : à tester en fonction de la perception du rassasiement.
- Étape 4. Les deux semaines suivantes : faire évoluer progressivement vers une alimentation de texture molle en introduisant des aliments qui peuvent être écrasés si besoin ou qui ne nécessitent pas de mastication excessive.
- Étape 5. Après 1 à 2 semaines d'une alimentation de texture molle, introduire des aliments solides et progresser vers d'autres aliments en fonction de la tolérance et de la qualité de la mastication. Passer progressivement à 3 repas par jour.

Rappeler l'intérêt du fractionnement des repas si nécessaire dans les premiers mois après l'intervention et expliquer sa différence avec les collations. Les collations ne sont pas des repas supplémentaires et peuvent s'apparenter à du grignotage.

Encadré 4. Compétences à consolider et à développer après la chirurgie bariatrique

Faire évoluer la texture et diversifier son alimentation en fonction du type d'intervention chirurgicale et de la tolérance individuelle :

- redonner des explications sur les critères pour valider le passage progressif d'un stade de réalimentation à un autre : tolérance des textures des aliments (mixée, puis petits morceaux, puis solides), élargissement de la variété des aliments pour aller vers une alimentation solide proche des recommandations nutritionnelles en termes d'équilibre et de qualité de l'alimentation ;
- identifier les aliments responsables d'intolérances alimentaires ;

- savoir enrichir son alimentation pour atteindre un apport protidique journalier d’au minimum 60 g/jour et idéalement d’au moins 1,1 g de protéines/kg de poids/jour*, consommer les protéines au début du repas ;
- si nécessaire, recourir à des compléments nutritionnels oraux hyper protidiques sur prescription médicale : essentiellement sous forme de poudre de protéines. La densité calorique des compléments nutritionnels oraux (CNO) de type boissons lactées est élevée, elle peut induire un syndrome de *dumping*, une sensation d’écoeurement et/ou une inhibition de la faim aux repas suivants : ils sont déconseillés en cas de bypass gastrique ;
- améliorer la qualité nutritionnelle des apports alimentaires et accompagner les modifications de l’alimentation pour accompagner la perte de poids initiale, maintenir le statut nutritionnel et éviter une reprise de poids ;
- améliorer le comportement alimentaire et connaître la différence entre le fractionnement des repas qui est conseillé et le grignotage qui est déconseillé. Savoir qu’une collation consiste à décaler une partie du repas dans le temps (laitages, fruits du repas de midi au goûter) et que le grignotage est le plus souvent une prise d’aliments denses sur le plan calorique en plus ou à la place des repas ;
- reconnaître les signaux internes de faim, de rassasiement, de satiété ;
- poursuivre l’apprentissage d’une mastication efficace des aliments (alimentation lisse dans la bouche) pour permettre leur assimilation ;
- accompagner la perception du goût des aliments qui se modifie après la chirurgie. En cas de dégoûts alimentaires, notamment pour la viande rouge, le poisson : conseiller un évitement momentané et proposer une réintroduction progressive en petites quantités. Proposer des équivalences pour garder un équilibre en nutriments essentiels dont les protéines.

Encadré 5. Accompagnement diététique des symptômes digestifs et prévention des carences

Apprendre à la personne à repérer des symptômes digestifs et à y faire face : syndrome de *dumping* précoce, hypoglycémies réactionnelles apparaissant à distance d’un repas et entraînant un malaise.

- Si les mesures préventives et les préconisations diététiques ne suffisent pas, informer la personne d’une orientation vers le médecin spécialiste de l’obésité.
- En prévention aussi bien pour le *dumping syndrome* que pour les hypoglycémies postprandiales, sont préconisés : un fractionnement des prises alimentaires, une réduction de la quantité des glucides en augmentant la part des protéines et des fibres au cours des repas, une préférence des aliments à index glycémique < 55.

Plus spécifiquement, face à un syndrome de *dumping* précoce :

- identifier avec la personne des aliments déclencheurs grâce à la tenue d’un journal alimentaire ;
- supprimer temporairement aux repas suivants les aliments à forte densité osmotique (sucre, sel) ;
- éviter les aliments et boissons glacés ou trop chauds ;
- ralentir la vitesse de la prise alimentaire ;
- diminuer le volume des repas suivants en fractionnant l’alimentation.

Plus spécifiquement face à une hypoglycémie réactionnelle postprandiale :

- identifier avec la personne des aliments et les boissons déclencheurs grâce à la tenue d’un journal alimentaire ; corriger l’hypoglycémie avec des glucides complexes associés à des

protéines (pain et fromage) pour éviter la récurrence sauf dans le cas particulier d'une hypoglycémie menaçante ou d'une prise d'un traitement hypoglycémiant, insuline comprise.

Conseiller des adaptations de l'alimentation face à une constipation ou une diarrhée :

- constipation : boire de l'eau en quantité suffisante à distance des repas, augmenter la consommation de fibres et l'activité physique ;
- diarrhée : faire le lien avec la consommation de certains aliments, la température des aliments ou la composition du repas (trop riche en fibres, en graisse, en sucre) : boire, saler les aliments et orienter vers le médecin si persistance.

Accompagner la poursuite de l'adaptation de l'alimentation à des situations de la vie courante et à des contextes variés en aidant la personne à retrouver progressivement le plaisir de manger et la convivialité des repas :

- adapter son alimentation en cas de changement professionnel, en particulier les horaires de travail, la possibilité ou non de se restaurer sur place, le temps de pause pour le repas, chercher à équilibrer son alimentation au maximum ;
- maintenir les adaptations selon les tolérances alimentaires afin de prévenir des douleurs abdominales, vomissements et digestion difficile lors de situations variées de la vie sociale : invitation, restaurant, fête de famille, buffet à volonté, voyages, etc. ;
- adapter son alimentation aux interdits alimentaires et/ou périodes de jeûne d'origine culturelle ou culturelle : proposer des équivalences alimentaires pour assurer les apports nécessaires en protéines, vitamines, minéraux, et éviter la constipation en cas de restriction hydrique.

