

**Activités Physiques Adaptées
et prise en charge des jeunes en surpoids et
Obèses**

**Document annexe à la
Synthèse du PNNS**

**Activité physique et obésité de l'enfant
Bases pour une prescription adaptée**

Juin 2008

Ce document, annexe à la synthèse du PNNS « Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée » a été rédigé par les membres du groupe de travail « Activités Physiques Adaptées » mis en place par l'association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP) sur demande de sa Présidente Dr Hélène THIBAUT et coordonné par David COMMUNAL, Grégory LAUGA et Gautier ZUNQUIN.

Membres du groupe de travail « Activités Physiques Adaptées »

- **David COMMUNAL** – Enseignant en APA et santé – Directeur Prof'APA et Président ADAPA - Bordeaux
- **Grégory LAUGA** – Enseignant en APA et santé – Prof'APA et REPOP Aquitaine – Bordeaux
- **Sylvain QUINART** – Enseignant en APA et santé – REPOP Franche-Comté – Besançon
- **Gautier ZUNQUIN** – Docteur en physiologie des APS, Laboratoire de recherche littorale en activités corporelles et sportives – Université du Littoral Côte d'Opale – Dunkerque

Ce document a de plus bénéficié d'une relecture du :

- **Dr Nadia BOURAYOU** – Médecin du sport, coordinatrice service Sport Santé, CHU de Bordeaux ;
- **Pr. Pascale DUCHÉ** – Professeur Laboratoire de Biologie des APS – Directrice UFR STAPS – Clermont-Ferrand II
- **D^r Hélène THIBAUT** – Pédiatre – REPOP Aquitaine et ISPED Université de Bordeaux 2

et de la collaboration de :

- **Alexandra HUGUENEL** – Enseignante en APA et santé – REPOP Grand Lyon
- **Nathalie LESNY** – Enseignante en APA et santé - Diététicienne – Association Prof'APA - Bordeaux
- **Laureline M. SALAUN** – Enseignante en APA et Santé - Doctorante, Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport (CRIS) – EA 647

Ce document, annexe à la synthèse du PNNS « Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée » a pour but d'aider à mieux comprendre comment et pourquoi les enseignants en Activités Physiques Adaptées et Santé (APA et santé) contribuent à la prise en charge pluridisciplinaire des enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

Chapitre I : Propos introductifs

- 1.1 - Activités Physiques Adaptées et Santé
 - 1.1.1 Généralités sur l'Activité Physique Adaptée (APA)
 - 1.1.2 L'enseignant en Activité Physique Adaptée (APA)
 - 1.1.3 APA et Obésité pédiatrique
- 1.2 - Les ateliers d'Activité Physique Adaptée (APA)
 - 1.2.1 - Orientation vers un atelier d'APA
 - 1.2.2 - Organisation des ateliers d'APA
 - 1.2.3 - Comment mettre en place des ateliers d'APA ?

Chapitre II : Prise en charge en APA

- 2.1 - Evaluation et suivi par l'enseignant en APA
 - 2.1.1 - Entretien
 - 2.1.2 - Tests de terrain sur les aptitudes physiques
 - 2.1.3 - Bilan et objectifs
- 2.2 - Education à l'activité physique
 - 2.2.1 - L'augmentation de l'Activité Physique Quotidienne (A.P.Q.)
 - 2.2.2 - Les ateliers d'activités physiques adaptées
 - 2.2.3 - APA et éducation thérapeutique
- 2.3 - L'accompagnement
 - 2.3.1 - L'enseignant d'E.P.S.
 - 2.3.2 - Activité physique de loisir
 - 2.3.3 - L'orientation vers une association sportive
 - 2.3.4 - Elaboration d'un projet pour les vacances scolaires

Chapitre III : Pédagogie de l'intervention en Activité Physique Adaptée

- 3.1 - Séance type d'atelier en APA
 - 3.1.1 - Echauffement
 - 3.1.2 - Corps de séance
 - 3.1.3 - Récupération / Etirements
- 3.2 - Astuces pédagogiques : méthodes et outils
 - 3.2.1 - Feedback
 - 3.2.2 - Méthode SELF (S'Entraîner La Forme)
 - 3.2.3 - Activités physiques innovantes
 - 3.2.4 - Perception de l'effort
 - 3.2.5 - Utilisation d'outils d'évaluations
 - 3.2.6 - Livret d'Activités Physiques Quotidiennes (A.P.Q.)

Chapitre IV : Témoignages

- 4.1 - Aspects Physiques
- 4.2 - Aspects Psychologiques
- 4.3 - Aspects sociologiques

LEXIQUE

ACM	:	Accueil Collectif de Mineurs
AP	:	Activité Physique
APA	:	Activités Physiques Adaptées
APQ	:	Activités Physiques Quotidiennes
APS	:	Activités Physiques et Sportives
APSA	:	Activités Physiques Sportives et Artistiques
CET	:	Centre d'Education Thérapeutique
CLSH	:	Centre de loisir sans hébergement
CVL	:	Centre de Vacances et de Loisirs
Fb	:	Feedback
Fc	:	Fréquence Cardiaque
IMC	:	Indice de Masse Corporelle
PAI	:	Projet d'Accueil Individualisé
PSE	:	Perception Subjective de l'Effort
RéPOP	:	Réseau de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique
RNCP	:	Registre National des Certifications Professionnelles
TMN	:	Test de marche navette
UFR STAPS	:	Unité de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
UIP	:	Unité Individuelle de Progression
UNSS	:	Union Nationale du Sport Scolaire

Chapitre I : Propos introductifs

1.1 - Activités Physiques Adaptées et Santé

1.1.1 - Généralités sur l'Activité Physique Adaptée (APA)

« La formulation du concept d'Activité Physique Adaptée (APA) remonte à la fin des années 1970. Il émerge grâce à des professionnels et des universitaires du Québec particulièrement motivés par les liaisons théorie-pratique et une définition initiale de l'APA en a été donnée, rappelée par Jean-Claude De Potter, en 2004 (Université de Cagliari) : « **Tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires** ».

Le concept d'APA, introduit en Europe en 1979 lors d'un congrès à Bruxelles, sera reconnu officiellement en France, en 1992, à la Direction de l'Enseignement Supérieur, comme une filière à part entière de la discipline STAPS. Sous l'impulsion de divers courants universitaires l'APA va progressivement prendre en compte :

- les aspects « Santé, bien-être, qualité de vie » de toutes les populations à besoins spécifiques : inadaptées, déficitaires, porteuses de handicaps, y compris dans les maladies organiques transitoires ou permanentes afin d'éviter le cercle vicieux du déconditionnement physique ;
- les aspects d'intégration et d'inclusion des personnes avec handicap dans notre société : milieux scolaires, monde associatif et fédératif. »

Eberhard, Yves. Evolution historique de l'Activité Physique Adaptée : point ponctuel. G. Lecocq chair (France, ILEPS Cergy-Pontoise, XIVèmes Journées Francophones en APA, 13 mars 2008)

1.1.2 - L'enseignant en l'Activité Physique Adaptée APA

Selon le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP):

(http://cncp.gouv.fr/CNCP/fiche_gp.php?idfiche=4425)

Un enseignant en Activités Physiques Adaptées (APA) et Santé est un professionnel de formation universitaire (minimum Licence 3) qui propose un encadrement dans le domaine de la Santé par l'utilisation d'Activités Physiques et Sportives (APS) qu'il adapte aux besoins spécifiques des personnes.

L'enseignant dès la validation d'une licence en APA et Santé « a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de Réadaptation et d'Intégration par l'Activité Physique Adaptée (...) ». « Le professionnel a pour mission de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de prévention, de suivi et d'éducation de la Santé par l'Activité Physique Adaptée auprès de tout public ».

En fonction du niveau validé, le professionnel en APA peut être qualifié de technicien (licence), de concepteur (master) ou même de chercheur (doctorat) en Activité Physique Adaptée et Santé. Ainsi, en fonction des structures et des conventions collectives, ce professionnel en APA peut obtenir les titres suivants :

- Enseignant en APA,
- Educateur sportif (Fonction publique hospitalière),
- Coordonnateur de programmes d'intégration par l'Activité Physique Adaptée, la prévention et l'éducation à la Santé, la réadaptation et le réentraînement,
- Professeur en APA en milieu spécialisé,
- Entraîneur en Activités Physiques et Sportives Adaptées,
- Spécialiste de la Prévention par l'Activité Physique (AP),
- Cadre formateur en APA, en AP et Santé,
- Educateurs spécialisés en APA.

La prise en charge en APA doit être personnalisée et réalisée en toute sécurité pour contribuer au maintien, et à l'amélioration de la santé des individus.

1.1.3 - APA et Obésité pédiatrique

Lors de la prise en charge de l'enfant ou adolescent en surpoids ou obèse, le médecin peut solliciter différents professionnels de la santé. L'enseignant en APA et santé peut ainsi intervenir dans le cadre de cette prise en charge pluridisciplinaire.

Le principe des APA est d'utiliser les Activités Physiques et Sportives (APS) comme support dans la prise en charge de l'obésité. L'objectif est d'organiser un programme d'activités physiques personnalisées qui tient compte de l'enfant dans sa globalité, afin de diminuer les troubles induits ou associés à son obésité. Les APA ne sont pas une fin en soi. Au contraire, à terme, elles doivent permettre à l'enfant de poursuivre une vie active de pratiquer régulièrement une ou plusieurs APS.

De nombreux objectifs peuvent être proposés dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant en APA, tels que :

- lutter contre la sédentarité, en donnant des repères pour une hygiène de vie saine dans laquelle l'activité physique tient une place tout aussi importante que l'alimentation dans la vie quotidienne,
- entretenir et améliorer la condition physique altérée par la surcharge pondérale, pour une meilleure qualité de vie,
- créer des relations sociales au sein du groupe et faciliter l'intégration de ces jeunes en surpoids ou obèses dans la vie sociale,
- restaurer une forme de bien-être physique, psychique et social notamment en améliorant l'image du corps,
- développer le plaisir et donner le goût de la pratique physique et sportive en espérant aboutir à une adhésion aux pratiques en club ou association sportive.

Dans le domaine de la prise en charge de l'obésité pédiatrique, certaines régions bénéficient de Réseau pour la prise en charge et la Prévention de l'Obésité Pédiatrique (RéPOP). Ces réseaux peuvent employer des enseignants en A.P.A. au sein de leur équipe pluridisciplinaire. Dans ces réseaux, l'enseignant en A.P.A peut obtenir le rôle de coordinateur des AP. Il peut être sollicité par la famille, l'enfant, ou le médecin, pour un

accompagnement, des conseils, une orientation ou même un suivi en matière d'AP. Lorsqu'un jeune en surpoids ou obèse intègre le RéPOP, l'enseignant en APA, dans son rôle de coordinateur, s'entretient avec l'enfant et ses parents afin de déterminer son mode de vie, son niveau d'activité physique quotidienne (APQ) et la représentation qu'il a de l'activité physique. Une évaluation de ses capacités physiques et motrices complétera cet entretien. L'enseignant en APA pourra alors proposer une prise en charge en AP (atelier APA, association ou club sportifs, augmentation de l'APQ, ...) en adéquation avec les besoins spécifiques de l'enfant ou adolescent en surpoids ou obèse.

