FAVORISER L'ACCUEIL DES JEUNES EN SITUATION DE SURPOIDS OU D'OBÉSITÉ DANS LES CLUBS SPORTIFS



APOP
Association pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie

CN RéPPOP
Coordination Nationale des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

Vous êtes dirigeant, entraineur, bénévole, encadrant:

- *vous êtes un repère pour les enfants*
- *vous identifiez leurs capacités*
- *vous transformez ces capacités en compétences*

Vous êtes le premier levier du changement

Préambule

L'obésité pédiatrique est un enjeu majeur de santé publique qui touche un nombre croissant d'enfants et d'adolescents. Elle peut impacter l'estime de soi, les interactions sociales et la qualité de vie.

Face à ce constat, les clubs sportifs jouent un rôle essentiel en tant qu'espaces d'éducation et de promotion de la santé. Ils peuvent offrir à ces jeunes un cadre bienveillant et structuré, favorable à leur épanouissement, à leur inclusion et leur engagement dans une activité physique tout au long de la vie. Pourtant il n'est pas rare que ces jeunes témoignent d'un vécu difficile dans ce milieu (mise à l'écart, moqueries, regard des autres…).

Ce guide s'inscrit pleinement dans l'objectif numéro 1 de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2025-2030 visant à mettre en place les conditions d'une pratique d'activité physique accessible à tous. Les actions identifiées (instaurer le mois de l'activité physique et sportive, faciliter l'accès à une offre de sport-santé, faciliter l'accès aux équipements sportifs pour la pratique du Sport-Santé) sont autant de leviers sur lesquels les encadrants et les clubs peuvent s'appuyer.[1]
Il s'inscrit également dans le nouveau Plan National Nutrition Santé 5 2026-2030[2] visant notamment à promouvoir les modes de vie actifs et un environnement favorable aux pratiques d'activités physiques régulières.
Enfin, les recommandations d'Activité physique à des fins de santé chez l'enfant[3] et l'adolescent, publiées par la Haute Autorité de Santé en octobre 2025, mettent en évidence l'importance de la prescription d'activité physique dans un but de santé chez l'enfant et l'adolescent et d'accompagner vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire en autonomie et en sécurité.

Cependant, accompagner un enfant ou un adolescent en situation d'obésité demande une attention particulière, une posture adaptée et parfois des compétences spécifiques.

Ce livret est un support pour vous, intervenants du monde sportif, souhaitant mieux comprendre et accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité. Vous y trouverez des repères éducatifs, des recommandations pratiques, des outils ainsi que des témoignages de terrain. L'intégration de ces jeunes nécessite souvent des ajustements liés aux conséquences physiques, psychiques et sociales de leur situation. Pour aller plus loin, des formations proposées par les CSO (Centre Spécialisé Obésité) ou les réseaux de santé à destination des éducateurs sportifs peuvent être une opportunité (p 18).

Pour vous aider, il existe également le projet PROSCeSS[4] (PROmotion de la Santé dans les Clubs Sportifs) qui vous permet d'avoir accès à des outils, des informations et des formations gratuites afin de vous accompagner à devenir des milieux de vie promoteurs de santé.

Votre rôle est essentiel dans le développement de la santé physique et psycho-sociale des jeunes. En adaptant vos pratiques, vous contribuerez à faire du sport un levier de santé, de plaisir et d'inclusion pour tous les enfants, sans exception.

Coordination et conception graphique

Mathilde ECHE, Enseignante et coordinatrice en APA , SERO Occitanie

Comité de rédaction

Mathilde ECHE
Enseignante et coordinatrice en APA
SERO Occitanie

Charline VAXELAIRE
Enseignante et coordinatrice en APA
RéPPOP Haute Savoie

Meggy HAYOTTE
Maître de Conférences
et enseignante STAPS – LAMHESS
Université Nice Côte d'Azur

Romane PISANO
Enseignante et coordinatrice en APA
RéPPOP Aquitaine

Violène GRANGER
Enseignante et coordinatrice en APA
RéPPOP Bourgogne Franche Comté

Nadjet NOURI
Psychologue
Centre Spécialisé Obésité - Toulouse

Marie BESSON
Enseignante et coordinatrice en APA
Pôle Ressource Pédiatrique de la Réunion

Anaïs LAVIGNE
Enseignante et coordinatrice en APA
RéPPOP Isère

Charlie NEZONDET
Maitre de Conférences
et enseignante STAPS - MEPS
Universite de Pau et des Pays de l'Adour

Michael YBANEZ
Enseignant et coordinateur en APA
Fondation Lenval - Nice

Cédric OLIEU
Enseignant et coordinateur en APA
SMR Paul-Dottin - Toulouse

Comité consultatif et de relecture

Sylvain QUINART – Enseignant et coordinateur en APA – RéPPOP Bourgogne Franche Comté

Lionel MAUGOUST – Intervenant et coordinateur en APA – SMR Nutrition Vosges

Augustin RAUPP – Enseignant et coordinateur en APA – SERO Occitanie

Hélène DESJARDINS – Diététicienne – SERO Occitanie

Marine REVEL – Coordinatrice – SERO Occitanie

David COMMUNAL – Maître de conférences associé – Université Paul Sabatier
Enseignant et coordinateur en APA – Association Prof APA

Céline GUIRAUD – Directrice Adjoint du Comité de Basketball de Haute Garonne

Sommaire

I- SÉDENTARITÉ, INACTIVITÉ ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

A- Définitions 1

B- Recommandations 2

II- VÉRITÉS ou IDÉES RECUES ? 3

III- QU'EST-CE QUE LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT ?