Être attentif à la résurgence ou l'apparition de signes évoquant un trouble des conduites alimentaires, une perte de contrôle sur l'alimentation, un trouble de l'usage de l'alcool : les repérer et partager les informations recueillies avec le médecin et/ou le psychologue qui suivent la personne avec son accord.

Prendre régulièrement la supplémentation en vitamines et minéraux en phase de perte de poids. Selon le type d'intervention, expliquer la nécessité de poursuivre le traitement à vie et de suivre les adaptations des posologies prescrites par le médecin aux résultats des dosages biologiques, à la composition de l'alimentation, aux signes cliniques de carence.

Fiche 5. Enseignant en activité physique adaptée : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

L'évaluation par un professionnel de l'activité physique adaptée (APA) permet d'approfondir le bilan réalisé par le médecin généraliste ou spécialiste ou l'infirmier dans le cadre d'un exercice coordonné.

Un bilan peut être prescrit par le médecin généraliste ou spécialiste de l'obésité ou autre spécialiste.

Le professionnel de l'APA évalue le besoin d'un encadrement en activités physiques et propose diverses interventions en fonction de l'évaluation de la situation.

Associer la notion de plaisir et de bien-être à la pratique des activités physiques est un préalable indispensable à l'adoption d'habitudes de vie actives sur le long terme.

Les situations qui conduisent à faire appel aux compétences d'un professionnel de l'APA à tout moment du parcours sont les suivantes :

- dispenser une activité physique adaptée sur prescription d'un médecin généraliste ou autre spécialiste²³ ;
- évaluer les aptitudes physiques et motrices de la personne, les freins et limites à la pratique, les attentes de la personne ;
- explorer les comportements sédentaires ;
- coconstruire un projet personnalisé d'activité physique et de limitation des comportements sédentaires ;
- identifier la nécessité de mettre en place un programme d'activité physique adaptée, en individuel ou en groupe, supervisé par un professionnel en APA ;
- aider à débiter, reprendre ou poursuivre une activité physique quotidienne et régulière ;
- orienter vers une structure ou un dispositif d'activité physique permettant de pratiquer dans un objectif de santé.

Contenu de l'évaluation préalable à un besoin d'encadrement par l'utilisation d'activités physiques

- ➔ **Explorer les habitudes de vie, le contexte psychologique et social à partir d'un entretien et réaliser un bilan afin de :**
 - comprendre les pratiques d'activité physique passées et actuelles, le vécu et le ressenti associés sur le plan physique, psychologique, social : plaisir, appétence ou non à la pratique, sentiment de compétence, autodépréciation, craintes ou croyances sur l'activité physique : fatigue, peur de se blesser, de transpirer, stigmatisation, etc. ;
 - apprécier la place de l'activité physique dans la vie quotidienne, les habitudes familiales ;
 - identifier les occasions de pratiquer, l'offre de proximité incluant le lieu de travail, son accessibilité financière, temporelle, géographique, le besoin d'émulation collective et un environnement géographique ou matériel favorable ;

²³ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

- déterminer le niveau d'activité physique (NAP)²⁴ pour estimer la durée journalière des activités physiques et des comportements sédentaires (jours de repos inclus) : professionnelles, familiales ou de loisirs (télévision et autres écrans, lecture ou activités en position assise ou allongée, déplacements en voiture, recours à des aides matérielles pour le travail domestique, etc.).
- ➔ **Évaluer les capacités physiques et motrices en tenant compte des éventuelles restrictions transmises par le médecin prescripteur :**
- la condition physique : endurance cardiorespiratoire, force et endurance musculaire des membres supérieurs et inférieurs, souplesse et équilibre, complétée par la perception que la personne a de sa condition physique ;
- la tolérance à l'effort et sa perception : essoufflement, douleurs thoraciques et/ou articulaires, transpiration ou toutes autres sensations limitantes.

Objectifs des interventions

- Promouvoir si besoin l'augmentation de l'activité physique quotidienne et accompagner la réduction des comportements sédentaires.
- Coconstruire avec la personne un projet d'activité physique en adéquation avec ses aptitudes, ses besoins et ses attentes, tout en favorisant le plaisir d'une pratique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.
- Aider la personne à percevoir et valoriser les effets positifs d'une pratique régulière d'activité physique.

Contenu des séances d'activité physique adaptée selon l'évaluation

Il s'agit d'optimiser la mobilité et la condition physique en adéquation avec les exigences des activités physiques de la vie quotidienne, dont les déplacements actifs, et de réduire ou de fractionner le temps de sédentarité. Ainsi, il pourrait être nécessaire de :

- encourager la personne à aller vers les repères d'activité physique en restant en cohérence avec ses capacités et ses attentes ;
- aider la personne à intégrer une activité physique quotidienne et régulière dans ses habitudes de vie et à parvenir à se poser un cadre cohérent concernant les déplacements actifs, les ruptures régulières des comportements sédentaires ;
- accompagner la personne dans son ajustement comportemental de réduction de temps sédentaire quotidien, si nécessaire, et rompre les temps prolongés assis en se levant pour bouger, mobiliser ses articulations, au moins 4 à 5 minutes toutes les heures et demie ;
- initier, reprendre ou maintenir une pratique d'activité physique adaptée encadrée ou en autonomie en tenant compte des contre-indications connues ;
- favoriser la pratique d'activités physiques de types différents (cardiorespiratoire, renforcement musculaire, souplesse, équilibre) en valorisant la dimension ludique.
- ➔ **L'activité physique doit être adaptée à chaque personne (en fréquence et en intensité) et réalisée de manière progressive et sécuritaire en favorisant le plaisir dans la pratique.**

Modalités de mise en œuvre des séances

L'activité physique adaptée peut être proposée sous la forme d'un programme de 2 à 3 séances d'AP par semaine, sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable. Chaque séance d'APA dure entre 45 à 60 minutes et associe au mieux des AP d'endurance aérobie et de renforcement musculaire,

²⁴ Questionnaire ONAPS <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2020/10/Questionnaire-Onaps.pdf>

d'équilibre et de souplesse. Chaque séance débute par une phase d'échauffement et se termine par une phase de récupération. Il doit y avoir au moins un jour de repos entre les séances²⁵.