1.2 - Les ateliers d'Activités Physiques Adaptées (APA)

Ces ateliers peuvent avoir plusieurs objectifs :

- lutter contre la sédentarité et l'inactivité, et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne,
- entretenir et améliorer la condition physique (Endurance cardio-respiratoire, force musculaire, souplesse, équilibre) du jeune en surpoids ou obèse,
- restaurer un état de bien être psychique en essayant de rectifier l'image négative du corps,
- développer le plaisir et donner le goût à la pratique physique et sportive,
- créer des relations sociales au sein du groupe,
- donner goût à la pratique physique et sportive par le plaisir du jeu.

Au sein des ateliers, les exercices physiques proposés sont adaptés aux besoins et à l'âge de chaque enfant et tiennent compte des contraintes liées à l'obésité. Les activités doivent être variées d'une séance à l'autre pour éviter la monotonie.

Les APS sont des outils pour favoriser le reconditionnement à l'effort devant aider l'enfant à prendre plaisir à pratiquer.

1.2.1 - Orientation vers un atelier d'APA :

Les APA s'adressent plus particulièrement aux enfants et adolescents obèses qui présentent par exemple :

- une désadaptation à l'effort, des difficultés respiratoires, de faibles capacités d'aérobie,
- un retard du développement moteur, des problèmes articulaires mineurs, un manque de souplesse,
- un manque de confiance en eux, une peur du regard de l'autre, un stress quelconque,
- une faible motivation pour les pratiques physiques suite à de multiples expériences négatives.

La prise en charge en APA débute toujours par une évaluation diagnostique individuelle. Plusieurs outils peuvent être utilisés : des questionnaires de qualité de vie, un entretien individuel sur les habitudes de vie, une évaluation des aptitudes physiques. Ils vont également nous permettre de suivre l'évolution de l'enfant ou l'adolescent pris en charge.

1.2.2 - Organisation des ateliers d'APA :

Le contenu des séances repose sur trois grands principes :

- une pratique d'APS en toute sécurité avec une prise de risque maîtrisée par l'enseignant en APA sur les plans cardio-respiratoire, locomoteur, psychologique, social (...),
- un suivi personnalisé effectué par l'enseignant APA qui dirige l'atelier (effectifs max = 10-12 jeunes),
- l'éveil du plaisir de pratiquer est privilégié par le caractère ludique et socialisant des activités proposées.

1.2.3 - Comment mettre en place des ateliers d'APA ?

Ce type d'atelier peut être initié par une structure qui peut engager sa responsabilité en cas de problèmes. La couverture (assurance) peut être proposée par les réseaux type RéPOP ou par une association en APA lorsqu'il en existe une dans la région. Si ce n'est pas le cas, il est envisageable de se rapprocher d'une association ou d'un club sportif qui dispense ce type de pratique. La mise en place des ateliers d'APA n'est envisageable que si un nombre suffisant d'enfants peut être réuni. En pratique, il faut un intervenant en APA, un groupe de jeunes en surpoids ou obèses, un lieu, du matériel et un financement. (Cf. : *synthèse du PNNS « Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée »,2008*)

Chapitre II : Prise en charge en APA

En complément de la prise en charge médicale et pluridisciplinaire, la prise en charge en APA des enfants et adolescents en surpoids ou obèses est possible sur prescription médicale. (Cf. : *synthèse du PNNS « Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée »,2008*)

2.1 Evaluation et suivi par l'enseignant en APA

2.1.1. Entretien

L'enseignant en APA peut être amené à s'entretenir avec les enfants ou les adolescents en présence ou non des parents. Cet entretien lui permettra d'explorer toutes les caractéristiques spécifiques du jeune, telles que : (*liste non exhaustive et sans ordre préférentiel*)

- son comportement sédentaire,
- son activité physique sportive,
- son activité physique quotidienne,
- son passé sportif,
- sa perception et ses connaissances de « l'activité physique »,
- son contexte psychosocial et la place de l'activité physique au sein de la cellule familiale,
- son projet, ses souhaits, ses envies (...),
- son ressenti sur ses limites et aptitudes physiques.

Une fois toutes ces thématiques prises en compte, l'enseignant élabore, en collaboration avec le jeune, un programme personnalisé d'activités physiques adaptées. Les objectifs doivent être accessibles et efficaces pour mettre l'enfant dans une situation de réussite afin de développer et d'entretenir sa motivation. En tenant compte des choix de l'enfant ou de l'adolescent, l'enseignant a pour objectif d'inscrire ce comportement sur le long terme.

Il est important qu'un suivi sous la forme d'entretiens en consultation ou par téléphone soit mis en place afin de valider, de réajuster voire de modifier le programme établi.

2.1.2. Tests de terrain sur les aptitudes physiques

Avant de proposer des activités physiques à un jeune en surpoids ou obèse, il est indispensable d'évaluer ses aptitudes physiques et motrices. En effet, les résultats de ces tests, en complément d'un entretien individuel, permettront à l'enseignant en APA d'adapter la pratique physique aux aptitudes et besoins spécifiques de l'enfant ou adolescent pris en charge.

Selon le Conseil de l'Europe, l'aptitude physique peut être appréhendée sous l'angle de « la performance » (par référence au sport), ou sous l'angle de « la santé ». Nous nous intéressons ici plus particulièrement à « l'aptitude physique en relation avec la santé » comme l'endurance cardio-respiratoire, la force musculaire, la souplesse et l'équilibre.

L'évaluation de la force musculaire peut être nécessaire, mais elle doit se faire, selon nous, au cas par cas, et seulement s'il n'y a aucune contre indication. Nous pouvons par exemple tester la force musculaire des membres inférieurs par le « Test de saut en longueur sans élan » ou le « Test de Détente verticale ».

2.1.2.1– Evaluation de l'endurance :

Les **tests de marche** sont des évaluations « de terrain » complémentaires des tests d'effort réalisés en laboratoire. (Cf. : *synthèse du PNNS « Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée », 2008*)

Ces tests sont simples, accessibles au plus grand nombre et ont peu de contre indication en dehors de celles de la marche elle-même. Cependant, les résultats de ces évaluations dépendent fortement de l'investissement des sujets dans l'effort et de l'implication de l'opérateur dans l'encadrement du test.



L'enseignant en APA devra toujours veiller au cadre sécuritaire de l'enfant et adolescent lors des épreuves d'évaluations.

« Step Test de 4 min »

Principe : Ce test consiste à monter et descendre les 2 marches d'un escalier (hauteur d'une marche 20 cm), pendant 4 min, à une fréquence de **92 pas** par minute. La fréquence cardiaque (Fc) est suivie en continu durant l'exercice. Facile à effectuer dans un petit espace, ce test peut être réalisé en consultation ou lors d'un entretien.

Matériel : Un métronome, un marchepied médical ou un escalier, un cardio-fréquence-mètre.

Notes : Les enfants et adolescents obèses supportent relativement bien ce test car il est rapide. Au cours de l'exercice, l'adolescent qui présente une augmentation de sa Fc supérieure à 59 battements/min (62 battements/min chez l'enfant de moins de 10 ans) peut être considéré comme « sédentaire » car son adaptation à l'effort est faible. Durant le test, plus la Fc se stabilise rapidement, plus le sujet a une adaptation à l'effort de bonne qualité. À l'inverse, si la Fc augmente de façon continue, on peut considérer que le sujet est « désentraîné ». L'observation clinique du sujet au cours du test permet d'affiner son évaluation : aisance ou difficulté lors de l'exécution, essoufflement précoce, transpiration (...).

Les Tests de marche 2 / 6 min

Principe : Ces tests se font en « temps limité » et sur une distance de 30 à 40 mètres en aller-retour ou suivant un parcours pré mesuré. L'enfant doit maintenir une vitesse de marche (et non une course) rapide et constante, pour parcourir la plus grande distance possible pendant toute la durée du test. Les paramètres analysés sont la distance totale parcourue et l'évolution de la fréquence cardiaque.

Matériel : Un chronomètre, des cardiofréquence-mètres, décimètre, des plots et un terrain plat de 30 à 40 mètres.

Notes : Sur le terrain, le choix de ces tests de marche est pertinent avec un public jeune (5 à 11 ans) car ces enfants sont peu aptes à gérer un rythme de course constant. Les enfants les plus jeunes (5 à 8 ans) éprouvent une certaine lassitude lorsque l'épreuve dépasse 4 à 5 minutes. Ainsi, pour les enfants de 5 à 8 ans, nous conseillons le test de 2 min alors que pour les plus âgés, le test de 6 min est plus pertinent.

Ce test ne permet pas de mesurer certains paramètres de l'exercice (la saturation en oxygène, consommation maximale d'oxygène ni le degré de dyspnée) mais sert à évaluer la condition physique à partir du calcul de la distance parcourue et de l'évolution de la fréquence cardiaque.

Informations complémentaires : Lors du test de 2 min, les enfants de 6 à 8 ans parcourent la distance moyenne de 180 à 240 mètres en marchant. Lors du test de 6 min, les enfants de 8 à 11 ans peuvent parcourir de 480 à 640 mètres.

Le Test Marche Navette ou « TMN » (à partir de 10 ans)

Principe : Le TMN s'effectue à vitesse progressive sur un terrain plat et en ligne droite. Il consiste en la réalisation d'un parcours en « navette » entre 2 plots distants de 10 m à 20 m. Le sujet effectue un effort « contrôlé » et progressif jusqu'à une intensité sous maximale de 85% FC max théorique.

Leger et al. (1984) ont conçu le protocole initial pour une distance entre plots de 20 m. Singh et al. (1992) ont développé et adapté un TMN sur une distance de 10 m pour les enfants souffrant de déficiences respiratoires. Nous préférons donc utiliser ce dernier protocole sur une distance de 10 mètres, car il est fréquent que les jeunes souffrant de surpoids ou d'obésité soient également gênés par des troubles respiratoires associés.

Matériel : Un chronomètre, des cardio-fréquencemètres, un décimètre, des plots et un terrain plat d'au moins 10 mètres.

Notes : Nous conseillons ce test pour les jeunes à partir de l'âge de 10 ans. Afin d'affiner notre évaluation par l'exploitation du TMN et faire une évaluation en toute sécurité, nous équipons les jeunes d'un cardio-fréquencemètre. Les tests navettes sont initialement des exercices maximaux, mais il n'est pas raisonnable pour notre public de le faire dans ces conditions. Nous proposons donc de réaliser ce TMN jusqu'au seuil des 85% FC max théorique. Ainsi, nous devons opérer par extrapolation jusqu'à la fréquence cardiaque maximale pour obtenir les résultats finaux.

Recommandations : D'après l'expérience de terrain du groupe de travail, pour évaluer l'endurance cardio-respiratoire des enfants et adolescents en surpoids ou obèses, nous vous conseillons d'utiliser :

- le **test de marche de 2 minutes** pour les enfants de **moins de 8 ans**
- le **test de marche de 6 minutes** pour les enfants de **8 à 10 ans**
- le **test de marche navette « TMN »** pour les jeunes **dès 10 ans**



Attention : Le problème de l'évaluation des aptitudes cardio-respiratoires sur le terrain dépend des caractéristiques physiques et psychologiques propres à chaque individu. Il est nécessaire de considérer tous ces aspects pour choisir le test le plus adapté. Sur le terrain, il n'est pas recommandé de faire des tests maximaux sans une équipe médicale et du matériel de réanimation.