A- Définitions 4

B- Une maladie plurifactorielle 5

IV- PISTES D'ADAPTATIONS POUR LES JEUNES EN SITUATION D'OBÉSITÉ

A- La motivation 7

B- La stigmatisation 10

C- L'image corporelle 12

D- L'essoufflement 13

E- Les douleurs articulaires 14

F- Quelques pistes d'adaptations matérielles 15

V- PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE 16

VI- DANS VOTRE RÉGION 17

VII- RESSOURCES 18

I- SÉDENTARITÉ, INACTIVITÉ ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

A- Définitions

Sédentarité [5]

Elle se caractérise par de faibles niveaux de dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 Metabolic Equivalent Of the Task (MET) et une position assise ou allongée.

Activité Physique [6]

Tout mouvement corporel induisant une dépense d'énergie supérieure à la dépense de repos.

Inactivité Physique

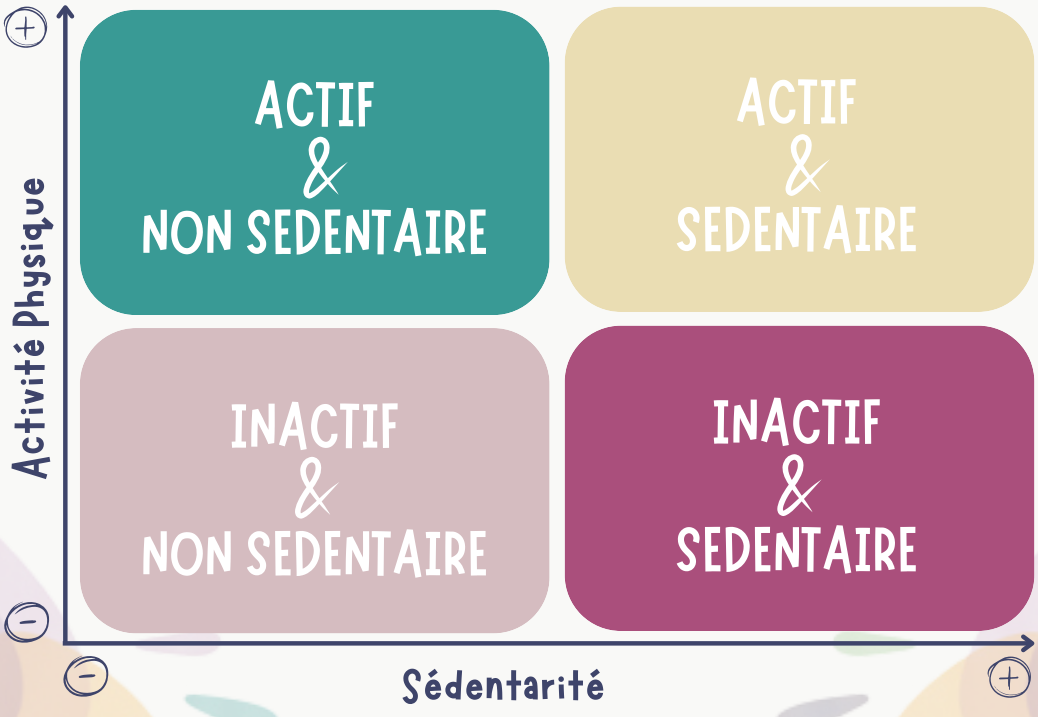
Elle se définit par un niveau insuffisant d'activité physique modérée à intense, c'est-à-dire n'atteignant pas le niveau d'activité physique recommandé.

Activités physiques encadrées = sport

Définit "toutes formes d'activités physiques et sportives qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux". Charte européenne du sport

La sédentarité et l'inactivité physique sont à considérer comme des **facteurs de risque indépendants**.[7] En effet, 60 à 75 minutes d'AP modérée à intense sont nécessaires pour limiter les effets délétères de 7h passées en position assise ou allongée, d'autant plus devant un écran.[3, 8]

Ainsi, on peut être à la fois actif et sédentaire comme le montre le schéma ci-dessous se découpant en quatre profils.[9]



A- Recommandations[9]





3-6 ans

- Moins de 1h d'affilée en position assise ou allongée (hors sieste)
- Tablette/TV uniquement : sous **surveillance** en respectant l'âge recommandé

20 min/jour
Déconseillé et exceptionnel

Jeux et activités physiques ludiques, parcours moteurs, lancer, sauter, courir...
3h/jour minimum

6-9 ans

- 5 à 10 min d'AP toutes les 1 à 2h en position assise ou allongée
- Tablette/TV/Jeux vidéos/Smartphone sans internet : en autonomie en respectant l'âge recommandé
  Accès internet : sous surveillance

1h/jour
Modéré et encadré

- Activités physiques variées et ludiques, d'intensité modérée
- Activités physiques d'intensité élevée 3 fois/semaine

1h/jour minimum

9-13 ans

- 5 à 10 min d'AP toutes les 1 à 2h position assise ou allongée
- Tablette/TV uniquement : sous **surveillance** en respectant l'âge recommandé

30 min/jour
Limité et encadré

- Activités physiques variées et ludiques, d'intensité modérée
- Activités physiques d'intensité élevée 3 fois/semaine

1h/jour minimum

13-18 ans

- 5 à 10 min d'AP toutes les 1 à 2h position assise ou allongée
- Tablette/TV/Jeux vidéos/Smartphone en autonomie
- Interdiction des réseaux sociaux avant 15 ans

2h/jour
Autonomie avec contrôle parental
Autonomie complète à partir de 16 ans

- Activités de renforcement musculaire et étirements 2 fois/semaine
- Activités intenses 20 min 3 fois/semaine

1 h/jour minimum

ONAPS
Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité

II- VÉRITÉS ou IDÉES RECUES ?