- Pour accompagner une perte de poids, il est important d'augmenter progressivement l'AP d'endurance d'intensité modérée combinée avec des exercices de renforcement musculaire afin d'atténuer la perte de masse musculaire²⁶.
- Prévoir une augmentation de l'activité physique quotidienne en autonomie si la personne est suffisamment motivée pour une régularité de l'activité et capable de suivre les recommandations d'AP seule 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, Gym-Ball, bouteilles d'eau, ballon, etc.). Par exemple, les séances pratiques réalisables à domicile peuvent être :
 - un circuit training mobilisant les différentes parties du corps ;
 - une séance libre, seul ou en famille, plutôt centrée sur l'endurance ;
 - une séance vidéo d'activité physique adaptée, sélectionnée ou créée par le professionnel en APA.
- Proposer des ateliers d'activité physique adaptée en groupe peut être motivant, avec une mise en lien avec des associations affiliées à certaines fédérations non compétitives ou des clubs sportifs encadrés par des éducateurs sportifs sensibilisés aux situations d'obésité ou formés aux besoins dans le cadre du « sport-santé ». Ces ateliers proposent une pratique multisport où le contexte de pratique se veut contenant, valorisant et où la dimension ludique est mise en avant (<https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/maisons-sport-sante/maisons-sport-sante-carte>).
- Conseiller si besoin et orienter vers le médecin pour la prescription de dispositifs destinés à faciliter l'activité physique, en particulier une ceinture de maintien abdominal, un vêtement ou maillot de bain de contention.
- Dans certaines situations d'obésité complexe ou très complexe : proposer un suivi individuel, notamment avec des interventions à domicile permettant d'associer le cas échéant les proches.

Éléments de suivi

Un suivi à moyen et long terme est indispensable afin de s'assurer de la pérennité des engagements relatifs à l'activité physique et aux comportements sédentaires. De ce fait, il s'agira de :

- questionner l'évolution des pratiques d'activité physique : renforcer positivement les comportements acquis ; valoriser tout changement et l'atteinte des objectifs ;
- explorer les perceptions liées à l'activité physique : goût, plaisir, sentiment de compétence ;
- accompagner la compréhension des effets de la pratique de l'activité physique 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) ;
- évaluer les difficultés rencontrées, en particulier les baisses de motivation, les moyens mis en œuvre par la personne et les professionnels pour y faire face ;
- accompagner l'évolution vers une pratique autonome individuelle ou en groupe.

²⁵ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

²⁶ Haute Autorité de santé. Prescription d'activité physique et sportive. Surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

Synthèse et partage des informations

Le professionnel en activité physique adaptée doit œuvrer en partenariat avec la personne soignée, le médecin généraliste ou spécialiste et tous les autres professionnels pouvant contribuer au bon déroulement du projet en activité physique. Ainsi, il devra :

- partager une synthèse de l'évaluation initiale avec le médecin prescripteur et les professionnels impliqués dans le parcours ;
- croiser, si nécessaire, les informations avec les autres intervenants dans le parcours pour une complémentarité d'action, tout particulièrement le masseur-kinésithérapeute ;
- proposer des interventions qui vont s'intégrer au projet de soins et d'accompagnement coconstruit avec la personne : fréquence et durée des séances ;
- transmettre au médecin prescripteur un compte-rendu sur le déroulement du programme d'activité physique adaptée, les effets sur la condition physique et l'état fonctionnel de la personne, son degré d'autonomie dans la pratique de l'activité physique. Une copie de ce compte-rendu est remise à la personne (article D. 1172-1 du Code de la santé publique – mars 2017).

Spécificités pour la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

- ➔ Avant la chirurgie dans le cadre d'une préparation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle spécifique à la chirurgie bariatrique

Les objectifs spécifiques et les compétences à acquérir sur le plan de l'activité physique et la limitation des comportements sédentaires avant l'intervention (encadré 1) sont en continuité avec un projet de soins déjà mis en œuvre avant la demande de chirurgie bariatrique.

Encadré 1. Objectifs et compétences à développer avant la chirurgie bariatrique : activité physique et comportements sédentaires

Accompagner si besoin la remise en mouvement de la personne en poursuivant dès la période préopératoire une activité physique adaptée progressive, régulière, même faible, en tenant compte de ses préférences pour l'engager dans une routine bénéfique à la santé :

- comprendre que la pratique de l'activité physique réalisée en autonomie doit être variée (domestique, trajets quotidiens, déplacements, travail, loisirs) et qu'elle peut être une source de satisfaction et constituer une activité agréable en soi, d'autant plus si cette pratique correspond aux goûts et aux capacités de la personne ;
- comprendre l'intérêt de l'activité physique pour améliorer sa condition physique et faciliter la récupération après l'anesthésie et la chirurgie, et à moyen terme prévenir et maintenir une masse musculaire suffisante et contribuer à maintenir la perte de poids après l'intervention.