Les tests de marche, le step test et le test navette sont des tests de terrain, dont la réalisation pratique est simple et le coût faible. Ils reflètent les activités quotidiennes du patient (la marche, monter des escaliers, la course) et permettent un suivi rapproché, tout particulièrement au cours d'un réentraînement à l'effort. Ils ne dispensent pas de la réalisation initiale d'une épreuve d'effort avec mesure des échanges gazeux, seul examen permettant d'éliminer les contre-indications cardio-vasculaires à la pratique sportive chez le jeune à risque.

2.1.2.2 – Evaluation de la souplesse

La souplesse est la capacité à exécuter un mouvement avec la plus grande amplitude articulaire possible. Elle se juge principalement au niveau de la colonne vertébrale, mais également au niveau des ceintures pelviennes et scapulaires. La sédentarité favorise la rétraction des chaînes musculaires postérieures du corps.

Principe : Le test qui nous semble le plus adapté pour évaluer la mobilité dans le plan sagittal des chaînes musculo-articulaires postérieures du tronc et des membres inférieurs, est le « test du touche – orteil ». Ce Test décrit par Broer et Galles (1956), et modifié par Cazorla (1985) se réalise en position debout. Le sujet monte sur un banc ou une marche. L'examineur lui demande de fléchir le tronc vers le bas, en prenant soin de maintenir jambes et bras tendus. La mesure s'effectue avec le zéro placé au niveau des pieds tel que les valeurs en dessous soient en négatif.



Matériel : Une marche ou un petit banc et une règle graduée.

Remarques : Ce test est facile à exécuter et nous semble le plus approprié pour notre population de jeunes en surpoids ou obèses. Le test assis, tel que le décrit la batterie Eurofit, n'est pas forcément évident pour des personnes avec une mobilité globale réduite, car il faut pouvoir s'asseoir à même le sol puis se relever.

Notes : Lors de la consultation, l'évaluation de la mobilité générale peut être affinée. Nous pouvons ainsi constater s'il existe des limitations ostéo-articulaires et musculaires particulières liées à des troubles statiques (scoliose, lordose, cyphose, ...).



✓ Nous pouvons ainsi procéder à l'évaluation de la mobilité scapulo-humérale. Lors du test, le sujet se tient debout, le dos plaqué au mur, les pieds doivent être situés à environ 45 cm du mur. Les fesses, le dos et les scapulas sont appuyés contre le mur. Le sujet lève les mains au dessus de la tête et essaie d'en plaquer le dos contre le mur, tout en gardant les coudes et les poignets tendus.

Les limites sont évaluées visuellement :

- si le dos entier de la main est en contact avec le mur : il n'y a pas de restriction de mouvement ;
- si seuls les doigts touchent le mur : la limitation des mouvements est modérée;
- si la main n'est pas en contact avec le mur : il y a une limitation importante des mouvements.

Ce test ne permet qu'une simple estimation de la mobilité scapulo-humérale mais il permet d'en relever les plus grandes limitations.

✓ La souplesse du tronc peut également être estimée par un test d'inclinométrie latérale. Le sujet est debout, les pieds écartés sur une distance équivalente à la largeur des épaules, dos contre le mur et les mains à plat sur la jambe avec le majeur le long de la couture du pantalon. Après une inclinaison latérale du tronc, nous mesurons la distance entre la position initiale, à l'extrémité du majeur et la position après inclinaison latérale de chaque côté.

Ce test simple permet de déceler un déséquilibre d'inclinaison droite et/ou gauche.



2.1.2.3 – Evaluation de l'équilibre

Evaluation de l'équilibre statique

Principe : Le test doit se faire d'abord les yeux ouverts puis les yeux fermés. Le jeune doit se placer en station debout unipodale pendant 30 secondes sans déséquilibre. Le chronomètre doit être arrêté lors d'un net déséquilibre ou de la pose des deux pieds au sol. Nous conseillons de faire deux essais les yeux ouverts un sur chaque jambe. Puis, l'enfant ou l'adolescent pourra choisir la jambe avec laquelle il se sent le plus stable, pour faire 2 fois le test les yeux fermés. Nous garderons le meilleur temps des 2 essais.

Matériel : un chronomètre et une surface plane.

Remarque : Il est également possible d'évaluer l'équilibre dynamique par un test de marche à reculons. Ce test permet également une exploration de la motricité générale. En effet, il s'agit ici d'observer l'efficacité du contrôle postural, en appui sur une surface réduite, avec

suppression du contrôle visuel, au cours d'un déplacement. Le sujet devra marcher rapidement à reculons et suivant une ligne de 6 m.

 **Il est indispensable de sécuriser le sujet pendant le test pour éviter les chutes.**

L'éventail de ces tests n'est pas une liste exhaustive, mais correspond à un état des lieux. Les évaluations proposées dans ce document sont régulièrement utilisées par des enseignants en APA pour les jeunes en surpoids ou obèses. Nous tenons à vous alerter sur les nombreuses limites de ces tests et sur l'importance de prendre celles-ci en compte afin d'éviter tout risque.

2.1.3 Bilan et objectifs

L'entretien et les évaluations nous permettent de mieux considérer les besoins spécifiques (physique, psychique et social), le niveau de pratique physique quotidienne et les aptitudes physiques des enfants et des adolescents en surpoids ou obèses. La synthèse des résultats ainsi obtenue, va nous permettre d'établir, avec le jeune pris en charge, les objectifs à atteindre afin qu'il devienne physiquement actif. En fonction de la motivation de l'enfant ou de l'adolescent et de son bilan global, nous les orientons en suivant les recommandations traditionnelles (précisées par la pyramide de l'activité physique).

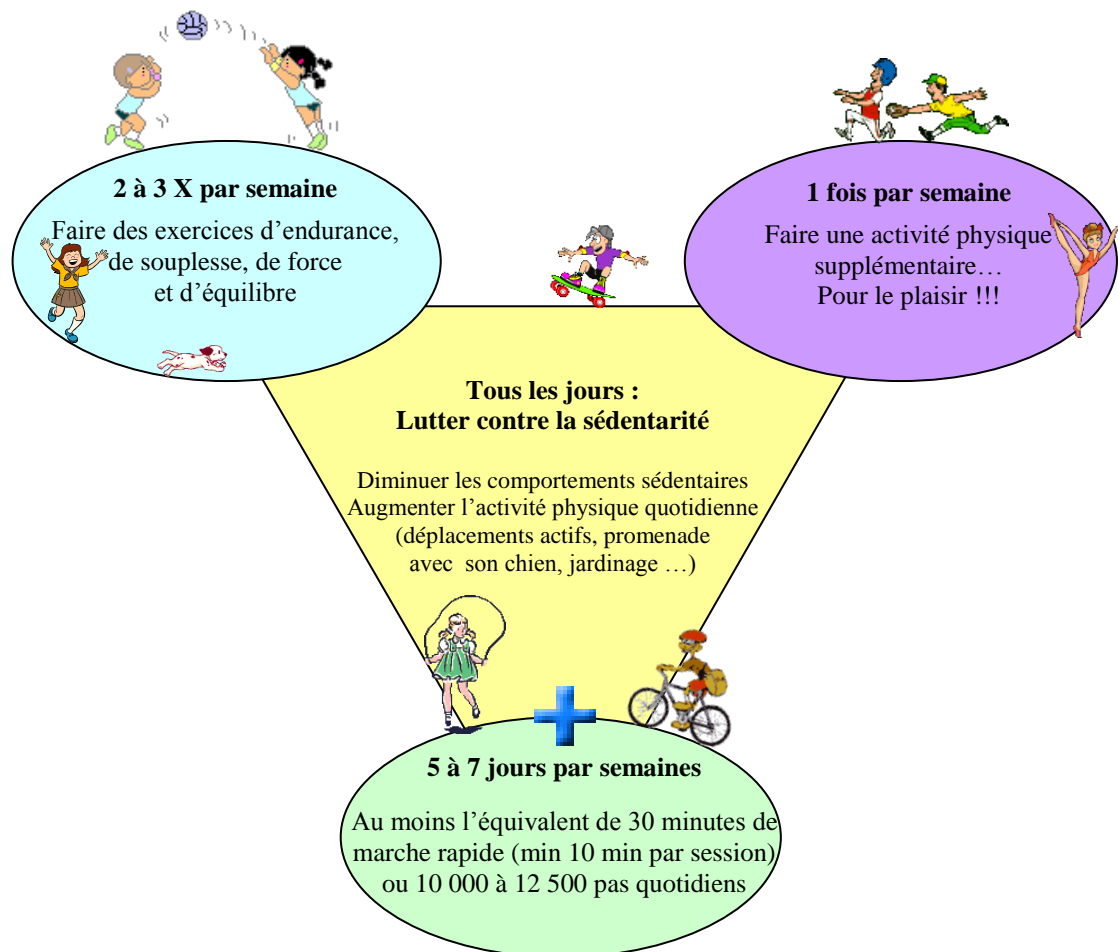


Illustration des recommandations traditionnelles d'activités physiques dans un but de santé.
(David Communal, Prof'APA Juin 2008)

2.2 Education à l'activité physique

2.2.1 - L'augmentation de l'Activité Physique Quotidienne (A.P.Q.)

Lors d'un entretien, l'enfant et l'enseignant en APA peuvent décider ensemble d'adapter l'activité quotidienne pour augmenter la dépense énergétique.

Il faut bien faire comprendre à l'enfant que si les objectifs ne sont pas atteints, il ne s'agit pas d'un échec mais qu'il faut revoir le programme de façon plus adaptée au cours d'un nouvel entretien.

L'activité physique quotidienne prend en compte toute action motrice qui contribue à créer une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de base dans sa vie de tous les jours. Elle ne comprend pas la pratique sportive ni de loisir et débute dès le réveil, par des actions telles que : faire son lit, se laver, s'habiller... Elle peut être améliorée par exemple en augmentant : le temps de marche pour aller à l'école, la participation aux tâches ménagères et au jardinage, lors des récréations favoriser le jeu au lieu de rester assis (...).

Le facteur limitant de l'activité physique quotidienne est la sédentarité. La télévision, les jeux vidéo, l'informatique et autres médias sont divertissants mais posent le problème de l'inactivité physique. Il est préférable de réduire ces périodes de station assise au profit d'une activité physique d'extérieur. Il faut limiter le plus possible les déplacements motorisés et utiliser une bicyclette, des patins à roulettes ou tout simplement marcher. Si l'emploi du véhicule est inévitable, on peut se garer plus loin ou en transport en commun, descendre une station avant pour marcher davantage.

Enfin, le week-end est un moment privilégié pour pratiquer des activités sportives, de loisir et d'augmenter son activité quotidienne. Il est important de garder comme idée principale que l'activité physique se pratique tous les jours et non pas de façon épisodique.

2.2.2 – Les ateliers d'activités physiques adaptées

Nous vous invitons à lire le chapitre **1.2** p 8 puis le chapitre **3.1** p 19 de ce document.

2.2.3 – APA et éducation thérapeutique

« Former le patient pour qu'il acquière un savoir-faire afin qu'il trouve un équilibre dans sa vie grâce à un contrôle optimal de sa maladie. » (O.M.S.).