"Les personnes en situation d'obésité manquent de volonté"



10

L'obésité est une pathologie chronique dite multifactorielle impliquant des facteurs comportementaux mais aussi environnementaux, sociétaux et biologiques. Il est ainsi réducteur de croire que la façon dont nous nous alimentons et dont nous bougeons est simplement une affaire de choix personnels.

"Les enfants en surpoids ne font pas de sport"



11

Selon les chiffres, les enfants en situation de surpoids sont légèrement moins actifs surtout dans les activités d'intensité élevée MAIS ces différences sont insuffisantes pour expliquer à elles seules l'excès de poids. Leurs pratiques dépendent également de processus sociaux et du rapport au corps permettant de trouver sa place pour soi et pour autrui.

"Un effort doit être intense et faire transpirer pour être efficace "



12

L'activité physique d'intensité légère à modérée induit un effet similaire, voire supérieur à celui d'une pratique sportive intense sur la réduction de la masse grasse. Par ailleurs, la transpiration permet d'évacuer la chaleur du corps mais n'induit pas de perte de poids.

"Le sport c'est un moyen de perdre du poids"



13

La perte de poids n'est pas un objectif chez l'enfant car il est en pleine croissance. Les activités physiques et sportives doivent être régulières, individualisées, couplées à une modification des comportements dans différentes dimensions (sédentarité, alimentation, sommeil... Cf page 5). Décentrer l'AP de la perte de poids en se focalisant sur les **bénéfices immédiats, le bien-être** et le **plaisir** associés est primordial afin de maintenir les pratiques dans le temps.

III- QU'EST-CE QUE LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

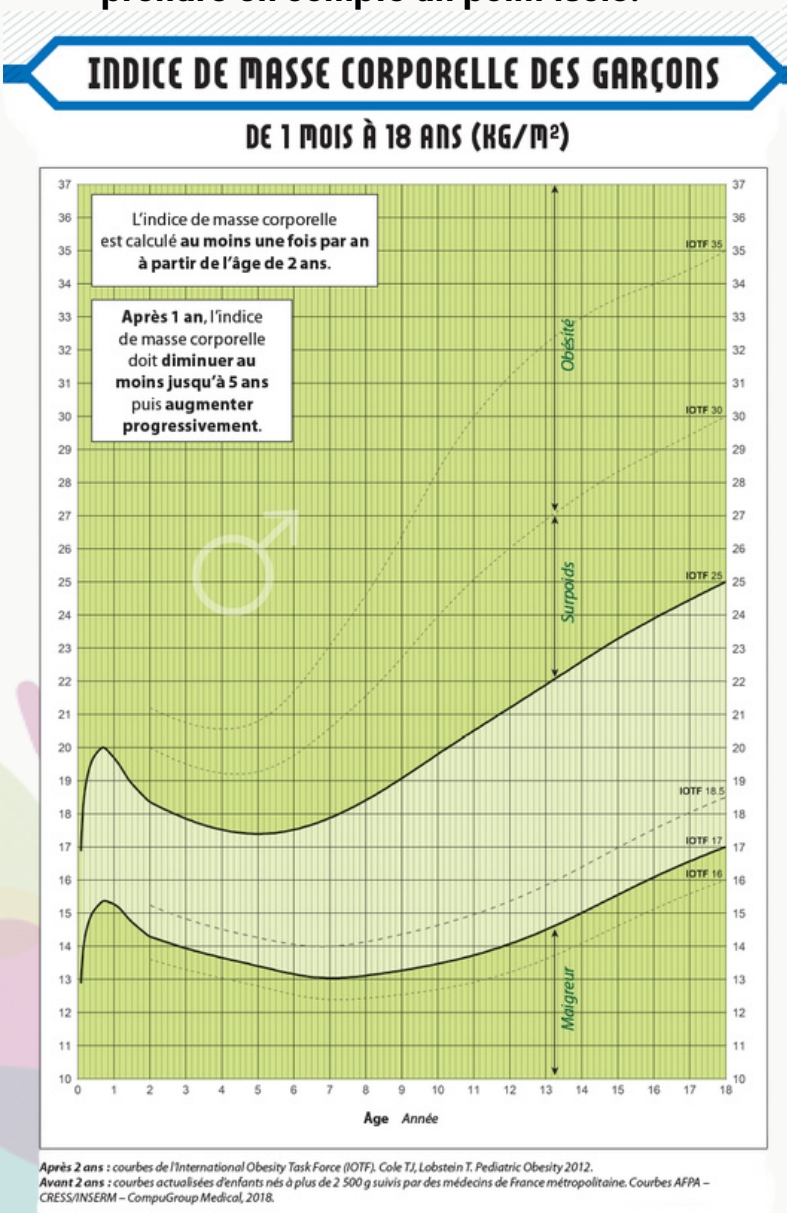
A- Définitions[14, 15]

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'obésité est une maladie chronique définie par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