Évaluer avec la personne son niveau d'activité physique et ses capacités physiques et motrices et proposer des activités correspondant à ses capacités (2 à 3 fois/semaine si possible) :

- un entretien de la mobilité avec différents types d'activités physiques : pratique en décharge terrestre ou aquatique, marche si bien tolérée ;
- une amélioration progressivement de l'endurance, une mise en œuvre d'un renforcement musculaire et d'exercices de proprioception ;
- une amélioration des capacités cardiorespiratoires (volume et force inspiratoires et expiratoires) pour faciliter la récupération postopératoire et prévenir les complications articulaires, posturales, tendineuses et ligamentaires à moyen terme, améliorer la perception des changements corporels.

Aider la personne à comprendre la nécessité de poursuivre une activité physique et de diminuer les comportements sédentaires après la chirurgie bariatrique :

- savoir que l'effort est à éviter pendant les 4 premières semaines postopératoires : la mise en tension de la sangle abdominale entraîne un risque d'éventration. Reprendre ensuite une activité physique progressive après avis du chirurgien et en l'absence de complications ;
- comprendre l'intérêt de maintenir, voire de développer sa condition physique (force et endurance musculaire, souplesse, équilibre et endurance cardiorespiratoire) et de prévenir la reprise de poids :
 - être actif autant que possible au quotidien, participer à des séances d'activité physique adaptée, rompre la sédentarité, autopratiquer des mouvements conseillés par le professionnel régulièrement dans la journée,
 - encourager la pratique d'une activité physique, débiter la recherche d'un relais vers une activité physique adaptée qui peut être initiée en proximité et mise en œuvre dans les suites de la chirurgie.

➔ Après la chirurgie dans le cadre d'un suivi multidimensionnel et pluriprofessionnel spécifique à la chirurgie bariatrique

Un accompagnement sur le plan de la reprise et de l'augmentation progressive de l'activité physique est nécessaire après une chirurgie bariatrique chez des personnes généralement déconditionnées à l'effort (encadré 2) :

- la reprise d'une activité physique quotidienne est favorisée dans un premier temps ;
- dès l'accord du chirurgien, une activité physique adaptée peut être mise en œuvre de manière progressive, en fonction des capacités de la personne, par un professionnel de l'activité physique adaptée.

Encadré 2. Compétences en activité physique à consolider ou à développer après la chirurgie bariatrique

Dans les 4 premières semaines suivant l'intervention, la personne opérée est encouragée à être la plus active possible au quotidien et à diminuer ses comportements sédentaires :

- marcher tous les jours en fractionnant l'activité si nécessaire en fonction de l'état de fatigue ;
- éviter certains mouvements : port de charges, y compris porter un enfant en bas âge, exercices de renforcement des muscles abdominaux car risque d'éventration.

Dès cicatrisation de la paroi abdominale et après avis du chirurgien, des activités de type aérobie sans contrainte abdominale sont proposées par un professionnel de l'activité physique adaptée, en utilisant du matériel adapté :

- continuer l'activité physique régulièrement en augmentant la durée afin d'améliorer l'endurance cardiorespiratoire ;
- commencer à mettre en place progressivement des activités de renforcement musculaire et de mobilité en étant à l'écoute de ses capacités et sensations (douleur, fatigabilité) en favorisant le plaisir de bouger ;
- poursuivre la diminution des comportements sédentaires et lutter contre l'inactivité physique.

Pendant la première année, la chirurgie n'est plus une limitation à la diversification de l'activité physique : rechercher avec la personne les activités pour lesquelles elle souhaiterait s'engager.

Après la première année et pour la suite de la vie : conserver un niveau d'activité physique au moins équivalent à celui des recommandations en population générale :

- en l’absence de problèmes fonctionnels ou de douleur, augmenter progressivement son activité physique, la diversifier, l’intensifier, renforcer les capacités physiques dont la force musculaire ;
- se fixer des objectifs et s’y tenir, rechercher des stratégies pour maintenir un niveau d’activité au moins équivalent à celui de la population générale et faire face à une baisse de motivation ;
- comprendre qu’à long terme, l’activité physique contribue à limiter la reprise de poids ;
- en cas de difficultés ou de problèmes fonctionnels, poursuivre les séances d’activité physique adaptée après réalisation d’un bilan et prescription par le médecin qui suit la personne.

Fiche 6. Masseur-kinésithérapeute : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

Les situations d'obésité peuvent avoir un retentissement fonctionnel et/ou douloureux. Un bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) peut être prescrit par le médecin généraliste ou spécialiste de l'obésité ou autre spécialiste, à une fin d'évaluation ou de bilan initial pouvant déboucher sur un programme de rééducation ou de réadaptation.

Quand faire appel au masseur-kinésithérapeute ?

Le médecin fait appel au masseur-kinésithérapeute dès lors qu'il s'agit :

- d'évaluer les capacités physiques et de dispenser une activité physique adaptée sur prescription d'un médecin généraliste ou autre spécialiste²⁷ ou préalablement à la mise en œuvre d'un programme de réadaptation ;
- d'accompagner une personne en surpoids ou en obésité dans sa volonté de gérer des douleurs ou des comportements kinésiophobiques qui se définissent comme une peur du mouvement, due à la peur de se blesser, croyant que la douleur est un signe de lésions corporelles et que toute activité douloureuse est dangereuse et doit être évitée ;
- de l'aider à augmenter ses capacités fonctionnelles dans diverses activités (familiales, professionnelles, de loisirs), et notamment sa participation à une activité physique régulière.

Le médecin communique au masseur-kinésithérapeute les éventuelles précautions ou contre-indications concernant la personne en situation de surpoids ou d'obésité (présences de comorbidités nécessitant une attention particulière lors de certains traitements, délais opératoires à respecter, etc.).

Contenu des évaluations préalables à des séances de kinésithérapie

Suivant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS, le masseur-kinésithérapeute établit le bilan diagnostique kinésithérapique (BDK).