Les journées thérapeutiques :

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Dans le cadre de la prise en charge en activité physique, ce processus éducatif vise à aider l'enfant et son entourage à comprendre les facteurs de son obésité et les médiations possibles par les APS. L'atelier d'APA prend toute sa place au sein de l'éducation thérapeutique. L'éducateur propose des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial. L'éducation doit rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux sa vie pathologie et améliorer sa qualité de vie.

Les programmes d'éducation thérapeutique proposés dans les RéPOP, s'effectuent en groupe (dizaine d'enfants) en lien avec une équipe pluridisciplinaire (médecin, diététicienne, psychologue, enseignant APA ...). Un programme d'éducation thérapeutique compte entre 6 à 8 journées (ou demi-journées) où il est abordé à chaque séance : un travail autour de la nutrition, un atelier d'APA et un groupe de parole. Pour chaque enfant, un diagnostic éducatif est établi initialement afin de l'accompagner tout au long des séances, à travers des objectifs thérapeutiques négociés avec l'enfant et sa famille.

Les séances d'éducation thérapeutique :

Elles sont identiques sur le fond aux journées thérapeutiques, seule la forme change. Une session peut comporter quatre séances d'approximativement deux heures chacune, dispensées à un mois d'intervalle. Chaque séance aborde une thématique différente ; psychologique, diététique, activité physique et bilan par groupe de parole.

2.3 L'accompagnement

2.3.1 - L'enseignant d'E.P.S.

L'organisation de l'EPS au primaire et au secondaire est expliquée au sein de synthèse du PNNS « Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée » 2008.

Pour plus d'informations concernant les objectifs et le programme par classe, vous pouvez consulter le site de l'éducation nationale : <http://eduscol.education.fr/D0010/LLPCPR01.htm>

Les enseignements dispensés s'appuient sur 8 groupes d'activité :

- les activités athlétiques (course, lancers, sauts...),
- les activités aquatiques (natation, water polo...),
- les activités gymniques (Gymnastique sportive, Gymnastique rythmique « GR »),
- les activités artistiques (Danse, expression corporelle...),
- les activités physiques de combat (lutte, judo...),
- les activités d'opposition duelle (sport de raquette, escrime...),
- les activités de coopération et d'opposition (sports collectifs),
- les activités de pleine nature (surf, escalade, voile, golf...).

A la fin du lycée, tous ces groupes doivent être abordés par l'enfant. Chaque cycle doit se faire en une durée de pratique minimale de 10 h. Les élèves peuvent compléter leurs connaissances et se perfectionner dans certaines A.P.S.A. (Activités Physiques Sportives et Artistiques) en s'inscrivant à l'U.N.S.S. (Union Nationale du Sport Scolaire). La pratique en U.N.S.S. peut être d'une à trois heures par semaine.

Relation entre l'enseignant en A.P.A. et d'E.P.S :

Il est possible que l'enfant se sente rejeté, critiqué ou en difficulté lors du cours d'E.P.S. Pour ces raisons, le médecin et/ou l'enseignant en APA peuvent contacter le professeur d'E.P.S. dans le cadre d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Ce lien permet de favoriser le suivi et de sensibiliser l'enseignant d'E.P.S. aux spécificités des enfants ayant un problème de poids.

2.3.2 - Activité physique de loisir

Il existe des activités dites « autocontrôlées » (ou pratique libre ou AP de loisir) ce qui signifie qu'elles sont réalisées en dehors du cadre associatif. Cette forme d'activité est de plus en plus pratiquée et englobe : la course du dimanche, la partie de football entre amis et les activités de pleine nature (le vélo, l'escalade, le canoë, le surf, la promenade en montagne...).

Ces activités de « loisir libre » apportent certains avantages, ils :

- favorisent la socialisation,
- excluent l'aspect compétitif,
- se réalisent à n'importe quel moment de la journée,
- permettent à chacun d'évoluer à son rythme,
- ont un coût limité pour certaine,
- permettent de lutter contre la sédentarité,
- améliorent la santé physique.

Cependant, les activités de « loisir libre » peuvent comporter certaines dérives et peuvent être à l'origine de blessures. La prise de risque peut y être plus importante. Il nous semble essentiel de posséder une base de connaissances sur l'activité et sur ses limites personnelles afin de s'engager lucidement dans les APS.

2.3.3 - L'orientation vers une association sportive

Les clubs sportifs sont des associations « loi de 1901 » qui dépendent le plus souvent d'une fédération sportive. Elles proposent une activité spécifique ou sont « multisports ». L'activité proposée peut être de loisir ou de compétition.

Les fédérations comportent des comités régionaux, départementaux et des associations locales. La pratique au sein d'une association nécessite une participation financière pour l'obtention de la licence qui comprend une assurance en plus de l'affiliation fédérale et dont le prix est variable selon l'activité.

Si l'enfant souhaite adhérer à une association sportive, le rôle de l'enseignant en APA est de le **conseiller sur le choix de l'activité et de l'accompagner dans ses démarches**. Trois cas de figures sont possibles :

- S'il n'y a pas de contre indication médicale pour la pratique choisie, l'enseignant effectue un simple suivi en contactant la famille ou l'entraîneur afin de vérifier son intégration au sein de l'équipe et son assiduité aux entraînements.

- Si l'enfant a l'autorisation médicale de pratiquer l'activité mais sous réserve de certaines adaptations, un certificat d'inaptitude partielle sera alors nécessaire. L'enseignant en APA doit renseigner l'entraîneur sur les difficultés spécifiques de l'enfant et reste à sa disposition pour l'aider, si besoin, à l'élaboration des séances et des adaptations nécessaires.

- Si l'enfant possède une contre indication médicale aux activités physiques réalisées au sein d'une association, un projet personnalisé est mis en place. L'objectif principal reste l'intégration de l'enfant dans l'activité qu'il a choisie.

2.3.4 - Elaboration d'un projet pour les vacances scolaires

Il existe un arrêt d'activité de la majorité des associations sportives lors des périodes de vacances scolaires et l'été, de la fin du mois de juin jusqu'à la moitié du mois de septembre. L'objectif pour l'enseignant en APA et l'enfant est de palier à ce manque d'activité. Plusieurs activités peuvent être proposées en C.V.L. (ou A.C.M.) et C.L.S.H., certaines mairies proposent des activités sportives pendant les vacances, et quelques associations sportives, proposent des stages de perfectionnement. Ce projet doit aussi prendre en compte l'activité physique quotidienne avec des objectifs accessibles et réalisables. L'enseignant en APA peut ici accompagner, informer, orienter le jeune à organiser ces temps de vacances scolaires. (Pour plus d'informations : *synthèse du PNNS « Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée », 2008*)

Références bibliographiques :

INSERM. Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations. Expertise collective 2008.

Lazzer S, Meyer F, Meyer M, Boirie Y, Vermoret M. Evaluation de l'activité physique habituelle des adolescents en surpoids ou obèse. La Presse Médicale ; 33 :1255, octobre 2004

Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al., Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995 ; 273 : 402-407.

Pedroni E. *L'enfant, le cœur et le sport.* Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 19, Issue 8, December 2006, Pages 318-322

Pouessel G, S. Morillon, C. Bonnel, V. Neve, S. Robin, C. Santos, C. Thumerelle, R. Matran and A. Deschildre. Tests de marche : une avancée dans l'évaluation fonctionnelle cardiorespiratoire. Archives de Pédiatrie, Volume 13, Issue 3, March 2006, Pages 277-283

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

Sites Internet de référence :

www.euro.who.int/hepa (Réseau européen de promotion activité physique et santé)

<http://www.kino-quebec.qc.ca> (Réseau Québécois de promotion de l'activité physique)

<http://eduscol.education.fr/D0010/LLPCPRO1.htm> (Informations sur les programmes en EPS)

<http://www.profapa.fr/pecapa.aspx> (Informations sur la prise en charge par les APA)

3.1 - Séance type d'atelier en APA

Les Ateliers d'activités physiques adaptées pour les jeunes en surpoids peuvent avoir, pour principaux objectifs :

- **lutter contre la sédentarité et l'inactivité, augmenter le niveau d'activité physique quotidien** : Ainsi, nous proposons des AP qui permettent aux jeunes de se mettre facilement en mouvement. Lors des séances, nous les sensibilisons également à la pratique d'activité physique quotidienne. Afin de les aider à mieux intégrer ces notions, nous fournissons aux jeunes des podomètres et des livrets d'AP à remplir quotidiennement.
- **entretenir et améliorer la condition physique** : Pour ce faire, nous planifions des séances avec des pratiques sollicitant diverses aptitudes physiques tel que le système cardio-respiratoire, la souplesse, et l'équilibre. Ainsi les jeux de balles, les courses de relais, les parcours moteurs sont des exemples d'activités ludiques permettant de répondre à cet objectif.
- **restaurer un état de bien être psychique en essayant de rectifier l'image négative du corps** : Nous utiliserons, par exemple, la danse, l'escalade ou même les sports de combats pour organiser des situations qui favorisent le dépassement de soi. Nous adaptons également les pratiques afin de les aider à relativiser face à l'échec.
- **créer des relations sociales au sein du groupe** : La pratique d'activités physiques permet de faire de nouvelles rencontres. Pendant les séances d'APA, nous développons également la communication et les échanges inter individuels en évitant le repli sur soi, et ainsi favoriser des relations sociales au sein du groupe
- **donner goût à la pratique physique et sportive par le plaisir du jeu** : Nous veillons à avoir une approche ludique et pédagogique de chaque situation afin que les APS soient une source de plaisir pour tous. Nous veillons à ce que la pratique physique soit synonyme de jeu en changeant d'activités toutes les 20 à 30 minutes. Ainsi, les jeunes s'amuse ensemble au volley, au foot, à la péteca, à l'ultimate ...

Remarques : Les ateliers d'APA doivent favoriser les pratiques physiques de la vie quotidienne et de loisirs, ainsi que les pratiques sportives en association. Nous aidons les jeunes à s'inscrire alors dans une dynamique de vie active et à devenir acteur de leur propre santé. Les ateliers d'APA sont donc un tremplin vers une vie physiquement plus active et en adéquation avec les besoins de chaque jeune.

Les séances d'APA peuvent être construites comme celles du système éducatif (E.P.S.) et associatif (échauffement, corps de séance, récupération/étirements). L'objectif est d'adapter les séances en fonction du public présent tout en s'appuyant sur des APS.

3.1.1 – Echauffement

Définition : L'échauffement est un ensemble d'exercices structurés et organisés, destinés à mettre le corps dans les meilleures dispositions physiques pour pouvoir effectuer une activité physique et sportive : c'est une étape de transition fondamentale, d'intensité progressive. Il est basé sur l'association d'un travail musculaire périphérique à un travail respiratoire qui vise à augmenter l'activité des différents organes impliqués lors de l'effort (muscles squelettiques, cœur, poumons) : c'est la phase de préparation du corps à l'effort. Cette mise en mouvement progressive, adaptée aux capacités physiques du groupe, peut débuter par une période de marche ou de course à faible intensité vers une période de course d'intensité plus importante menant à la sudation et à la dyspnée. L'échauffement peut également inclure une courte période d'étirements (de cinq à dix secondes) des groupes musculaires sollicités lors de l'activité physique.

Le terme de « performance » ne doit pas être associé à l'idée de compétition, ni de dépassement de soi, mais seulement au niveau optimal de travail pour chaque individu, adapté à sa situation ou à son état.

