**Mission de santé publique**

**Titre du protocole :** **Surpoids et obésité de l’enfant**

**Thème listé sur annexe 2 de l’ACI Oui**

**Lequel** : surpoids et obésité chez l’enfant

Maison de santé de

**Date de la création initiale du protocole par l’équipe :** XX/XX/XXXX

**Délai prévu avant l’évaluation du protocole par l’équipe de la MSP :** 12 mois

**Date(s) de modification(s) effectives(s) du protocole :** au fil de l’eau

**Dernière date de validation par l’équipe du protocole en cours :** XX/XX/XXXX

**Membres du groupe de travail ayant participé à l’élaboration (écriture) de ce protocole**

**Référent de ce protocole, personnes ressources**

**Liste des professionnels de la MSP adhérant à la prise en charge**

**Liste éventuelle du(es) professionnel(s) extérieur(s) à la MSP mais signataire(s) du projet de santé et/ou adhérant à la prise en charge après information et consentement du patient sur le partage des données médicales nécessaires**.

**Problématique**

Selon l’OMS, l’obésité des enfants constitue l’un des plus grands défis pour la santé publique du 21ème siècle. Le surpoids et l’obésité, ainsi que les maladies qui leur sont liées, sont en grande partie évitables.

**Objectif général**

Améliorer le dépistage et la prise en charge du surpoids des enfants et adolescents de 0 à 18 ans, usager de la Maison de santé Pluridisciplinaire de XXX

**Objectifs secondaires (opérationnels)**

- Identifier les patients obèses ou en surpoids de 3 à 18 ans

- Assurer un suivi spécifique pluriprofessionnel à ces patients

- Obtenir un ralentissement des courbes d’IMC pour ces patients

**Patients concernés**

- Enfants et adolescents de 0 à 18 ans

- IMC supérieur au 97ème percentile ou IOTF-25 (surpoids) ou supérieur à IOTF-30 ou un changement rapide de couloir

**Rôle de chaque intervenant et coordination des intervenants impliquant plusieurs catégories de PS de l’équipe**

***•* MG : dépistage et orientation** : mesure de la taille/poids/IMC. Première explication succincte à l’aide de la courbe de corpulence. Bilan biologique si obésité : Glycémie à jeun, EAL et ASAT, ALAT. Cotation en CIM 10. Proposition du deuxième rendez-vous dans le mois qui suit. Créer une conversation numérisée entre les professionnels.

• **IDE Asalée** : Questionnement pour déceler les raisons, sur les représentations des parents et de l’enfant, sur l’hygiène de vie de l’enfant dont alimentation, activité physique, vie sociale, présence des écrans, état du transit. Mesure du périmètre abdominal + TA. Réalisation du bilan éducatif partagé sur la 1ère voire la 2ème séance. Reprise des éléments médicaux, du bilan diététique. Faire le point sur ce qu’ils ont compris et ce qu’ils ont déjà mis en place comme mesure + entretien motivationnel. Entretien parents/enfants sauf si opposition. Orientation vers la diététicienne.

• **Diététicienne**: 2 consultations (après le premier bilan ASALEE et à 3-4 mois) : enquête alimentaire, bilan diététique.

• **2ème Cs IDE Asalée** : reprise de l’éducation et début d’un suivi régulier tous les 2 à 3 mois.

• **Psychologue** : après la présentation en RCP d’un patient (avec son accord) pour lequel un des membres de l’équipe soignante est inquiet (vécu de son surpoids, isolement social, problèmes intrafamiliaux, harcèlement scolaire

• **Education physique adaptée**: délégué à XXX

• **Action ponctuelle des IDE ASALEE en lien avec XXX :**Réalisation de journée entière d’action de prévention avec un groupe d’enfant durant les vacances scolaire (activités ludiques autour de l’alimentation , du sommeil, de l’activité physique)

**Echanges entre professionnels et/ou en réunions de concertation pluriprofessionnelles**

Le dossier de chaque patient est traité en RCP réunissant les acteurs concernés.

**Fréquence des réunions**

Une fois par an, ou plus en cas de sortie du patient du protocole ou en cas de souci ressenti par un professionnel ou d’échec sur les objectifs fixés avec le patient et ses parents.