➔ Plusieurs bilans peuvent être demandés par le prescripteur :

- évaluation morphologique, statique et dynamique pour évaluer les attitudes et morphotypes, les possibles adaptations corporelles causées par un excès de poids (notamment : hyperlordose, désalignement de genou, pied plat). En période post-chirurgie bariatrique, le changement rapide de poids peut modifier posture et équilibre musculo-squelettique et être source de douleur ;
- évaluation orthopédique objectivant d'éventuels troubles articulaires (notamment : lombalgies, arthrose des genoux, des mains et dans une moindre mesure les hanches). Une attention particulière doit être portée à la chronicité des douleurs rencontrées ;
- évaluation de la marche et des troubles associés ;
- évaluation des troubles de l'équilibre (l'obésité est un facteur de risque de chute) ;
- évaluation cardiorespiratoire (dyspnée, faiblesse des muscles respiratoires, suivi périchirurgical) ;

²⁷ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

- évaluation de la fonction périnéale et pelvienne et des troubles urinaires éventuellement associés (si formation et équipements disponibles).
- ➔ **En fonction des besoins de la personne :**
- en collaboration avec le professionnel de l'activité physique adaptée, évaluer les aptitudes, les envies et les croyances de la personne puis l'accompagner dans la pratique d'une activité physique adaptée ;
- en collaboration avec l'ergothérapeute, évaluer les limitations d'activité et les restrictions de participation de la personne et proposer une intervention visant à restaurer ces déficits et améliorer la qualité de vie.
- ➔ **Co-construction d'un projet de suivi entre la personne et le masseur-kinésithérapeute :**
- exploration des attentes, des objectifs de la personne afin d'établir une alliance thérapeutique et d'optimiser l'adhésion de la personne au suivi proposé ;
- évaluation des aptitudes de la personne, de sa confiance en ses capacités et en son corps, de ses croyances, des éventuelles barrières psychologiques et sociales (contraintes de temps liées à l'activité professionnelle, à la vie de famille, etc.) ;
- établissement avec la personne d'un projet de rééducation et de suivi formulé ensemble.

Objectifs des interventions

- Travailler sur les idées reçues sur l'activité physique et les craintes de la personne par l'éducation et la réassurance (peur d'abîmer les articulations des genoux à cause du poids, évitement des situations ou postures qui nécessitent de descendre au sol de peur de ne pouvoir se relever, etc.).
- Redonner le goût du mouvement, redonner confiance en son corps et en ses capacités, améliorer la qualité de vie.
- Permettre à la personne d'exprimer son ressenti et son expérience du mouvement qui peut être douloureux et subi dans les premiers temps, puis choisi et vécu positivement.
- Mettre en œuvre un programme d'activité physique adaptée si prescrit. Accompagner la diminution du temps total de sédentarité par jour et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.
- Conseiller si besoin et orienter vers le médecin pour la prescription de dispositifs destinés à faciliter l'activité physique à l'extérieur ou en milieu aquatique, en particulier une ceinture de maintien abdominal, un vêtement ou maillot de bain de contention, un soutien-gorge adapté au poids de la poitrine, des sous-vêtements sur mesure.
- Mettre en œuvre une réadaptation fonctionnelle, des techniques de transfert, faciliter les activités de la vie quotidienne en lien avec le professionnel de l'activité physique adaptée (ergothérapeute ou enseignant en activité physique adaptée si besoin).
- Permettre à la personne de gérer sa douleur, qui peut être chronique chez les personnes en situation de surpoids ou d'obésité, ou toute autre restriction de nature musculo-squelettique afin qu'elle puisse adopter le mode de vie qui lui convient.
- Mettre en œuvre une rééducation périnéale en cas d'incontinence urinaire après avis d'un médecin spécialiste.

Modalités de mise en œuvre des séances

Les différentes modalités d'intervention du masseur-kinésithérapeute s'inscrivent dans une approche multicomposante visant à permettre à la personne de modifier ses habitudes de vie et d'améliorer sa qualité de vie.

- ➔ La fréquence et la durée du suivi varient nécessairement, bien qu'un suivi long permette d'accompagner des changements de comportement sur le long terme de manière efficace.
- ➔ L'activité physique doit être adaptée à chaque personne (en fréquence et en intensité) et réalisée de manière progressive²⁸.
- ➔ L'activité physique adaptée est proposée sous la forme d'un programme de 2 à 3 séances d'AP par semaine, sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable. Chaque séance dure de 45 à 60 minutes et associe des AP d'endurance aérobie et de renforcement musculaire. Chaque séance débute par une phase d'échauffement et se termine par une phase de récupération. Il doit y avoir au moins un jour de repos entre les séances²⁹ :
 - pour accompagner une perte de poids, augmenter progressivement l'AP d'endurance d'intensité modérée à au moins 150 minutes par semaine pour réduire la perte de masse musculaire, et combiner avec quelques séances de renforcement musculaire ;
 - pour accompagner le maintien du poids sur le long terme après la phase de perte de poids, augmenter progressivement l'AP pour atteindre 200-300 minutes d'AP d'endurance par semaine associée à des AP en renforcement musculaire au moins 2 fois par semaine, pour maintenir la masse musculaire et améliorer la force et l'endurance musculaire³⁰.
- Selon la situation, d'autres types d'exercices peuvent être associés : exercices d'équilibre, de coordination, d'assouplissement ou respiratoires.
- La rééducation des troubles douloureux par les thérapies manuelles (mobilisations, manipulations, massages) et les exercices thérapeutiques à visée antalgique et anti-nociceptive locale. Les thérapies manuelles peuvent également avoir pour effet collatéral de réduire l'appréhension de la personne vis-à-vis de son propre corps.
- L'utilisation d'une démarche d'éducation thérapeutique permet d'aider la personne à développer les compétences cognitives et comportementales pour gérer elle-même et sur le long terme les manifestations handicapantes des douleurs liées à l'obésité.
- Outre la composante biomécanique de la douleur, il s'agit grâce à une approche de neurosciences d'explorer la dimension psychoaffective et d'aider la personne à changer de perception sur celle-ci (dédramatisation, réassurance, éducation).
- La rééducation des troubles de la marche avec notamment la fourniture d'aides techniques soulageant la dyspnée d'effort ou la douleur pour permettre à la personne une meilleure participation socioprofessionnelle.
- La rééducation des troubles de l'équilibre et le travail de la proprioception.
- Le renforcement musculaire dans une situation de sarcopénie afin de développer la masse musculaire et d'améliorer la force, en association avec une prise en charge nutritionnelle.
- La réadaptation cardiorespiratoire par le reconditionnement à l'effort, harmonisé avec le programme d'un professionnel de l'activité physique adaptée si la personne est également suivie par ce professionnel.