Les effets de l'échauffement :

- Action sur le système cardio-respiratoire : Il favorise l'augmentation des échanges gazeux et l'approvisionnement, en oxygène, en substrat énergétique, des muscles par augmentation de la « perfusion musculaire ». P.Prevost. L'augmentation de l'activité du système cardio-respiratoire favorise la vascularisation d'où une hausse de la température centrale et musculaire.
- Augmentation de la température centrale et musculaire. L'étymologie du mot échauffement est issue de la même racine latine que chauffer (cale facere).

L'échauffement a donc pour rôle d'augmenter la température à deux niveaux :

- Au niveau musculaire : La mise en action a pour objectif d'augmenter, par le biais du système cardio-respiratoire et l'effet de « pompe » produit par les contractions des muscles, la vascularisation des groupes musculaires qui seront sollicités au cours de la séance (G.Commeti). Selon Bishop (2003) l'évolution de la température musculaire est relativement rapide (de 3 à 5 min), et joue le rôle le plus important dans la performance. Lorsque le muscle est étiré il met moins de temps à revenir à sa longueur initiale : la relaxation est plus rapide, d'où une diminution des raideurs musculaires.
- Au niveau central : L'augmentation de la température centrale nécessite une durée plus importante que celle nécessaire pour la température musculaire (au moins 10 minutes). La température centrale permet une plus grande efficacité des échanges chimiques dans l'organisme. L'élévation s'obtient avec un enchaînement d'exercices dont l'intensité doit augmenter de façon progressive et adaptée à l'individu.

L'augmentation de la température musculaire diminue la viscosité et améliore l'élasticité, tandis que celle de la température centrale favorise l'augmentation de la

conduction de l'influx nerveux ce qui augmente l'excitabilité du muscle et permet une amélioration de la proprioception lors de la réalisation de mouvements.

Mobilisation articulaire.

La mise en jeu des articulations augmente la production de liquide intra-articulaire qui favorise la tolérance aux charges et une meilleure résistance aux chocs.

Ainsi, selon P. Prevost, c'est « par leur mise en charge que les cartilages vont pouvoir, non seulement s'entretenir, mais aussi remplir leur rôle de protection de façon efficace. »

Préparation cognitive à l'effort.

Selon Konzag, l'échauffement augmente les facultés d'attention et de perception. La vigilance est améliorée facilitant ainsi la réussite dans les apprentissages et une mise en confiance du pratiquant. On parle d'« effet positif » sur les états de stimulation et d'inhibition. L'activation des structures mentales permet d'améliorer les sensations extéroceptives : l'individu devient plus sensible à son environnement. La mise en action favorise aussi la motivation grâce à la réalisation d'une tâche simple et adaptée ce qui place l'individu dans une situation de réussite et engendre une attitude « positive » dans la pratique physique. A la fin de l'échauffement, l'individu se sent prêt à entrer dans l'activité.

Prise en compte des conditions météorologiques, du niveau de pollution, du moment dans la journée et de l'environnement géographique.

L'échauffement est indispensable quelles que soient les conditions météorologiques ; température, hygrométrie, vent, etc. De même, l'hydratation est essentielle (dans toutes les conditions météorologiques) et il est nécessaire de se vêtir de manière adaptée. L'objectif est de prédisposer l'individu à des situations d'échauffement optimal pour s'assurer le bon déroulement du corps séance.

Progressivité, alternance et adaptation des exercices en fonction de la séance et de l'individu.

L'élaboration de la mise en action doit respecter une gestion du temps d'effort, une progressivité et l'alternance des phases plus ou moins actives, adaptées au public.

Nous reprendrons l'idée de P. Maquaire qui individualise deux temps dans l'échauffement :

- l'échauffement généralisé qui sollicite l'organisme et ses grandes fonctions dans leur globalité,
- l'échauffement spécifique basé sur les activités physiques du corps de séance et sur les particularités du public concerné.



Un effort trop intense au cours de l'échauffement peut limiter la participation au reste de la séance. L'échauffement doit être une étape ludique et de mise en condition.

Remarques : Les informations données précédemment s'adaptent à tous. En ce qui concerne les jeunes en surpoids ou obèses une attention particulière doit être portée sur :

- La sollicitation du système cardio-respiratoire,
- La mobilisation articulaire, en particulier au niveau des membres inférieurs et du rachis,
- La progressivité des exercices et l'alternance entre les faibles et fortes intensités des exercices,
- L'échauffement, basé sur des exercices adaptés aux capacités de l'enfant,
- La mise en place de situation de réussite pour favoriser la motivation,
- L'investissement de l'enseignant qui est l'une des variables essentielle de l'implication, en toute sécurité, des enfants dans l'échauffement.

3.1.2 – Corps de séance

Le corps de séance doit être basé sur la mise en place d'activités « multisports » adaptées au potentiel et besoins des jeunes. Nous privilégions l'aspect ludique de la pratique tout en minimisant l'approche compétitive. Il s'agit de développer au maximum les compétences motrices tout en abordant graduellement le dépassement de soi, la confrontation aux autres et à l'environnement... La mise en mouvement s'effectue au travers d'exercices éducatifs dont l'objectif est de développer les potentiels et aptitudes physiques de chacun (équilibre, souplesse, proprioception, coordination, force, vitesse, endurance...).



Nous devons profiter des séances d'APA pour accompagner chaque jeune à être « acteur » de sa prise en charge et à adopter une vie active en toute sécurité.

Cependant, quelques recommandations particulières doivent être apportées sur les points suivants :

- **Fréquence / Durée** d'activité physique : Il est nécessaire que les enfants et adolescents qui viennent en atelier comprennent bien qu'il est plus bénéfique pour la santé de faire 4 à 5 séances de 30 min par semaine que 2 séances de 1h par semaine ou qu'une séance de 2 heures. En effet, certains pensent qu'une séance d'APS est suffisante. Nous avons donc pour rôle de leur faire comprendre l'intérêt de continuer à être physiquement actif tous les jours de la semaine (Cf : *Illustration des recommandations traditionnelles d'activités physiques dans un but de santé, chapitre 2.1.3 p14*)

- **Assiduité** : Dès que les enfants et adolescents adoptent un style de vie actif, il est de notre devoir de les aider à être assidu. En effet, la condition physique s'acquiert lentement (8 à 14 semaines en fonction de la fréquence de pratique). Même si l'entretien peut se faire aisément par une pratique hebdomadaire régulière, malheureusement en 2 à 3 semaines de relâchement total, le niveau de condition physique atteint peut se perdre.

- **Progressivité / Intensité** : Nous encadrons des jeunes avec des problèmes de santé. Il nous faut donc être encore très vigilant sur les notions de progressivité et d'intensité dans les exercices que nous proposons. En effet, même si certains jeunes pensent « être facilement capable de », de nombreux risques subsistent. Il est donc nécessaire d'être très attentif pour tout ce qui concerne le travail de la force, de la puissance, la fréquence cardiaque (...). La charge de travail au

cours de la séance et sur l'ensemble de l'année doit être très progressive et surtout en adéquation avec les possibilités de chaque individu. Les caractéristiques spécifiques de chaque AP doivent être considérées afin d'établir un programme de pratique totalement individualisé.

Remarque : Il est indispensable de faire varier les plaisirs !!! Les enfants et adolescents en surpoids ou obèses peuvent très rapidement se lasser d'une activité. Il est donc nécessaire de ne pas trop faire durer les APS proposées. Nous recommandons de changer de pratique toutes les 20 à 25 minutes (maximum).

3.1.3 – Récupération / Etirements

La récupération :

- fait suite au corps de séance,
- favorise l'oxygénation des tissus,
- doit solliciter le plus grand nombre de groupes musculaires possible, en priorité ceux mobilisés pendant la séance,
- est de faible intensité afin d'amener progressivement l'individu à une phase de retour au calme.

Enfin, lors de cette phase de récupération, il est indispensable de se réhydrater correctement.

Les étirements / « stretching » :

Selon la culture ou le passé sportif, les étirements sont effectués lors de la période de mise en action, au milieu ou en fin de séance.

Cependant, M.J. Alter (1996) in « Science of Flexibility » démontre que les étirements provoquent au sein du muscle des tensions élevées qui entraînent une interruption de l'irrigation sanguine. De ce fait, les étirements ne seraient donc pas pertinents à proposer lors d'un échauffement.

Les effets du stretching sur la pratique :

- Action sur la vitesse : Wiemann et Klee (2000) ont démontré que l'étirement passif influence négativement la succession d'actions de force.
- Action sur la force : Fowles et Coll (2000) montrent que l'étirement diminue l'activation et la force contractile quelle que soit la forme d'étirement statique ou dynamique. L'activation musculaire est récupérée dans les 15 min qui suivent et la force au bout de 60 min.
- Action sur l'endurance de force et la qualité des sauts : Ce point est cité pour information, il ne concerne pas directement le public d'enfant en surpoids ou obèse.
- Action antalgique : La répétition d'un exercice de stretching entraîne une habitude à la douleur, comme si les récepteurs de la douleur étaient

« endormis ». Ainsi, le risque de blessure pour entrer dans l'activité devient plus important (Magnusson et Coll).

- Microtraumatismes : Wiemann et Klee (2000) montrent que les étirements imposent aux tendons des tensions équivalentes à celle d'une contraction musculaire maximale. Des microtraumatismes apparaissent, l'étirement passif sollicite les myofibrilles de la même façon que l'entraînement de la force favorise la fibre musculaire. Pour limiter ceux-ci, il ne faut pas repousser de façon trop importante le seuil de douleur (les étirements n'ont pas pour but d'être douloureux).

- Coordination agoniste-antagoniste : Un groupe musculaire agoniste étiré n'est pas prêt à bloquer la contraction violente des muscles antagonistes. Il est important de respecter au cours des étirements l'équilibre entre les groupes musculaires agonistes et antagonistes.

- Le phénomène « Creeping » des tendons : Au cours des étirements, il existe un affaiblissement des tendons avec une réorganisation des fibrilles de collagène. Elles s'alignent au lieu d'être orientées en oblique et perdent de l'efficacité à emmagasiner de l'énergie.

Ces études ont été réalisées sur un public de sportif dans une optique de préparation physique pour la compétition. De ce fait, nous conseillons pour l'encadrement de jeunes en surpoids ou obèses :

- A l'échauffement : des étirements de faible amplitude, en dessous du seuil de douleur, de durée inférieure à dix secondes par groupe musculaire. Ils doivent être réalisés si une sensation désagréable comme une raideur est présente et de préférence à la fin de l'échauffement.

- A la fin de la séance : la pratique des étirements de faible amplitude pour diminuer les raideurs musculaires, avoir un effet antalgique ce qui donne aux pratiquants une sensation de bien être. Enfin, leur répétition améliore l'amplitude articulaire.

Remarques : Les étirements sont des exercices à part entière et ont plus d'intérêt en fin de séance, car leur réalisation lors de l'échauffement doit respecter certaines règles. Ils ne doivent pas excéder une dizaine de seconde par groupe musculaire. Leur rôle essentiel est de faire disparaître la sensation de raideur musculaire. Ils ne favorisent pas la récupération mais améliorent l'amplitude articulaire et apportent au pratiquant une sensation de bien être. Leur réalisation favorise le retour au calme dans la séance. L'enseignant en APA peut utiliser ce temps calme pour échanger avec les pratiquants, les informer sur le déroulement d'une séance afin qu'ils puissent devenir autonomes.