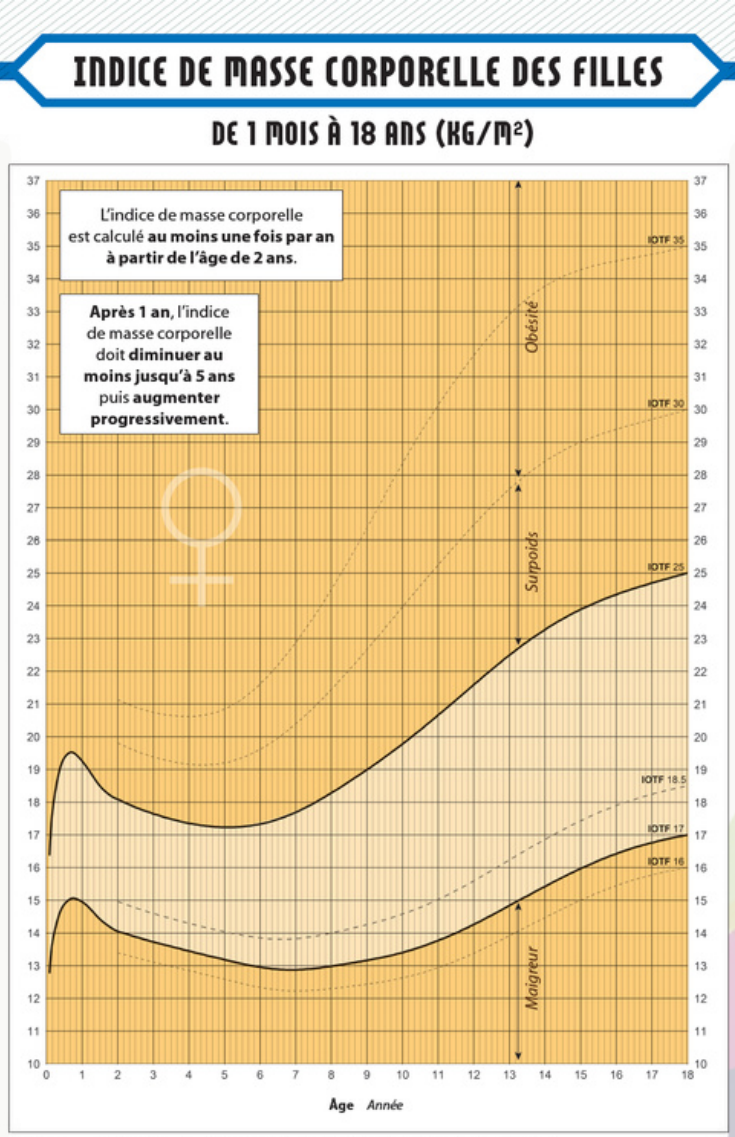
L'Indice de Masse Corporelle (IMC)

Chez les jeunes de 0 à 18 ans, le surpoids et l'obésité s'évaluent à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé selon le rapport poids (kg) ÷ taille ^{2} (m).
Cet IMC est ensuite reporté sur la courbe et reflète la corpulence du jeune en fonction de **l'âge et du sexe.**

De plus, il est important d'analyser la dynamique de la courbe d'IMC et non de prendre en compte un point isolé.



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

Le Tour de taille (TT)

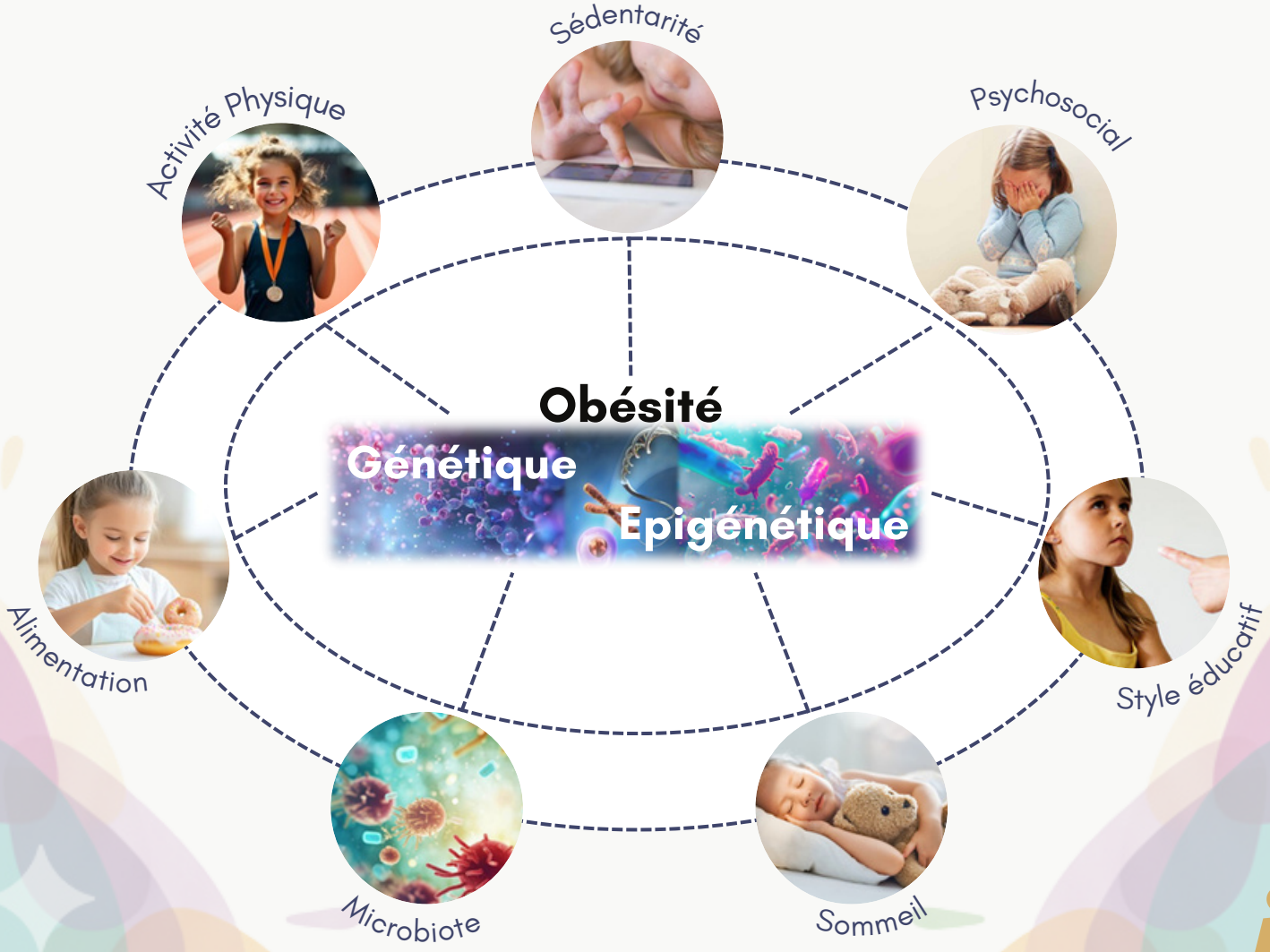
L'IMC ne suffit pas à lui seul pour évaluer le degré d'adiposité. En effet, le rapport tour de taille (cm)÷taille (cm) reflète la graisse abdominale qui est un marqueur de complications cardiovasculaires.