²⁸ Haute Autorité de santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. Partie I : prise en charge médicale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale

²⁹ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

³⁰ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

- 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 lorsque la personne supporte son propre poids. La balnéothérapie peut également permettre aux personnes n'osant pas se montrer en public en tenue de bain de retrouver le plaisir de pratiquer un sport aquatique.
- Les personnes en situation d'obésité présentant souvent des barrières psychosociales complexes à la participation à une activité physique, le masseur-kinésithérapeute formé à l'entretien motivationnel individuel ou de groupe a les compétences pour accompagner et pérenniser les changements de comportements liés au développement et à la poursuite d'une activité physique, à la gestion de la charge dans les activités de la vie quotidienne ou encore à la prévention et à la gestion des exacerbations aiguës de douleurs chroniques.
- En fonction de la situation clinique et de la prescription médicale : kinésithérapie respiratoire, rééducation périnéale, rééducation vestibulaire, etc.

Synthèse et partage des informations

- Croiser si nécessaire les informations avec les autres intervenants dans la prise en charge pour une complémentarité d'action (autre professionnel de l'activité physique adaptée).
- Partager la synthèse initiale avec le médecin prescripteur et les professionnels impliqués dans le parcours selon des modalités définies en commun. Celle-ci comprend :
 - ➔ un bilan de l'évaluation initiale ;
 - ➔ les objectifs des séances ;
 - ➔ une proposition d'interventions ;
 - ➔ une fréquence et une durée pour les séances initiales de kinésithérapie.
- En cours de suivi, une synthèse intermédiaire peut être partagée avec le reste de l'équipe. Celle-ci inclut notamment :
 - ➔ le degré d'atteinte des objectifs ;
 - ➔ une proposition de poursuite des séances : consolider, maintenir ou développer de nouveaux objectifs.
- Transmettre au médecin prescripteur un compte-rendu sur le déroulement, les effets sur la condition physique et l'état fonctionnel de la personne, son degré d'autonomie dans la pratique de l'activité physique. Une copie de ce compte-rendu est remise à la personne (article D. 1172 1 du Code de la santé publique – mars 2017).
- La prescription de renouvellement d'APA peut être effectuée par le masseur-kinésithérapeute, sauf avis contraire du médecin prescripteur (article L. 4321-1 du CSP). Un décret d'application sur les conditions de ce renouvellement doit être publié³¹.

Spécificités pour la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

- ➔ Avant la chirurgie bariatrique

Mettre en œuvre ou poursuivre une activité physique en période préparatoire à la chirurgie, même très modeste, en l'associant à une diminution de la sédentarité permet d'intégrer du mouvement au quotidien, de procurer un bien-être et de rompre l'isolement de la personne grâce à une pratique si possible en groupe.

³¹ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

L'activité physique en préopératoire n'a pas pour objectif de perdre du poids mais de permettre d'améliorer la condition physique et de faciliter la récupération après l'anesthésie et la chirurgie.

L'activité physique adaptée, sécurisée et encadrée par un professionnel de l'activité physique, est prescrite par tout médecin après évaluation³².

➔ Après la chirurgie

Dans les 6 mois postopératoires, des séances de kinésithérapie peuvent être nécessaires en fonction des besoins après un bilan diagnostique kinésithérapique (BDK). Les séances permettent :

- d'accompagner l'évolution posturale pendant la phase de perte de poids : la diminution des douleurs liées au déséquilibre ostéoarticulaire, l'adaptation à la nouvelle répartition des masses corporelles, le rééquilibrage du rachis et de la posture, la correction de l'évolution de la posture par compensation qui peut être délétère ;
- d'accompagner la mise en œuvre progressivement d'une activité physique régulière, adaptée aux capacités physiques et à l'existence de douleurs articulaires (chevilles, genoux, hanches, rachis lombaire) en favorisant l'endurance, donc la capacité cardiorespiratoire, et le renforcement musculaire pour préserver la masse maigre et la force musculaire qui peuvent être impactées dans les suites opératoires, améliorer la souplesse et la mobilité ;
- de soulager ou prévenir les lombalgies, renforcer les muscles du dos et les abdominaux, travailler sur les changements de centre de gravité liés à la perte de poids, adapter l'environnement et les gestes de la vie quotidienne, accompagner la reprise professionnelle ;
- de rechercher avec la personne un relais pour la pratique d'une activité physique si besoin adaptée au long cours dans le cadre du sport-santé, source de plaisir et de bien-être, pratiquée en groupe.

³² Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

Fiche 7. Ergothérapeute : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

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, l'activité physique quotidienne, la participation à des activités de loisirs. Ces difficultés peuvent également empêcher des relations sociales satisfaisantes.

Des solutions existent pour améliorer le fonctionnement dans les situations de la vie quotidienne, l'autonomie, et plus largement la qualité de vie de la personne.

Un bilan peut être prescrit par le médecin généraliste ou spécialiste de l'obésité ou autre spécialiste, pouvant déboucher sur des séances d'ergothérapie.