3.2 - Astuces pédagogiques : méthodes et outils

3.2.1 - Feedback

Plus communément appelé rétroaction, le Feedback (Fb) est ici perçu ou utilisé comme un outil d'apprentissage. Il consiste chez l'apprenant à porter sa réflexion sur son comportement dans une situation spécifique, dans le but de devenir plus efficace. Cet outil fait appel aux dimensions cognitive, métacognitive, méthodologique et affective. C'est pour l'enseignant un outil essentiel permettant de guider la réflexion. L'apprentissage reste une succession d'essais, d'erreurs, de prise et de traitement d'informations. Au cours d'une séance d'APA le jeune teste son environnement (pairs, enseignant, etc.), il envoie, reçoit, sélectionne, traite, interprète, etc. des informations. Tout ceci représente la boucle de Feed-back.

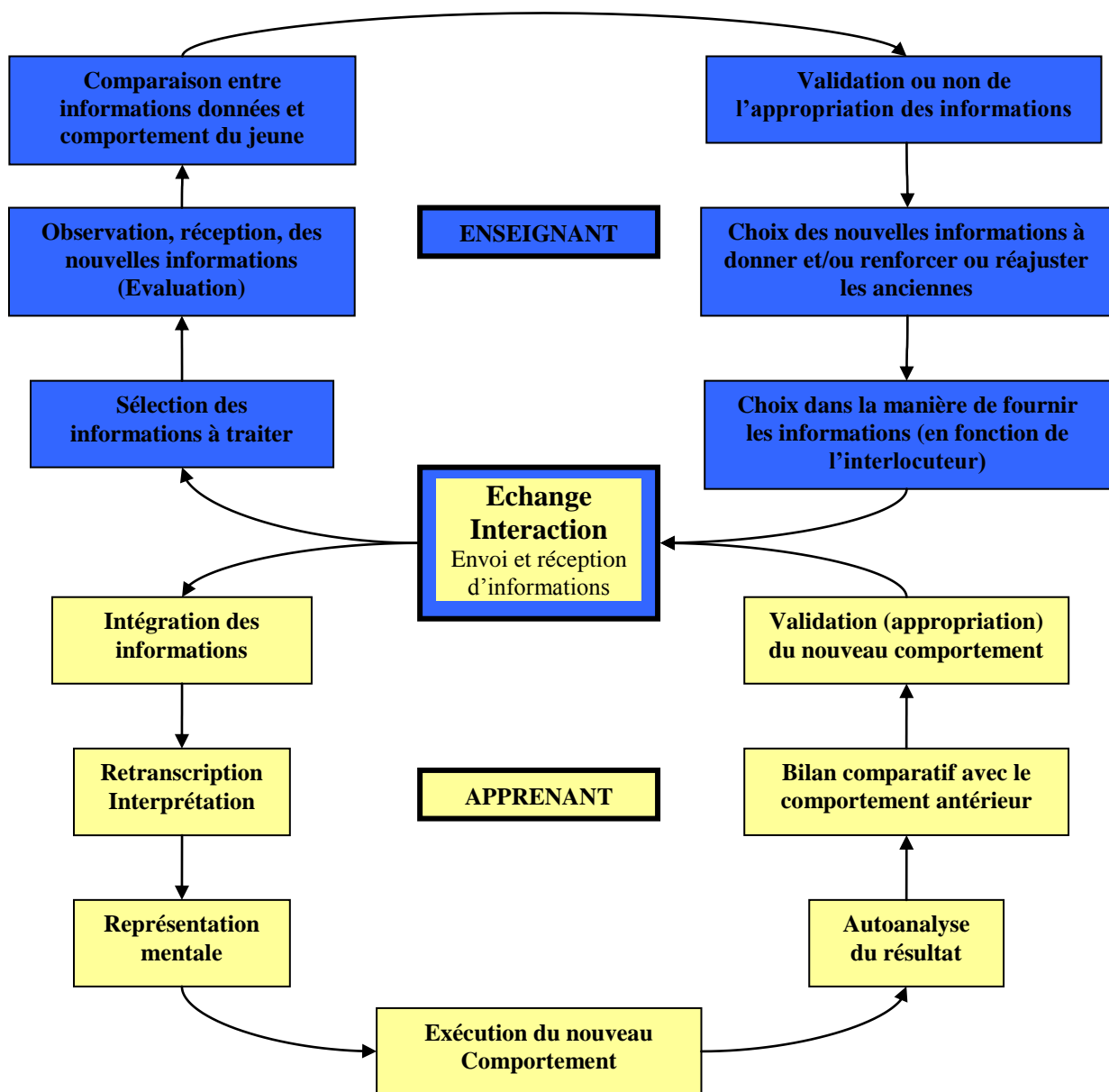


Schéma d'une double boucle de Feedback interprétant les processus mentaux au cours d'un apprentissage (Grégory LAUGA, Juin 2008).

La question qui se pose est la suivante : en quoi l'application des Fb au cours d'une séance d'APA nous semble-t-elle si nécessaire ?

Comme nous avons pu l'évoquer dans les chapitres précédents, chez les jeunes en surpoids ou obèses, la perception, l'utilisation, la représentation, (...) de son corps peuvent être plus problématiques. L'utilisation des Fb peut se révéler être un outil pertinent pour guider le jeune à mieux connaître ses capacités (réflexives, motrices, etc.).

L'enseignant en APA se doit d'appréhender le jeune dans sa totalité c'est-à-dire dans ses dimensions : cognitive, sociale, affective, culturelle, comportementale et physique.

L'enseignant observe le jeune dans son évolution au cours de la séance avec l'intention de recueillir de nouvelles informations sur ce dernier. Il y a donc un Fb sélectif chez l'enseignant qui se couple avec celui du jeune. Ils doivent faire la « sélection » sur ce qui a été compris ou non et sur la capacité de réflexion d'une problématique donnée (spatiale, temporelle, informationnelle, etc.).

Au cours d'une séance, le Fb peut être transmis pendant et/ou après l'exercice, le test et/ou la séance. Un Fb, pour être efficace, doit contenir :

- des informations pour renseigner sur des données spécifiques en rapport avec l'activité demandée, la direction des actions réalisées ou le degré de changement obtenu (donner du sens). « Ex : depuis que tu marches régulièrement je te trouve moins essoufflé »,
- de la valorisation afin d'aborder la dimension motivationnelle qui nous paraît indispensable avec ce public. « Ex : Bravo ! Ton implication motive les autres ».

Les gains progressifs surviennent grâce à des Fb pertinents, voici quelques astuces pour être plus efficient :

- Le Fb doit être « positif » à différents niveaux (un Fb par niveau) : de l'identité « Ex : tu es agile », des valeurs/croyances « Ex : tu as réussi parce que... », des capacités « Ex : tu es capable de... », du comportement « Ex : ce que tu as fait est pertinent », et de l'environnement « Ex : tu as bien adapté ton action en fonction du jeu ».
- Encadrer les informations négatives par du positif « Ex : Bien joué, peut être aurais tu ... pour mieux y arriver, mais l'idée de départ est bonne ». Si le Fb est négatif il faut trouver une alternative positive à la situation.
- Décrire et non évaluer. C'est au jeune de trouver la solution et à l'enseignant de diriger la réflexion « Ex : comment peux-tu augmenter ton A.P. quotidienne. ».
- Donner des informations précises, illustrées par des exemples et si possible faire un lien avec la vie quotidienne. L'enseignant doit aussi faire le tri des Fb qu'il doit donner, le jeune ne doit pas se noyer dans l'information.
- Utiliser le pronom personnel « Je », il est préférable de parler en son nom, cela aura plus de chance d'être perçu comme un avis personnel plutôt qu'un jugement.
- Laisser le jeune face à un choix après le Fb. Il ne faut pas donner de réponse, notre objectif est de guider vers une réflexion pour aider l'enfant ou

- l'adolescent à mieux se connaître « Ex : comment comptes-tu faire maintenant sachant que... ».
- Il est nécessaire de donner un feedback seulement sur des thématiques pouvant être modifiées.

3.2.2 - Méthode SELF (S'Entraîner La Forme)

« S'Entraîner La Forme » est une méthode globale, progressive et personnalisée qui se repose sur un principe simple. En effet, pour chaque enfant, on détermine une « base d'entraînement » en mesurant la distance qu'il parcourt en un temps donné. On calcule son Unité Individuelle de Progression (UIP) qui correspond à la base d'entraînement divisée par quatre. Cette UIP correspond à l'objectif que devra réaliser l'enfant au cours des séances. En fonction des progrès, on peut proposer d'augmenter d'une UIP toutes les 4 séances.

La méthode SELF pour l'enfant en surpoids comprend 6 parties qui s'enchaînent sans interruption et toujours dans le même ordre :

- des étirements,
- un travail respiratoire : avec ventilation des bases et une stimulation de la sangle abdominale,
- des exercices physiques (course, step, cycle, rameur, natation),
- un travail éducatif : par des exercices de coordination, de détente, d'équilibre et de proprioception,
- une activité sportive adaptée,
- de la relaxation.

Cette méthode nous paraît intéressante car les tests de terrain sont réalisés régulièrement, ce qui permet à l'enfant de quantifier personnellement ses progrès et de les associer à l'évolution de son état de forme. Ils sont effectués à chaque début de séance, pour ne pas être influencés par la charge d'entraînement qui va suivre.

3.2.3 - Activités physiques innovantes

Les pratiques innovantes nous semblent intéressantes à utiliser avec ces jeunes qui sont très souvent en rupture avec les APS conventionnelles. En effet, les pratiques innovantes vont permettre la mise en place de nouvelles situations où tous les jeunes vont pouvoir pratiquer en jouant avec un plaisir omniprésent.

Dans le domaine des pratiques innovantes, tous les pratiquants commencent au même niveau, en effet il n'y a pas d'expert et tout le monde est débutant. Nous bousculons ainsi leurs certitudes qui consistent à dire que certains peuvent être plus doués que les autres.

Cependant, nous devons ici favoriser des situations d'apprentissage pédagogique où tous les jeunes progressent afin d'entretenir une motivation forte. Enfin, par la facilité d'accès à la pratique, comme pour les jeux de la pétéca ou de l'ultimate, les jeunes vont pouvoir constater que l'on peut facilement progresser dans une discipline physique et sportive.

Exemples de pratiques innovantes :

. L'Ultimate :

C'est un sport collectif opposant deux équipes, sur un terrain rectangulaire, à l'aide d'un ultimate (Frisbee, disque). L'objectif est de déposer le frisbee derrière la zone d'en-but adverse afin de marquer plus de points que l'équipe opposée. Le joueur qui est en possession de l'ultimate ne peut plus bouger. Le contact physique est pénalisant. L'équipe adverse peut récupérer l'ultimate si celui-ci est rattrapé au vol ou mis à terre, mais également lors des sorties de terrain.



Cette APS peut se pratiquer sur tout type de terrain, en intérieur ou extérieur et a la particularité d'être arbitré par les joueurs eux-mêmes suivant les valeurs du Fair-play.

La pratique de l'Ultimate développe la résistance, le souffle, la coordination, l'accélération, la coopération (...).

Il existe de nombreuses pratiques dérivées telles que le Golf-ultimate qui consiste à réaliser un parcours tel qu'en Golf ; le Cross-Ultimate qui consiste en une course en pleine nature.