**Bilan de l’action sur l’année 20XX (selon indicateurs retenus en 20XX)**

**Evaluation des résultats**

1 - Identifier les patients obèses ou en surpoids de 3 à 18 ans

Indicateur : nombre de patients identifiés en 20XX : **XX**

2 - Assurer un suivi spécifique pluriprofessionnel à ces patients

Indicateur : nombre de patients suivi par diététicienne : **XX**

Indicateur : nombre de patients suivi par IDE santé publique : **XX**

3 - Obtenir un ralentissement des courbes d’IMC pour ces patients

Indicateur : **Z score moyen pour 20XX au 31/12/2023 : XXX**

**Bibliographie, références scientifiques**

1- Surpoids et obésité de l’enfant et de l’adolescent, HAS , Décembre 2011, mise à jour 02/2022

2- Surpoids de l’enfant : le dépister et en parler précocement. Repères pour votre pratique. Septembre 2011

3- Etat de santé de la population. DREES. Rapport 2017

4- Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l’obésité chez l’enfant et l’adulte.

**Annexes avec la liste des documents associés**

- Schéma de succession des actions des différents professionnels

- Questionnaire de satisfaction

**Lieu de consultation du protocole pluriprofessionnel, des annexes**

Fichier informatique sur le serveur de la MSP

PROTOCOLE SURPOIDS DE L’ENFANT

MSP XXXX

 **I. Contexte et justification :**

Selon l’OMS, l’obésité des enfants constitue l’un des plus grands défis pour la santé publique du 21ème siècle. Le surpoids et l’obésité, ainsi que les maladies qui leur sont liées, sont en grande partie évitables.

1. **Définitions :**

Enfant : Personne âgée de la 0 à 18 ans.

Adolescent : Personne âgée de 10 à 18 ans.

IMC : Indice Masse Corporelle = poids (kg)/taille (m)².

IMC par rapport à l’âge : Indice de Masse Corporelle ajusté en fonction de l’âge, normalisé pour les enfants.

Z score IMC : exprime l’écart par rapport à la valeur moyenne, en déviation standard.

Surpoids : défini comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé''. **IMC ≥ 97ème percentile.**

Obésité : Stade avancé du surpoids défini selon l’âge, le sexe avec un **IMC > à la courbe IOTF-30.**

Aliments sains : Aliments qui répondent aux exigences en matière de micro et de macronutriments présentant une densité énergétique, une teneur idoine en sucre libre, en sel et en matières grasses.

1. **Population cible :**

Enfants de 3 à 17 ans, usagers de la MSP de Pont-d’Ain.

Critères d’inclusion :

* Enfant âgé de 3 ans et plus
* Enfant ayant un si IMC supérieur au 97ème percentile (ancienne courbe) et/ou un changement rapide de couloir

 **IV. Objectifs du projet :**

Objectif principal : Améliorer le dépistage et la prise en charge du surpoids des enfants et adolescents de 3 à 17 ans, usager de la Maison de santé Pluridisciplinaire de XXX.

Objectifs spécifiques :

* Identifier et traiter l’obésité existante ou préexistante chez les enfants et les adolescents
* Eviter que les enfants et adolescents développent des habitudes de vie néfastes pour leur santé
* Réduire le risque de morbidité, de mortalité, et les effets psychosociaux liés au surpoids de l’enfant

 **V. Mise en œuvre :**

➢ **Etape 1 : Le dépistage.**

**Par qui** : Médecin généraliste

**Quand** : Lors d’une consultation médicale lambda.

**Actes** :

**1-** mesure de la taille/poids/IMC/ périmètre abdominal/ TA

*NB : prendre le tour de taille au niveau du nombril, debout, après une expiration non forcée. Créer l’indicateur « périmètre abdominale sur chorus »*

**2-** première explication succincte à l’aide de la courbe de corpulence.

*NB : « Je suis inquiet de l’évolution de la courbe. ». Ne pas stigmatiser ; ne pas utiliser les mots « maladie, obésité » dans un premier temps.*

**3-**Bilan biologique si obésité (courbe IOTF-30) : Glycémie à jeun, EAL, ASAT, ALAT

**4-** Faire courrier pour consultation par IDE ASALEE. Courrier disponible dans CHORUS (Ajout d’une prescription/modèles/surpoids de l’enfant/Invitation ASALEE)

⇨ Orientation vers l’IDE ASALEE pour complément de l’entretien et explication du suivi

*Cotation particulière CSO pour les enfants entre 3 et 12 ans (46€).. Deux consultations CSO par an maximum.*