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). Il peut s'agir de :

- limitation fonctionnelle musculaire et articulaire (ne pas pouvoir se laver le dos, ne pas pouvoir se baisser ou se relever en toute sécurité) ;
- difficultés de coordination, d'oralité, d'attention avec ou sans hyperactivité, de trouble de la communication, de déficience intellectuelle, de maladie génétique, dans une situation de handicap ;
- dispensation d'une activité physique adaptée sur prescription d'un médecin généraliste ou autre spécialiste³³.

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 la personne dans les dimensions suivantes :

- sensorielle : traitement des informations sensorielles reçues ;
- motrice : motricité globale et motricité fine (dextérité, coordination bimanuelle) ;
- cognitive : résolution de problèmes et adaptation ;
- niveau d'activité physique, de sédentarité en prenant en compte le lien social ;
- niveau de participation dans les activités de la vie quotidienne : autonomie et indépendance ;
- analyse des facteurs environnementaux, en particulier l'accessibilité des lieux de vie et d'activité.

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 la personne dans les différentes sphères de sa vie ;

³³ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

- proposer des stratégies thérapeutiques, des stratégies d'accompagnement et de guidance, des aménagements 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 la personne.

Objectifs des séances individuelles ou de groupe

Les séances cherchent à améliorer ce qui est estimé prioritaire du point de vue de la personne et, le cas échéant, de ses proches aidants ou des professionnels des services ou établissements de santé et médico-sociaux :

- conseiller des stratégies d'adaptation, des méthodes de résolution de problèmes 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 salle de bains, lors de l'habillage, les activités manuelles, le travail) ;
- conseiller sur l'acquisition de petit matériel pour faciliter les gestes de la vie quotidienne ;
- utiliser des techniques de rééducation pour travailler le contrôle postural pour diminuer les douleurs, renforcer le confort de la station assise ou de la station debout ;
- faciliter les transferts : descendre au sol/se relever ;
- mettre en œuvre une activité physique adaptée.

Contenu des séances

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

La mise en œuvre d'une activité physique adaptée permet de choisir avec la personne des activités physiques, tout en favorisant le plaisir d'une pratique régulière, adaptée, sécurisante et progressive, et de l'aider à percevoir et valoriser les effets positifs d'une activité physique.

Modalités de mise en œuvre des séances

Les activités sont proposées en individuel ou en groupe, celles-ci favorisant la socialisation. Elles peuvent être mises en œuvre au cabinet, à domicile, en service ou établissement de santé ou médico-social ou grâce au télésoin dans des conditions définies³⁴.

Éléments de suivi

L'ergothérapeute évalue tout le long du suivi de la personne les évolutions dans la prise d'autonomie et la vie quotidienne du bénéficiaire, les évolutions des pratiques d'activité physique.

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 la personne 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 (masseur-kinésithérapeute notamment).

³⁴ 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

- 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, d'un service ou un établissement médico-social ou d'une structure spécialisée dans l'obésité).
- Proposer si nécessaire des interventions intégrées dans le projet d'éducation thérapeutique de la personne et suivre leur effet.
- Après une série de séances et plus tôt, si nécessaire, un retour vers le médecin qui suit la personne, le coordonnateur du parcours ou le référent de proximité est organisé selon des modalités définies en commun.
- En ce qui concerne l'activité physique adaptée, transmettre au médecin prescripteur un compte-rendu sur le déroulement du programme d'activité physique adaptée, les effets sur la condition physique et l'état fonctionnel de la personne, son degré d'autonomie dans la pratique de l'activité physique. Une copie de ce compte-rendu est remise à la personne (article D. 1172-1 du Code de la santé publique – mars 2017).

Spécificités pour la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

➔ Avant la chirurgie bariatrique

Mettre en œuvre ou poursuivre une activité physique en période préparatoire à la chirurgie, même très modeste, en l'associant à une diminution de la sédentarité permet d'intégrer du mouvement au quotidien, de procurer un bien-être et de rompre l'isolement de la personne grâce à une pratique si possible en groupe.

L'activité physique en préopératoire n'a pas pour objectif de perdre du poids mais de permettre d'améliorer la condition physique et de faciliter la récupération après l'anesthésie et la chirurgie.

L'activité physique adaptée, sécurisée et encadrée par un professionnel de l'activité physique, est prescrite par tout médecin après évaluation³⁵.

➔ Après la chirurgie

La réappropriation du schéma corporel avec un travail sur les gestes et postures du quotidien, y compris dans le contexte professionnel et familial, peut être accompagnée par un ergothérapeute que le médecin qui suit la personne peut solliciter au cours de la phase de perte de poids initiale et lorsque le poids est stabilisé.

L'orientation vers l'ergothérapeute peut être nécessaire en cas de difficultés avec les gestes et les postures pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

Dans ce contexte, l'ergothérapeute évalue :

- les activités de la personne dans son environnement quotidien, lors de ses déplacements, dans les situations de travail ;
- les besoins en aménagement, en aides techniques pour favoriser l'autonomie.

Il propose des activités visant à développer les habiletés motrices et cognitives en vue de sécuriser la réalisation des activités de la vie quotidienne, les déplacements.

Il réalise des mises en situation et recherche des solutions, de nouvelles stratégies avec la personne, le cas échéant avec ses proches ou les professionnels qui prennent soin d'elle.

³⁵ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

Fiche 8. Psychomotricien : rôle dans le parcours surpoids ou obésité de l'adulte

Le surpoids et l'obésité peuvent impacter les fonctions psychomotrices 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'adulte dont les capacités sont entravées du fait de surpoids ou d'obésité doit être repéré et accompagné dès que possible.

Un bilan peut être prescrit par le médecin généraliste ou médecin spécialiste de l'obésité ou autre spécialiste pouvant déboucher sur des séances de psychomotricité.

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 et des fonctions psychomotrices, ses interventions visent prioritairement la récupération des compétences affectées par la situation de surpoids ou d'obésité. Il accompagne le patient 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 fonctionnement sur le plan psychomoteur afin d'y répondre rapidement.