. La Pétéca :



du filet ...). Le jeu peut se faire en individuel ou à deux.

Sport traditionnel du Brésil, c'est une discipline opposant deux équipes de part et d'autre d'un filet central. L'objectif est de faire tomber la pétéca sur le terrain de l'équipe adverse afin de totaliser le plus rapidement possible 12 points (jeu en 2 Sets Gagnants). Le jeu est très similaire, par sa gestuelle et ses règles, au badminton et au volley. Les fautes sont également similaires à celle du volley-ball (sortie du terrain, pénétration du corps ou d'une partie sur le terrain adverse, passe en dessous

La pratique de la pétéca développe la motricité, l'agilité, la coordination, le dépassement de soi (...).

Il existe de nombreux jeux éducatifs très ludiques à proposer aux jeunes avec la pétéca (lancer sur cible, échange, jonglage...). L'objet étant nouveau, il intrigue toujours et permet aux jeunes d'entrer facilement dans l'activité.

Remarques : De nombreuses activités innovantes existent (Kin-ball, tchouk-ball, le KorfBall, le tambourin...), toutes plus innovantes les unes que les autres. Les enfants et adolescents en surpoids ou obèses acceptent facilement de rentrer dans le jeu de ces nouvelles pratiques. C'est là une ouverture possible vers la mise en activité de nos jeunes qui trop souvent souffrent de mauvaises expériences antérieures vécues dans le cadre des disciplines traditionnelles.

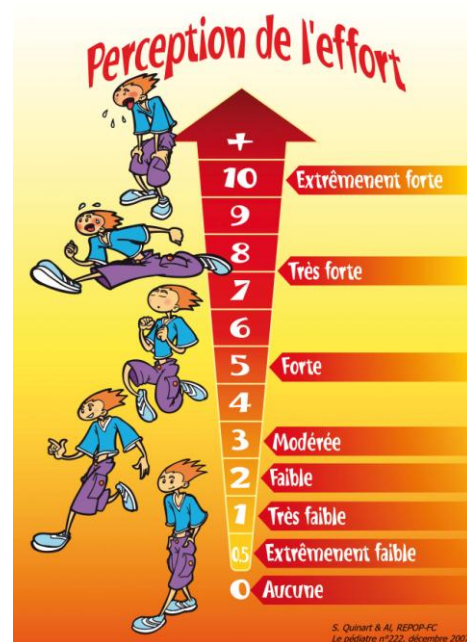
3.2.4 Perception de l'effort

(Cf. : synthèse du PNNS « *Activité physique et obésité de l'enfant : Bases pour une prescription adaptée* », 2008)

L'utilisation d'une échelle de Perception Subjective de l'Effort (PSE) permet à l'enfant obèse de faire le lien entre l'activité qu'il pratique et les sensations qu'il éprouve au moment de l'exercice physique. Il en existe de nombreux modèles validés tel que l'**échelle de perception Borg (1998)**. Mais pour illustrer nos propos, nous vous proposons l'échelle de perception subjective de l'effort développée au sein du RÉPOP de Franche-Comté (2007).

Pour permettre à un jeune en surpoids ou obèse de mettre des mots sur ce qu'il ressent, une éducation à la PSE est nécessaire. L'enfant apprend à repérer ses propres signaux physiologiques et émotionnels (essoufflement, fatigue musculaire, représentation de soi...).

L'enseignant orientera le sujet sur des intensités adaptées, en dessous de son seuil d'essoufflement. En s'appropriant cet outil, l'enfant devient progressivement acteur de sa prise en charge en AP. A termes, il cible lui-même les intensités d'exercice de manière à pouvoir les maintenir sur une longue durée.



Échelle de Perception Subjective de l'Effort
(S. Quinart & al, REPOP-FC, Décembre 2007)

3.2.5 Utilisation d'outils d'évaluations

Le Podomètre (ou pedomètre)

C'est un petit appareil qui se place à la ceinture afin de compter le nombre de pas. Il est utilisable au quotidien pour estimer sa quantité d'activité physique quotidienne (Objectif : 10 000 à 12 500 pas par jour). Mais on peut également l'utiliser en séance APA comme indicateur de bonne participation (1 séance de 2 heures = environ 4 000 à 6 000 pas en fonction des activités). Le podomètre n'est pas très fiable sur la mesure des distances parcourues, mais c'est un très bon outil pédagogique. En effet, au quotidien, l'utilisation du podomètre par les enfants ou adolescents semble motiver le mouvement. Les jeunes ont un repère qui leur permet de savoir où ils en sont. Ils deviennent ainsi acteurs de leur prise en charge !!!

Les Actimètres :

L'accélérométrie permet d'évaluer de façon non invasive l'activité physique des sujets à l'aide de mesures mécaniques des mouvements (Simon, 2002). Le principe repose sur la mesure par des capteurs des accélérations induites lors des mouvements du tronc et des membres (Leenders et al, 2000). Les premiers appareils portables utilisés ont été les podomètres puis les accéléromètres mono-dimensionnels (CSA, Actigraph) qui ont été conçus pour effectuer des mesures dans les trois dimensions (TriTrac-R3D, RT3). De nombreuses études ont démontré que ce type d'enregistrement était corrélé avec la consommation d'oxygène (Le Bris et al, 2004 ; Rowlands et al, 2004). L'accélérométrie représente actuellement une des meilleures méthodes de mesure objective et non invasive de l'activité physique quotidienne réalisée dans des conditions habituelles de vie (Coleman et al, 1997). Ses principaux avantages sont sa précision, la petite taille, et le faible poids de son appareil de mesure.

Cette méthode permet d'avoir un recueil de données variées pour évaluer l'activité physique de séances encadrées (séance d'APA, cours d'éducation physique et sportive, entraînement dans un club, compétition) de loisir, de transport (vélo, marche), ou liées à des tâches domestiques (jardinage, nettoyage, bricolage...). De récentes études ont précisé les résultats en fonction du type d'activité physique (sédentaire, modérée, intense...), et la durée selon un vecteur magnitude moyen (reflet de l'intensité ; (VMM)).

Ainsi, les correspondances entre les mesures d'activité physique détectées par accélérométrie (RT3) et les niveaux d'activité physique sont connues chez l'adolescent (10-13 ans) depuis les travaux de Vanheslt et coll. (2007) :

- pour les activités sédentaires (repos, lecture, jeu de société), $VMM \leq 100$,
- pour les activités de moyenne intensité (Jeu de ballon, marche à 1,5 km/h, marche 3 km/h) $600 \leq VMM \leq 1000$,
- pour les activités intenses (course à 4km/h et course 6km/h) :
 $3000 \leq VMM \leq 4000$.

3.2.6 - Livret d'Activités Physiques Quotidiennes (A.P.Q.)

Le livret d'Activités Physiques Quotidiennes est un outil qui permet de quantifier les mouvements effectués par l'enfant dans la journée. Il comprend de nombreux items relatifs aux différentes activités physiques et à leur intensité de pratique. Nous pouvons noter le nombre de pas effectués par l'enfant lorsque l'utilisation du livret est couplée à celle d'un podomètre.

A partir des résultats obtenus, nous avons une approche beaucoup plus précise de l'activité physique effective et de celle qu'il faudra programmer avec l'enfant ou adolescent.

Références bibliographiques

Coleman KJ, Saelens BE, Wiedrich-Smith MD, Finn JD, Epstein LH. Relationships between TriTrac-R3D vectors, heart rate, and self-report in obese children. *Med Sci Sports Exerc*, 1997; 29:1535-42.

Dilts R, Delozier B. Encyclopédia of Systémic Neuro-linguistic Programming and New Coding NLP University Press Scotts Valley 2000

Dupuis J-M, Daudet G. Médecine du sport de l'enfant et de l'adolescent. Éditions Ellipses, 2001.

Le Bris R, Girard O, Millet GP, Auvinet B, Barrey E. Relation entre la consommation d'oxygène et des mesures accélérométriques en course à pied sur piste. *Science and Sport*. 2004 Oct

Leenders NYJM., Sherman WM, Nagaraja HN. Comparisons of four methods of estimating physical activity in adult women. *Med Sci Sports Exerc*, 2000 ; 32 : 1320-6.

Quinart S & al, REPOP-FC. L'expérience d'un éducateur médico-sportif dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. ; *Le pédiatre*, n°222, décembre 2007

Rowlands AV, Thomas PW, Eston RG, Topping R. Validation of the RT3 triaxial accelerometer for the assessment of physical activity. *Med Sci Sports Exerc*, 2004, 36: 518-24.

Simon C. Comment évaluer l'activité physique. *Cah Nutr Diet* 2002 ; 37 : 1320-26.

Vanhelst J, Raosamanana P, Theunynck D, Zunquin G, Gottrand F, Béghin L. Détermination des bornes minimales et maximales de différents niveaux d'activité physique par l'accéléromètre RT3 chez l'enfant et l'adolescent, *Gastroenterol Clin Biol*, 2007, vol 31, p119

Site Internet de référence :

<http://nte.univ-lyon1.fr/enfant-malade-et-sport/>
(Méthode S.E.L.F.)

Spécificités des jeunes en surpoids ou obèses à considérer en APA :

Nous tenons à mettre en garde le lecteur sur les chapitres suivants. En effet les informations et idées émises dans le texte correspondent à des pistes de travail envisageables pour l'enseignant en A.P.A. et Santé. L'objectif est de présenter et de proposer des méthodes et des principes (issus de notre expérience de terrain) pouvant servir de support pour une prise en charge individualisée et adaptée aux aptitudes et besoins spécifiques des jeunes. Nous n'énonçons pas de règles à suivre.

Ce chapitre est construit sur la base des expériences et observations vécues par les enseignants en APA du groupe de travail et leurs collaborateurs.

4.1 – Aspects Physique

Dimension physique :

L'enseignant adapte les APS afin qu'elles correspondent aux capacités physiques et motrices des enfants et des adolescents pris en charge avec par exemple :

- une variation des contraintes spatiales et temporelles,
- un ajustement des règles et des formes de jeu,
- une adaptation de l'intervention en fonction de l'environnement (gymnase, plateaux de sport collectif...).

Les activités physiques proposées doivent permettre de privilégier la durée plutôt que l'intensité. En effet, plus le temps de jeu est long, plus la mobilisation des ressources lipidiques sera importante. Ces activités physiques « endurantes » permettent aussi un meilleur rendement des fonctions motrices.

Dimension physiologique :

Du point de vue métabolique, l'association obésité-sédentarité entraîne une diminution de l'utilisation des lipides comme substrat énergétique au cours de l'exercice (Perez-Martin et coll., 2001). L'utilisation du travail musculaire va permettre à l'individu en surpoids ou obèse d'élever le niveau de ses dépenses énergétiques et d'utiliser les lipides de son tissu adipeux à des fins énergétiques.

Ainsi, une activité physique régulière, d'intensité modérée (\approx 40-50 % de la consommation maximale d'oxygène) permet d'améliorer la composition corporelle (diminution de la masse grasse, maintien de la masse maigre), la sensibilité à l'insuline, le profil tensionnel, le profil lipidique et modifie l'utilisation des substrats énergétiques à l'effort vers des niveaux d'utilisation des lipides plus importants.