Un **TT (cm)/T (cm) inférieur à 0,5 indique une masse grasse abdominale "normale",** qu'il n'est pas rare d'observer chez le jeune sportif, même si l'IMC est élevé en raison d'une masse musculaire plus importante.
Un TT/T supérieur à 0,5 indique un excès de masse grasse abdominale, confirmant le diagnostic de surpoids ou d'obésité.

L'ensemble de ces mesures doit être réservé au médecin ou professionnel de santé chargé du suivi de l'enfant et non réalisé sur le terrain de sport.

B- Une maladie chronique plurifactorielle [14, 15, 16]

L'obésité ne se résume pas à des chiffres, une courbe et un TT/T. Elle résulte de l'interaction de plusieurs facteurs dans un contexte sociétal mouvant.



Les points de vigilance

Les jeunes en situation d'obésité présentent des spécificités physiques et psychosociales à considérer pour favoriser leur intégration dans une pratique d'AP.
Il est donc important d'être sensibilisé sur le fait que ces jeunes par rapport à ceux normo-pondérés ont :

- Un niveau de condition physique plus faible en termes d'endurance, de coordination, d'équilibre, de vitesse.[17, 18]
- Une capacité aérobie limitée et un coût énergétique (fatigue) plus élevé lors des activités mettant en jeu la masse corporelle.[19]
- Une Fréquence Cardiaque plus élevée[20] et un seuil d'essoufflement plus rapidement atteint pour une même charge de travail, augmentant la pénibilité de l'effort perçu.
- Souvent un vécu des expériences antérieures de moqueries et/ou de stigmatisation sur le terrain de sport.
- Une confiance et une estime de soi plus faibles.[21]

Aucune activité n'est à proscrire, l'essentiel est de favoriser le **plaisir** en **s'adaptant avec bienveillance** pour permettre à chacun de **progresser à son rythme et avec les autres.**

IV- PISTES D'ADAPTATIONS POUR LES JEUNES EN SITUATION D'OBÉSITÉ

A- La motivation[22]





Définition

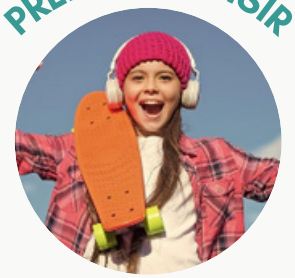
C'est la capacité physique et psychologique de l'individu à s'engager dans une activité. La motivation se compose de processus réfléchis (intention, croyances, sentiment d'auto-efficacité) et de processus automatiques impliquant les émotions, les impulsions, les habitudes... associés à des facteurs extérieurs à l'individu.

Favoriser l'ESTIME DE SOI, le SENTIMENT DE COMPÉTENCE et d'EFFICACITÉ PERSONNNELLE

L'estime de soi = l'image que l'on a de soi, sa valeur personnelle.[23]

La confiance en soi = croire en sa capacité à réussir une action concrète.

PRENDRE PLAISIR



Se concentrer sur la perception de l'effort et les émotions ressenties

Mettre en avant le plaisir, les bénéfices immédiats et la convivialité avant la performance

Eviter la mise en compétition systématique

RÉUSSIR



Fixer des objectifs atteignables, collectifs et individualisés

Proposer des adaptations pour rendre accessible les exercices qui mettent trop en difficulté

Varier les intensités et le type d'exercice (technique, aérobie, force)

Mettre en avant chaque réussite

Qualifier l'erreur comme une source de progrès

Aider le jeune à identifier ses capacités, ses aptitudes, ses forces

Projeter dans la réussite de l'action

Aider le jeune à attribuer ses réussites à des causes internes stables et contrôlables (habiletés)

Aider le jeune à attribuer ses échecs à des causes parfois externes (difficulté de la tâche) et/ou internes, contrôlables (stratégie peu adaptée)

Transformer les capacités identifiées en compétences

VALORISER



Souligner l'assiduité (carnet de présence, diplôme)

Mettre en avant l'investissement, les progrès et pas seulement le résultat

Donner des rôles valorisants au-delà de la performance : meneur d'échauffement, soutien à un coéquipier, responsable du matériel

Privilégier les encouragements spécifiques
("Tu as bien géré ton souffle sur cet exercice")
plutôt que les compliments vagues
("C'est bien").