* **COTATION EN CIM 10 dans pathologie en cours : E6683 / Surpoids de l’adulte ou de l’enfant sans précision.**
* **Créer une conversation numérisée après accord du patient et de la famille en incluant XX et XX et XX***.*

* + **Etape 2 : 1ère consultation IDE ASALEE /1er Contact**

**Par qui** : IDE ASALEE

**Quand** : Dans le mois qui suit le premier rendez-vous.

**Actes** :

**1-** Questionnement pour déceler les raisons (antécédent génétique ?)

**2-** Questionnement sur les représentations des parents et de l’enfant (complexes ? banalisation ?)

**3-** Questionnement sur l’hygiène de vie de l’enfant : alimentation (nombre de repas, grignotage, manger devant la télé, etc.), activité physique, vie sociale, présence des écrans, état du transit.

**4-** Remplissage du document inclus dans le logiciel

**5-** Faire prendre conscience de la force d’une prise en charge en équipe (présentation des acteurs)

**6-** Expliquer le rythme de la prise en charge, la planification envisagée des futures consultations. Insister de la nécessité de s’engager dans un suivi sur la durée.

**7-** Adresser pour bilan diététique chez diététicienne dans le cadre du dépistage du surpoids de l’enfant car ce premier bilan (composé de 2 consultations) sera pris en charge par la SISA).

* + **Etape 3 : Le bilan diététique.**

**Par qui** : La diététicienne

**Quand** : dans le mois après la consultation ASALEE. Un deuxième RDV avec la diététicienne sera effectué après 2 RDV de suivi ASALEE .

**Actes**: étude des apports alimentaires, du comportement et de la relation avec la nourriture.

* + **Etape 4 : 2éme consultation ASALEE/démarrage du suivi**

**Par qui** : IDE ASALEE

**Quand** : 1 mois après le bilan de la diététicienne, puis tous les 2 à 3 mois.

Reprise du contenu de la 1ère consultation ASALEE : reprise des éléments médicaux, du bilan diététique. Faire le point sur ce qu’ils ont compris et ce qu’ils ont déjà mis en place comme mesure.

Puis réalisation du bilan éducatif partagé sur la 1ère voire la 2ème séance.

Utilisations d’outils dans le cadre des consultations de suivi : documentation ASALEE (feuille en étoile …), Outils du REPPOP (grille, Auto-questionnaire.) Eventuellement remise de livrets de conseils diététiques réalisés par l’INPES.

Sur des cas compliqués, après une éventuelle discussion en RPP, possibilité de proposer une consultation en binôme MG/ IDE ASALEE.

* + **Etape 5 : Prise en charge par la psychologue**

**Par qui** : la psychologue

**Quand**: La prise en charge psychologique s’engagera selon plusieurs modalités :

* Après la présentation en RPP d’un patient (avec son accord) pour lequel un des membres de l’équipe soignante est inquiet (vécu de son surpoids, isolement social, problèmes intrafamiliaux, harcèlement scolaire…).
* Souffrance psychique intense ou persistante
* Formes sévères d’obésité
* Psychopathologie ou troubles du comportement alimentaire associé
* Facteurs de stress familiaux ou sociaux
* Séparation d’avec les parents envisagée (séjour en SSR)
* Echec de prise en charge
	+ **Etape 6 : activité physique adaptée**

**Par qui :** Ain sport santé

**Quand : A définir**

**Sous quel modalité :**  Rencontre a venir avec XXX , quel type de sport ? Lien avec club existant ? Stage ? Lien avec le sport scolaire et l’AS, dispense partielle pour l’école ?

* + **Echec**

Nous considérons comme échec de prise en charge :

* Les patients qui ne viennent plus en consultation d’en rediscuter avec le patient lorsqu’on le revoit en consultation pour recherche des principaux freins.
* Persistance d’une ascension de la courbe de corpulence à 6 mois : RPP pour décider si besoin d’un bilan complémentaire ou avis spécialisé
* Si stagnation de la courbe, on encourage et le bilan sera fait à 1 an.

Dans ces situations, présentation du dossier en RPP après demande de l’accord parental (sinon présentation de manière anonyme).

* **Fin de suivi**

Lorsque les enfants et/ou les parents constatent une amélioration, possibilité d’espacer les RDV et donner un dernier RDV à distance (6 mois) pour contrôler l’évolution. Suivi minimum sur 12 mois.

Présenter le dossier de tous les enfants sortant du protocole ou à 12 mois de suivi.