L'amélioration de ces différents paramètres entraîne une diminution du risque des complications associées à l'obésité (Willianson et coll., 1993 ; Birkenhager et De Leew,

2002). L'intérêt d'une activité physique adaptée dans la prise en charge de l'obésité et le maintien du poids sont clairement établis (Zachwieja, 1996). En effet, l'exercice physique est l'un des facteurs déterminants dans le maintien à long terme de l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

L'adhésion au programme d'activité physique de l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse est faible, car ces jeunes sont rarement attirés par les APS à cause des nombreux facteurs limitants auxquels ils doivent faire face. Parmi ces derniers, il est à noter les problèmes ostéo-articulaires, la faible adaptation musculaire à la surcharge pondérale, la possible dyspnée à l'effort ou l'inadaptation cardiaque mais également d'importantes barrières psychologiques et sociales.

4.2 - Aspects Psychologiques

L'enfant

Chez les groupes d'enfants en surpoids ou obèses âgés de 6 à 10 ans, il existe souvent un engouement et un intérêt pour les différentes APS. On observe une volonté de participation, particulièrement lorsque l'activité est ludique. Cependant, on constate que même très jeune, les enfants sont victimes de moqueries. En effet, il est fréquent de voir, en cours d'activité, des enfants normo pondérés mettre à l'écart des enfants obèses du fait de leurs différences, qu'elles soient physiques ou liées à leurs performances. Ceci a pour conséquence, chez ces derniers, la dévalorisation de leur image et de l'estime d'eux mêmes. De manière générale, on remarque que l'enfant « tait » sa souffrance, il n'ose pas en parler, il a honte. Il est important que l'enseignant en ait conscience pour ne pas laisser l'enfant s'enfermer dans une image de lui négative. Pour cela, il l'aide à prendre de la distance par rapport aux moqueries, et veille à son intégration dans le groupe.

L'enfant a besoin de se sentir en confiance pour pratiquer une AP. Or, la pratique d'une activité peut, en elle-même, générer de la frustration dans la mesure où il n'y a pas toujours une réussite. Ce sentiment semble exacerbé chez l'enfant en surpoids et peut être vécu comme un véritable échec. C'est pourquoi il est important que l'objectif proposé soit adapté aux capacités de l'enfant. Ce dernier devient plus apte à dépasser sa frustration s'il comprend les raisons de ses difficultés et de ses réussites. Pour l'aider, l'enseignant en APA doit l'encourager, lui proposer des tâches progressives, et lui donner régulièrement des feedbacks (Cf § 3.2.1).

Les parents ont différentes réactions face aux problèmes posés par le surpoids ou l'obésité de leur enfant :

- Certains peuvent, par maladresse, aborder ouvertement et de manière répétée la question du surpoids en présence de l'enfant, ce qui peut le blesser.
- D'autres pensent pouvoir motiver leur enfant à perdre du poids en les forçant à pratiquer une activité, sans demander leur avis.
- A l'inverse, certains ne s'investissent pas dans les activités sportives auxquelles leur enfant participe. Ils restent en retrait, ne les encouragent pas dans leurs efforts, ce qui peut amoindrir la motivation du jeune.
- Le déni du surpoids par les parents peut parfois engendrer des réactions de refus voire d'ironie. Ce comportement peut être renforcé lorsque l'enfant est en difficulté.

Il est important de se garder de tout jugement à l'égard des parents. On peut se demander ce que le problème de poids réactive chez eux ou quelle représentation peuvent-ils avoir des AP ? L'AP ne doit pas devenir un simple moyen de lutte contre la prise de poids mais être un réel moment de plaisir. L'enseignant peut, lorsqu'il s'interroge sur l'attitude des parents, se référer à un psychologue. Il est important que les parents puissent s'inscrire avec leur enfant dans une démarche de plaisir et non de contraintes.

À cet âge, les enfants demandent beaucoup d'attention et sollicitent l'enseignant. Certains jeunes sont très réservés lors des premières séances ; puis ils conçoivent des liens avec l'adulte qu'il considère presque comme un membre de leur famille (père, frère...). Il est primordial de préserver une distance entre l'enfant et l'enseignant pour éviter une confusion des rôles et avoir une intervention efficace.

L'adolescent

La période de l'adolescence est un passage, un va et vient, entre différentes phases : « l'opposition », « l'affirmation du moi », « l'insertion ». De l'envie de liberté au besoin de se référer à l'adulte, l'adolescent est complexe et parfois paradoxal. Cela a des répercussions sur l'entourage social et familial.

En raison des moqueries subies dans le passé, l'adolescent en surpoids ou obèse a pu se construire une image de lui dévalorisée. Ce qui peut se traduire par différents comportements :

- des difficultés à intégrer un groupe par crainte du regard et du jugement de l'autre. Cette angoisse est amplifiée à l'adolescence car, à cette période, le regard de l'autre a beaucoup d'importance,
- le port de vêtements amples qui peut être une manière pour lui de masquer ses rondeurs et d'éviter ainsi d'attirer l'attention. De fait, il peut chercher soit à s'isoler du groupe soit à l'intégrer sans être dévisagé,
- une tendance à s'isoler pour éviter de revivre des situations d'échec. Il se sent plus en sécurité en s'excluant ou en « perdant » rapidement plutôt qu'en prenant des risques pour y arriver. L'adolescent a peur d'être considéré comme responsable de la défaite de l'équipe.

Les difficultés à s'investir dans une tâche s'explique en partie par ces deux facteurs : le regard de l'autre et l'isolement. L'accumulation de mauvaises expériences peut conduire l'adolescent à une situation d'échec, notamment scolaire, voire à développer des comportements à risque. Souvent ces attitudes sont en lien avec des rapports complexes à l'autorité.

Pour faire face à ces situations délicates, l'enseignant se doit d'exercer son autorité de manière juste et adaptée. Soulignons que l'adolescent en surpoids est très sensible aux remarques que l'adulte peut lui faire. Parallèlement à cela, lorsqu'un jeune insulte un adolescent en surpoids, l'absence d'intervention de l'adulte peut être mal vécue. Il faut donc être très vigilant à ce qui se passe entre les adolescents. Ils sont à la recherche d'une personne qui leur ressemble et qui les comprend. Le fait de favoriser de bonnes relations entre les adolescents permet à chacun de s'identifier à ses pairs, d'être solidaire et de trouver sa place au sein d'un groupe.

Nous observons sur le terrain des comportements d'évitement voire de rejet de l'activité. Ils peuvent, de manière plus ou moins consciente, mettre en place des stratégies pour ne pas être en défaut face à l'activité sportive. Par exemple : une attitude « d'esquiveur compétent » (Tousignant 1985), ou encore une dévalorisation de soi « je suis nul, je n'y arriverais pas » pour contourner la tâche, de façon à ne pas se confronter aux exigences et aux coûts de l'apprentissage. Ces attitudes de retrait sont à entendre comme une manière de se protéger et non pas à interpréter comme un manque d'implication.

Notons que la perception de leur propre effort est juste, cependant l'effort fourni peut paraître moindre aux yeux de l'enseignant. Il faut avoir conscience que pour une même charge de travail, un adolescent en surpoids devra fournir un effort physique plus conséquent par rapport à un autre jeune. De plus, la fatigue physique est généralement perçue de manière négative ce qui surajoute à la difficulté. Par conséquent, la motivation à pratiquer une AP régulière peut être faible.

Dans le cadre d'atelier d'APA, la dépendance à l'adulte ou le plaisir de se retrouver avec les autres peut favoriser l'assiduité à l'activité de manière régulière. Le fait de pratiquer une activité physique pour la santé ou le goût de l'effort n'apparaissent que secondairement. Ici le travail de l'enseignant en APA et Santé doit s'orienter sur une pratique « plaisir » autour des rencontres et du bien-être.

Afin de positionner les enfants et adolescents obèses en situation de réussite, l'enseignant s'attardera à proposer un cadre de pratique respectant trois principes :

- proposer aux jeunes d'une même tranche d'âge, ayant des problèmes de poids, de se retrouver pour pratiquer une APS ensemble,
- préférer les activités multisports et les jeux traditionnels, aux activités sportives conventionnelles,
- minimiser la compétition et éviter la confrontation directe en privilégiant la maîtrise de l'environnement et le dépassement de soi.

Le respect de ces trois principes va favoriser l'estime de soi, le regard de l'autre est vécu comme un encouragement et non plus comme une barrière.

[4.3 - Aspects sociologiques](#)

La pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre d'une prise en charge de l'obésité infantile comporte de multiples intérêts au niveau social. Lors des séances d'activités physiques adaptées (ateliers, journées thérapeutiques...), nous regroupons souvent les enfants par tranches d'âges afin d'obtenir des groupes homogènes. Cependant, chaque jeune arrive avec son histoire, sa culture, son éducation, son vécu et son contexte social. Ces singularités doivent être considérées afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque individu, qu'il soit en situation de précarité, dans une famille en rupture ou recomposée, dans une famille immigrante...

Les ateliers permettent de favoriser la cohésion du groupe et les échanges interindividuels entre les jeunes ou avec les adultes qui encadrent l'atelier. Au cours de l'année, de nouveaux jeunes peuvent arriver au sein d'un groupe, il faut alors faciliter leur intégration et maintenir la dynamique instaurée afin de faciliter l'accès pour tous. En parallèle

de cette démarche au sein des ateliers d'APA, nous tentons de favoriser la transposition de cette approche de socialisation dans la vie quotidienne des jeunes.

Cependant, il se pose le problème de la stigmatisation car le groupe est constitué exclusivement de jeunes ayant des problèmes de poids. Il nous paraît très intéressant de permettre à ces enfants de se retrouver entre eux, car le groupe crée un univers sécurisant. Au sein des ateliers d'APA, 10 à 12 jeunes peuvent être accueillis et encadrés. La pratique physique est plus accessible, plus conviviale et permet d'établir de nouvelles relations dans le respect d'autrui.

Afin de favoriser cette démarche de socialisation, nous préférons recourir à des activités de type jeux collectifs tel que le volley-ball, le basket-ball, la course d'orientation en équipe. Nous pouvons également construire des situations pédagogiques comme lors de la « passe à 10 », des « courses en relais » ou même faire découvrir le travail de relaxation et d'étirement à deux ou plus. Ainsi, nous contribuons à donner une place à chaque jeune au sein d'un groupe d'appartenance.

L'aspect ludique des APA favorise la communication, la coopération interindividuelle, mais est également un cadre privilégié pour apprendre à agir en citoyen responsable avec une conscience sociale.

Lors de la mise en place des objectifs de prise en charge de chaque jeune, nous devons prendre en compte leur contexte social d'appartenance et tenter de favoriser leur adaptation sociale afin qu'elle soit bénéfique dans des situations plus difficiles.

Références bibliographiques

Birkenhager WH and De Leew PW. Survival of the fittest: effect of regular physical exercise on health and life expectancy. *Ned Tijdschr Geneesk* 146: 1479-1483, 2002.

Eberhard, Yves. Evolution historique de l'Activité Physique Adaptée : point ponctuel. G. Lecocq chair (France, ILEPS Cergy-Pontoise, XIVèmes Journées Francophones en APA, 13 mars 2008).

INSERM. Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations. Expertise collective 2008.

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Kahn HS and Byers T. Recreational physical activity and ten year weight change in a US national cohort. *Int J Obes Relat Metab Disord* 17: 279-286, 1993.

Zachwieja JJ. Exercise as treatment for obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 25:965-88, 1996.