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

- un fonctionnement psychomoteur inhabituel, des troubles de la coordination tels que malhabileté, difficultés gestuelles ;
- des troubles du tonus, des troubles du comportement à type de régulation émotionnelle, des signes anxiodépressifs à expression corporelle (stress, tics, tensions musculaires...) ;
- des difficultés relationnelles d'expression des émotions et des sentiments, un repli sur soi, un isolement ;
- des troubles de la représentation du corps entraînant la nécessité 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 ;
- des troubles des fonctions exécutives chez un adulte en situation de surpoids ou d'obésité ;
- la dispensation d'une activité physique adaptée sur prescription d'un médecin généraliste ou autre spécialiste³⁶.

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 ;

³⁶ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

- appréciation de l'aisance corporelle et de la capacité de l'adulte à prendre conscience et à exploiter pleinement ses compétences motrices, sensorielles et cognitives ;
- appréciation de la perception et de la représentation que l'adulte 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 du sujet dans différentes épreuves, et sur l'appréciation de la nature et qualité des interactions entre ce dernier, l'évaluateur et plus globalement l'environnement du sujet. À celle-ci s'associe 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 de l'examineur. Ces observations sont liées aux informations anamnestiques recueillies, ainsi qu'à la représentation globale que l'examineur se fait de la dynamique psychomotrice du sujet.

Les conclusions du bilan psychomoteur sont données sous forme d'un compte-rendu écrit explicitant clairement les évaluations et les mesures effectuées au regard de l'analyse clinique qui en est faite. S'y ajoutent une proposition structurée d'un projet de soin 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.

Objectifs des séances :

- amélioration de la prise de conscience corporelle et de la représentation du corps ;
- verbalisation des vécus et des ressentis corporels ;
- amélioration des équilibres et des coordinations psychomotrices en respectant les capacités de l'adulte ;
- identification des activités et des interventions favorables à un fonctionnement psychomoteur harmonieux ;
- rétablissement ou contribution au maintien du bon fonctionnement des fonctions sensorielles, motrices, cognitives en lien avec les précédents points ;
- mise en œuvre d'une activité physique adaptée.

Contenu des séances

Les séances sont conçues de manière à optimiser les qualités de participation et d'adaptation de la personne à l'environnement matériel et humain dans le cadre de son projet de vie, dans ses activités de vie quotidienne, de loisirs.

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 ou des désordres psychomoteurs, au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, d'équilibrage et de coordination.

La mise en œuvre d'une activité physique adaptée permet de choisir avec la personne des activités physiques, tout en favorisant le plaisir d'une pratique régulière, adaptée, sécurisante et progressive, et de l'aider à percevoir et valoriser les effets positifs d'une activité physique.

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 de l'adulte aux activités de la vie quotidienne, en individuel comme en groupe, ainsi que la qualité de vie.

Modalités de mise en œuvre des séances individuelles ou de groupe

Les activités sont proposées en individuel ou en groupe, celles-ci favorisant la socialisation. Elles peuvent être mises en œuvre au cabinet, à domicile, en service et établissement de santé ou médico-social ou grâce au télésoin dans des conditions définies³⁷.

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.
- Participation et soutien à la démarche d'éducation thérapeutique, en lien avec le médecin prescripteur et les autres professionnels concernés.

Synthèse et partage des informations

- Partager une synthèse de l'évaluation initiale avec le médecin prescripteur et les professionnels impliqués dans le parcours : évaluations et mesures effectuées au regard de l'analyse clinique.
- Croiser, si nécessaire, les informations avec les autres intervenants dans le parcours pour une complémentarité d'action.
- Proposer des interventions qui vont s'intégrer au projet de soins et d'accompagnement coconstruit avec la personne : fréquence et durée des séances.
- En accord avec le médecin prescripteur, 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 ou de le suspendre temporairement.
- En ce qui concerne l'activité physique adaptée, transmettre au médecin prescripteur un compte-rendu sur le déroulement du programme d'activité physique adaptée, les effets sur la condition physique et l'état fonctionnel de la personne, son degré d'autonomie dans la pratique de l'activité physique. Une copie de ce compte-rendu est remise à la personne (article D. 1172-1 du Code de la santé publique – mars 2017).

Spécificités pour la chirurgie bariatrique [Mise à jour février 2024]

- ➔ Avant la chirurgie bariatrique

Mettre en œuvre ou poursuivre une activité physique en période préparatoire à la chirurgie, même très modeste, en l'associant à une diminution de la sédentarité permet d'intégrer du mouvement au quotidien, de procurer un bien-être et de rompre l'isolement de la personne grâce à une pratique si possible en groupe.

L'activité physique en préopératoire n'a pas pour objectif de perdre du poids mais de permettre d'améliorer la condition physique et de faciliter la récupération après l'anesthésie et la chirurgie.

³⁷ 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

L'activité physique adaptée, sécurisée et encadrée par un professionnel de l'activité physique, est prescrite par tout médecin après évaluation³⁸.

→ Après la chirurgie bariatrique

Le besoin de réappropriation du schéma corporel avec un travail sur les gestes et postures du quotidien, y compris dans le contexte professionnel et familial, peut être accompagné par un psychomotricien que le médecin qui suit la personne peut solliciter au cours de la phase de perte de poids initiale et lorsque le poids est stabilisé.

L'orientation vers le psychomotricien peut être nécessaire pour :

- évaluer le retentissement psychomoteur de la perte de poids, le fonctionnement des compétences impliquées dans l'équilibre et la posture (appuis, réflexes d'équilibration, perception et représentation de soi et de son environnement) ;
- renforcer les représentations corporelles, le contrôle des mouvements et de l'équilibre, se réapproprier le schéma corporel.

³⁸ Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

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