Eviter les comparaisons entre les membres de l'équipe et renforcer les compétences de chacun

Encourager chacun à travers des discours et des attitudes positives

Impliquer la FAMILLE et l'ENTOURAGE

Sensibiliser la famille aux difficultés et l'inciter à être attentive, bienveillante, encourageante

Communiquer auprès des parents pour témoigner de la volonté d'inclusion

Proposer de partager des moments conviviaux en famille autour de l'activité



Echanger sur les raisons de l'absentéisme, rechercher des solutions

Promouvoir l'importance des AP familiales au quotidien

Valoriser la participation du parent (encouragements, valorisation de l'enfant, aide et soutien lors des évènements)

Favoriser le LIEN SOCIAL

Créer des situations de jeux collectifs favorisant la cohésion

Changer régulièrement les partenaires lors des jeux en binôme ou trinôme



Développer des rituels de groupe favorisant l'entraide

Établir une relation de confiance coach/enfants en cherchant à connaitre chacun

Favoriser l'AUTONOMIE

Co-construire la charte de bon fonctionnement avec les jeunes



Proposer des temps de jeu libre dans le respect des règles

Proposer des choix/adaptations orientés sur certains exercices

B- La stigmatisation [24, 25]



Définition

La stigmatisation réfère aux attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'une personne ou d'un groupe en raison de leur situation personnelle (de la corpulence dans le cas de l'obésité). Elle inclut la discrimination, les préjugés, le jugement et les stéréotypes.

Prévenir

Être un exemple sur et en dehors du terrain

[26]

S'interroger sur ses propres représentations et attitudes face à l'obésité

Poser les règles du respect en début de saison et les rappeler par moment

Refuser toute forme de stigmatisation, de discrimination envers les autres ou envers soi-même (poids, couleur de peau...)

Prévoir une organisation et du matériel inclusif (taille chasubles, poids limite des équipements...)

Au moment des faits

Prendre en compte les circonstances (mots, gestes, attitudes)

Ne pas banaliser, ni en rire même si l'enfant moqué semble le faire, cela est souvent un moyen de défense.

Demander au moqueur de s'excuser en faisant preuve d'empathie même sans intention de nuire

Rappeler quelles sont les règles et que stigmatiser n'est pas acceptable

Percevoir le vécu et le ressenti de l'autre et agir de façon adapté face à la situation chez les enfants comme chez les adultes

Adapter les modalités de constitution d'équipes (tirage au sort, rotations régulières, mixité de niveaux) pour éviter l'exclusion.

Après les faits

Rappeler la responsabilité de tous de dénoncer ces comportements et de ne jamais les cautionner

Débriefer avec le groupe sur la différence entre leurs opinions, leurs émotions, leurs comportements et leurs paroles

Proposer un espace de parole si besoin

Revoir l'enfant et le moqueur séparément pour recueillir la version de chacun

Si les faits se reproduisent

En parler avec les parents et la direction

Demander de l'aide aux membres du club (CA, Direction, Présidence) pour développer un protocole en interne sur les sanctions possibles

Orienter vers un psychologue

Contacter les numéros de soutien dédiés (119 enfance en danger - 3018 harcèlement et cyberharcèlement)

Informer la direction des sports du ministère à l'adresse signal-sports@sports.gouv.fr



Le Code pénal interdit la discrimination liée à l'apparence physique (Article 225-1).

C- L'image corporelle [27]

« Je ne veux pas me doucher »



« Je ne veux pas me mettre en maillot »

« Je transpire beaucoup »

Définition

L'image corporelle correspond à la perception qu'une personne a de son propre corps. C'est l'image qu'elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu'elle ressent quand elle y pense. Elle est accompagnée d'émotions, de pensées, de comportements et d'attitudes conduisant à une image négative ou positive.

Proposer au groupe de se changer dans un espace individuel ou chez soi

Éviter les situations d'expositions individuelles ou de démonstration d'exercice

En natation : proposer au jeune de venir en peignoir au bord de l'eau et de ressortir en dernier

Associer un aspect physique à une capacité en lien avec l'activité

La stigmatisation et les moqueries par les **pairs** dans différentes **structures** (scolaire, soins, associations...) et/ou dans l'entourage proche viennent renforcer celles véhiculées par les **médias, les réseaux sociaux.** Cela va influencer négativement l'image corporelle. Il est donc important de prendre en considération la perception qu'ont les jeunes de leur propre corps.

D- L'essoufflement [28]



Définition

L'essoufflement ou autrement dit la « dyspnée » est défini comme étant une gêne respiratoire anormale vécue par un individu, se distinguant de l'essoufflement normal.

- Proposer un échauffement progressif en début de séance
- Proposer des pauses régulières pour l'ensemble du groupe ou au jeune concerné
- Aider le jeune à identifier son seuil d'essoufflement modéré (être capable de parler en même temps)
- Travailler sur les méthodes d'apprentissage de la respiration
- Orienter vers un médecin si ces évènements se reproduisent
- Adapter l'intensité des exercices : marcher au lieu de courir ou alterner les phases de marche rapide et de course lente
- Augmenter les temps de récupération
- Favoriser une hydratation régulière
- Faire asseoir le jeune s'il présente une respiration sifflante, une sensation d'oppression de la cage thoracique ainsi qu'une toux sèche.

En cas d'ASTHME AVÉRÉ via un certificat médical [29]

- Être vigilant en cas de froid, de pic de pollution, d'allergie et/ou dans les piscines chlorées
- En cas de crise, ne pas couper l'effort subitement et favoriser une phase de récupération progressive
- Lui rappeler de prendre son traitement sur lui en cas de besoin
- Orienter vers un médecin si les crises se répètent

Si vous souhaitez évaluer les capacités cardio-respiratoires

- Utiliser le TMNA (Test Marche Navette Adapté) sur 20 m [30]

E- Les douleurs articulaires[31]

« J'ai mal au dos, aux genoux, aux chevilles »



« J'ai mal aux jambes"

Définition

Elles se caractérisent par des douleurs (souvent persistantes) et des limitations de la mobilité, de la dextérité et du niveau global de fonctionnement des articulations. Elles peuvent avoir pour origine une structure extérieure à l'articulation, comme un ligament, un tendon ou un muscle.

- Mobiliser systématiquement chaque articulation lors de l'échauffement
- Être attentif aux signes de douleurs et arrêter l'activité en cas de douleur persistante
- Proposer des exercices en décharge assis ou allongé
- Pratiquer sur un revêtement de sol plus souple
- Être vigilant dans les exercices nécessitant des changements de directions
- Orienter vers un médecin spécialiste ou un kinésithérapeute via le médecin

F- Quelques adaptations matérielles

Adapter le temps et les règles de pratique

Varier l'utilisation de l'espace (grand ou petit terrain, couloir d'intervention)

Mettre des chasubles de tailles différentes, autour de la tête ou d'un bras pour toute l'équipe

Être vigilant aux contraintes du matériel utilisé (poids des machines)

Utiliser des bandanas, des casquettes si les chasubles semblent trop étroits



Il convient **d'orienter vers d'autres professionnels** si certaines problématiques se présentent et/ou persistent (médecins, kinésithérapeute, psychologue, diététicien...).

La communication avec l'entourage et les professionnels participant à la prise en soins est un pilier essentiel afin de mieux comprendre la situation, d'avancer ensemble et au rythme des besoins de l'enfant et sa famille.

V- PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le médecin peut établir une prescription d'activité physique adaptée permettant d'ajuster les pratiques physiques aux capacités, aux possibilités du jeune.

*PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE**

Je soussigné(e), ...

Docteur en médecine exerçant à : .....

Certifie avoir examiné le/la jeune : .....

Né(e) le : ..... /..... /..... ce jour, il/elle pèse : ..... et mesure : .....

Et qu'il ne présente pas de contre indication médicale cliniquement décelable à une activité physique adaptée à ses capacités.

Préconisation d'activité et recommandations :

☐ **Aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations et en particulier les articulations suivantes :**

◯ Chevilles ◯ Genoux ◯ Hanche ◯ Rachis ◯ Autres .....

⚠ La douleur doit être un signe d' appel pour arrêter l'activité

☐ **Aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires.** Adapter la durée / l'intensité / les temps de récupération

⚠ L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour aménager l'activité

☐ **Traitements utiles lors d'activités physiques :**

◯ Bronchodilatateur ◯ Resucrage ◯ Autres .....

☐ **Autres préconisations :**

Cachet du médecin

Fait à ..... le .....

Signature

(*) Loi n° 2022-296 relatif à la prescription d'activité physique adaptée aux personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques, prescrite par le médecin traitant. La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

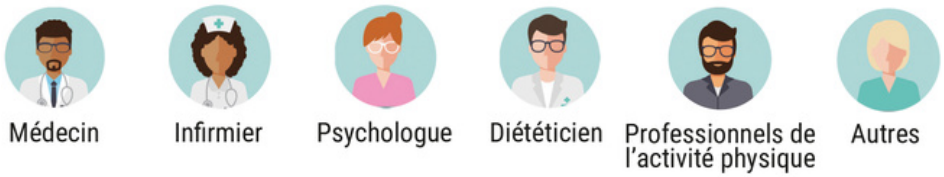
VI- DANS VOTRE RÉGION

RéPPOP BFC

Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Bourgogne Franche-Comté

L'offre de soins

Le RéPPOP-BFC est un ensemble de professionnels de santé formés à la prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents.



Nous sommes là pour permettre aux enfants et à leur famille d'accéder à un suivi pluridisciplinaire, coordonné et de proximité !



Le réseau d'appui

L'équipe de coordination a pour rôle d'organiser le parcours de soin de l'enfant en surpoids, en réponse à la demande des familles ou des professionnels. Elle est à vos côtés pour vous aider à développer des ateliers "Pass'Sport Forme", à destination des enfants atteints de maladies chroniques.

→ Découvrez les ateliers Pass'Sport Forme

Les outils

Des outils sont disponibles en libre accès pour échanger et travailler sur différentes thématiques avec les jeunes : activité physique, sédentarité, alimentation, sommeil.

→ www.reppop-bfc.com

Nos offres de formations

Le RéPPoP-BFC collabore avec le Réseau Sport Santé Bourgogne Franche Comté pour proposer des formations aux **éducateurs sportifs** et acteurs du milieu associatif.

Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté

→ Les formations du RSSBFC

Par ailleurs, nous proposons des formations pluriprofessionnelles à destination des **enseignants en activité physique adaptée**, professionnels médicaux, para-médicaux et médico-sociaux.

→ Nos formations

VII- RESSOURCES

- Association pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie

- Groupe de Concertation et de Coordination des Centres Spécialisés de l'Obésité

- BANCO Formation

- Equilibre.ca



- StéréO

- Grossophobia LE PODCAST

Bibliographie

1 Stratégie Nationale Sport-Santé 2025-2030

2 Programme National Nutrition Santé 5 2026-2030

3 HAS (2025). Activité physique à des fins de santé chez l'enfant et l'adolescent

4 Le projet PROSCeSS (Promotion de la Santé au sein des Clubs Sportifs)

I- SÉDENTARITÉ, INACTIVITÉ ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

5 Trembkay et al (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Vol 14, article number 75.

6 Caspersen et al (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 100(2):126-131.

7 Travis J Saunders (2014). Sedentary behaviour as an emerging risk factor for cardiometabolic diseases in children and youth. *Can J Diabetes*.38(1):53-61.

8 Ekelund U (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*. 21:366:l4570.

9 Observatoire national de l'Activité Physique et de la Sédentarité.

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (2025). Bien grandir avec les écrans. Des repères pour chaque âge.

Tisseron S (2024). 3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir. *Éditions érès*. NOUVELLE ÉDITION ACTUALISÉE.

II- VÉRITÉS ou IDÉES RECUES ?

10 INSERM (2023). Étude sur les préjugés liés à l'obésité : quel regard ont les français ? Santé Publique

Branche O et al (2023). Correlates of Weight Bias in Adults From the NutriNet-Santé Study. *American Journal of Preventive Medicine*. Volume 65, Issue 2, P201-212.

11 Hills AP et al (2011). Physical activity and obesity in children. *British Journal of Sports Medicine*. 45(11), 866-870.

Marcelline A et al (2016). Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité. *Santé Publique*. S1(HS), 117-125.

12 Baker LB (2019). Physiology of sweat gland function: The roles of sweating and sweat composition in human health. *Temperature*. 2019:6(3):211-259.

Andrew O Agbaje et al (2023). Effects of accelerometer-based sedentary time and physical activity on DEXA-measured fat mass in 6059 children. *Nat Commun*. 4(1):8232.

13 Haute Autorité de Santé (2025). Synthèse: Activité Activité physique chez l'enfant et l'adolescent. Page 1, 8, 9.

III- QU'EST-CE QUE LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

14 Organisation Mondiale de la Santé (2025). Obésité et surpoids.

15 Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) (2022)

16 Elks et al (2012). Variability in the heritability of body mass index: A systematic review and meta-regression. Frontiers in Endocrinology, 3, Article 29.

17 Niederer I et al (2012). BMI group-related differences in physical fitness and physical activity un pre-school-age children: a cross-sectional analysis. *Res Q for Exerc Sport* 83(1):12-19.

18 Deforche et al (2003). Physical fitness and physical activity in obese and nonobese Flemish youth. *Obes Res.* 1(3):434-41.

19 Castro-Pinero J et al (2012). Cardiorespiratory fitness and fatness are associated with health complaints and health risk behaviors in youth. *Journal of Physical Activity and Health.* 9(5):642-9.

20 Thivel D, Aucouturier J (2015). Cardiorespiratory Fitness Evaluation In Obese Youth. In M.L. Frelut (Ed.), *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*. Retrieved from ebook.ecog-obesity.eu

Wilhite D et al (2025). Ventilatory response and dyspnea on exertion in children with obesity and respiratory symptoms. *Resp Phys & Neuro.* 335:104437.

21 Rey O, Maïno C (2022). Surpoids et obésité chez les enfants et les adolescents. *Presses de l'Université du Québec.*

IV- PISTES D'ADAPTATIONS AUX JEUNES EN SITUATION D'OBÉSITÉ

A- La motivation

22 Viêt Nguyen T, Escalon H, Serry AJ (2015). Déterminants individuels de l'activité physique : revue de littérature scientifique. *La santé en action.* N°433.

Michie S., van Stralen M.M., West R. The beha- viour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science, 2011, vol. 6, no 1 : p. 42

Maltagliati S (2025). Comment favoriser l'adhésion à la pratique d'activité physique chez les enfants et adolescents en situation d'obésité?. *Webinaire BANCO.*

23 Gualdi-Russo E et al (2022). Physical Activity and Body Image Perception in Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health. 19, 13190.*

B- La stigmatisation

[24] Santé Canada (2022). La stigmatisation pourquoi les mots comptent.

Pauline CD. Grossophobia.Podcast.

[25] Stephen J. Pont MD (2017). Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *American Academy of Pediatrics*. Volume 140, Issue 6.

[26] Antifat Attitude Questionnaire :

- la dépréciation de l'obésité (par exemple, « je n'aime pas vraiment les grosses personnes »)
- la peur de prendre du poids (par exemple, « l'une des pires choses qui pourrait m'arriver serait de prendre 10 kg »)
- les croyances quant à la contrôlabilité du poids (par exemple, « certaines personnes sont grosses parce qu'elles n'ont pas de volonté).

Si vous êtes plutôt d'accord avec ces affirmations, cela signifie que vous êtes vous-même sujet à avoir des préjugés négatifs liés au poids.
En être conscient permet déjà de pouvoir commencer à agir différemment.

C- L'image corporelle

[27] Gouvernement du Québec (2025). Image corporelle.

Ricard MM (2021). De l'insatisfaction à l'acceptation corporelle
Développer une relation plus positive avec son corps

D- L'essoufflement

[28] Bokov P, Delcaux C (2019). The impact of obesity on respiratory function. *Rev Mal Respir*. 36(9):1057-1063.

[29] Haute Autorité de Santé (2022). Prescription d'activité physique - Fiche Asthme

[30] Quinart S (2013). Validation d'outils adaptés pour l'évaluation de l'endurance cardiorespiratoire chez l'adolescent obèse. *Thèse*

E- Douleurs articulaires

[31] Villa-Forte A, MD, MPH, Cleveland Clinic (2025). Douleurs articulaires : Plusieurs articulations. Le Manuel MSD.

Organisation Mondiale de la Santé (2021). Affections ostéo-articulaires et musculaires.

Notes

APOP
Association pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie

CN RéPPOP
Coordination Nationale des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique