L'INK organisait le 27 octobre une journée de congrès sur la prise en charge du patient obèse. L'objectif était de sensibiliser les participants à la complexité du sujet et de leur donner envie de s'investir dans la prise en charge de cette maladie métabolique. Avec une modératrice passionnée et enthousiasmante : Annick Contiero, une patiente atteinte d'obésité qui a déjà perdu plus de 200 kilos.

PLACE DU KINÉSITHÉRAPEUTE DANS LA PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DU PATIENT OBÈSE

Sédentarité et comportement sédentaire : impact sur le métabolisme

Dr Nathalie Jourdan, endocrinologue, SSR de Gallargues (Gard)

Nos comportements en termes d'alimentation, de sommeil, d'activité physique, etc. sont responsables de la moitié de notre état de santé. Il est donc essentiel de les questionner. La plupart d'entre nous passons globalement beaucoup trop de temps assis : au bureau, au volant, devant la télévision… Or la sédentarité devient un risque lorsqu'on passe plus de 7 h par jour en position assise. Déjà en 1953, une étude [1] menée auprès de chauffeurs (qui restent assis toute la journée) et de contrôleurs de bus (plus souvent debouts) a montré que les premiers avaient 2 fois plus de risques d'avoir une occlusion coronarienne ou de mortalité précoce que les seconds.

Choisir un mode de vie sédentaire, c'est augmenter ses risques de :

- AVC de 33 %
- infarctus du myocarde de 30 %
- diabète de 12 à 35 % selon les sources
- hypertension artérielle de 12 %
- cancer de 5 à 33 % selon les cancers.

La sédentarité est la porte ouverte à certaines maladies chroniques. Elle devient d'autant plus dangereuse si elle est associée à l'obésité. Agir sur sa santé, c'est donc mettre en place des stratégies pour limiter sa sédentarité et agir sur son niveau d'activité physique.

L'alimentation n'explique pas tout

L'obésité n'est pas seulement liée à la manière dont la personne se nourrit, on le sait depuis longtemps mais les idées reçues ont la vie dure. Des études ont montré qu'elle était aussi liée au nombre d'heures qu'une personne passe assise dans sa voiture ou devant la télévision (entre autres) chaque semaine.

En revanche, les apports caloriques et lipidiques sont à prendre en considération.

Les clés de la réussite pour un patient obèse

- Trouver du sens : chaque professionnel de santé, avec sa science et son expertise, doit être capable d'apporter des connaissances au patient de façon à ce qu'il comprenne qu'il est plus en danger s'il reste inactif que s'il devient actif.
- S'écouter et se respecter : les personnes atteintes d'obésité ont souvent une histoire lourde, marquée par des fractures personnelles ou familiales. Elles ont tendance à se dévaloriser.
- Se faire aider : la prise en charge ne fonctionne que si toute l'équipe travaille en harmonie et véhicule un message cohérent. ●

Sommeil et obésité

Dr Vincent Attalin, CHU de Montpellier-Lapeyronie

Ancien médecin généraliste, Vincent Attalin ne fait plus aucune prescription médicamenteuse, mais uniquement des *prescriptions de changement de comportement*. Une nuit de sommeil compte 4 à 6 cycles de 60 à 110 minutes chacun. Le sommeil le plus réparateur et le plus profitable (pour le cerveau, la mémoire…) est le sommeil profond ou paradoxal. C'est lorsque nous dormons que la sécrétion d'hormones de croissance est la plus importante (anabolisme, importance cruciale pour la récupération musculaire). La nuit est propice à une baisse de l'excitabilité corticale, provoquant un relâchement musculaire et permettant de reconstituer les stocks de réserves énergétiques. Le sommeil a une fonction restauratrice sur les systèmes

©rclassenlayouts/iStock/Getty Images Plus

d'interruption de l'activité (impôts, loyer, intérêts d'emprunt…) et vous aide à supporter les frais exceptionnels dus au sinistre, comme la location de nouveaux matériels, les frais d'installation provisoire…

L'assurance pertes d'exploitation est une garantie optionnelle du contrat multirisque professionnel de la MACSF. Mais comme l'indique Luc Romanillos, de la Direction Assurances et Services de la MACSF, cet assureur propose aussi, toujours en option à la multirisque professionnelle, une assurance en valeur à neuf sur le matériel pendant une durée de 5 ans, l'assurance du matériel transporté en voiture [1], une assistance aux sinistres (mise en sécurité des locaux, envoi d'un vigile si nécessaire…), une garantie bris de matériel (qui permet de couvrir les sinistres propres au matériel, en l'absence de tout sinistre extérieur tel qu'un incendie ou un dégât des eaux), entre autres.

À La Médicale, une nouvelle garantie optionnelle à la multirisque professionnelle, "Cyber-risque", est désormais proposée aux professionnels de santé victimes d'un virus informatique, si leur responsabilité civile est mise en jeu suite à la perte ou au détournement de données personnelles des patients, si leur système informatique est bloqué, voire même si des cybercriminels exigent une rançon et si le chiffre d'affaires baisse.

Quant au contrat Assur-BP Multirisque Pro de la Banque Populaire, il propose plusieurs packs optionnels permettant de compléter la protection des masseurs-kinésithérapeutes, dont :

- un "pack Mobilité" pour assurer ses biens pour les dommages subis hors des locaux, chez les patients par exemple (cette protection peut être étendue au vol) ;
- un "pack Sécurité Financière" qui permet, si l'activité est momentanément interrompue ou réduite suite à un sinistre affectant le cabinet, de percevoir une indemnité couvrant les pertes financières. Il est également possible d'étendre le niveau de couverture à la perte de la patientèle en cas d'impossibilité définitive de reprendre l'activité dans les locaux assurés ;
- un "pack Protection Juridique" pour profiter d'un service de renseignements juridiques pour des questions ou des litiges relatifs à la vie professionnelle (salariés, patients, fournisseurs, administrations…).

FRANÇOIS SABARLY

[1] Chez certains assureurs, l'assurance du matériel transporté est une option du contrat automobile. À la MACSF, cette option s'appelle "Matériels transportés en tous lieux" sur le contrat multirisque professionnel.

BANQUE POPULAIRE
LES POINTS FORTS DU CONTRAT ASSUR-BP MULTIRISQUE PRO

Avec ce contrat, les kinésithérapeutes disposent d'un contrat complet avec un volet assurance pour garantir la protection de leurs biens et de leurs locaux, des responsabilités de leur activité, mais aussi des garanties d'assistance (assistance 24 h/24 en cas de sinistre ou de situation d'urgence).

Pour le local, sont inclus dans les garanties de base : incendie, dégâts des eaux, dommages électriques, bris de vitres et vitrines… Avec la possibilité de souscrire en option : le vol/tentative de vol ou vandalisme, le bris de matériel et l'infection informatique.

Pour les Responsabilités civiles (RC), sont inclues la RC liée à l'exploitation de l'activité et la RC professionnelle liée à l'exercice de l'activité : le contrat répond à l'obligation légale d'être assuré pour couvrir les conséquences financières d'une erreur ou faute professionnelle pendant la prestation. La garantie va jusqu'à 15 000 000 € par année d'assurance (8 000 000 € par sinistre) pour les dommages corporels.

Les kinésithérapeutes peuvent choisir des options pour compléter la protection de leur matériel s'ils se déplacent chez des patients, pour les litiges juridiques ou les pertes d'exploitation en cas de sinistre affectant le cabinet.

Ils bénéficient d'une indemnisation rapide sous 48 h après accord sur le montant indemnisé lorsqu'un sinistre affecte le cabinet.

Ils profitent, en cas de sinistre, d'un remplacement à leur valeur d'achat, pendant 5 ans à compter de la date d'achat, de leur matériel et des machines non réparables et financées par la Banque Populaire.

Les garanties bénéficient également au remplaçant du kinésithérapeute (à défaut ou en complément de la sienne).

Source : Groupe BPCE

immunitaire et endocrinien, et joue un rôle essentiel dans la mémorisation et la plasticité synaptique, qui est cruciale pour l'apprentissage moteur.

Conséquences d'une privation partielle de sommeil

Un manque de sommeil récurrent entraîne une diminution des capacités psychomotrices et cognitives, une augmentation de l'irritabilité, de l'agressivité et l'apparition de phobies, une baisse de la durée d'un effort intense, une baisse de la concentration des enzymes de la contraction musculaire dans les myofibrilles, et perturbe les rythmes biologiques (catécholamines, cortisol, hormone de croissance…). Il suscite également une diminution de l'acuité visuelle, de la vitesse motrice, de la promptitude des réflexes, de la capacité de mémoire, de la température et parfois des hallucinations visuelles. Autres conséquences : prise de poids (une personne qui dort mal va augmenter ses prises alimentaires de façon significative car elle aura plus envie de manger, en particulier des aliments gras, salés ou sucrés, mais aussi diminuer ses activités physiques, son métabolisme), et chute des mécanismes de défense de l'ego.
Donner des conseils sur tous ces éléments à une personne atteinte d'obésité n'est pas simple : son métabolisme étant perturbé, elle n'aura pas spontanément envie de les suivre. Le Dr Attalin recommande plutôt de commencer par une évaluation globale de la personne.
Il faut en priorité *entendre sa plainte* : "j'ai du mal à m'endormir le soir", "je me réveille plusieurs fois par nuit", "je dors trop la journée" ne sont pas des problématiques équivalentes.

2 à 4 % de la population souffre de SAHOS

Les personnes atteintes d'obésité ne sont pas les seules concernées. La configuration du visage joue aussi. Les personnes rétrognates (qui ont le menton en arrière) sont les plus susceptibles de faire de l'apnée du sommeil. Après une nuit perturbée par les apnées et les hypopnées (plus fréquentes que le SAHOS), on se réveille fatigué et cela augmente les risques de maladies cardiovasculaires.
Il faut être particulièrement vigilant avec les adolescents, qui sont déconnectés de leurs besoins en sommeil. Il faut penser aussi (avec tous les patients) au syndrome des jambes sans repos, trop souvent oublié. Attention à ne pas vendre du rêve aux patients : une perte de poids significative n'entraînera pas la disparition totale des apnées du sommeil. Il y aura une amélioration, tout au plus.

Quelques conseils de base pour mieux dormir

- Évitez les excitants (café, thé, vitamine C, coca…) le soir ;
- Pas d'activité physique après 20 h ;
- À l'inverse, favorisez les activités relaxantes le soir : lecture, relaxation, bain tiède (au moins 2 h avant le coucher) ;
- Évitez les repas trop copieux et l'alcool au dîner ;
- Évitez de manger, regarder la télévision ou travailler au lit ;
- Trouvez votre propre rythme de sommeil et respectez-le ;
- Repérez les signaux annonciateurs du sommeil : yeux qui piquent, baillements… ●

La charnière thoraco-lombaire, carrefour des échanges énergétiques, zone d'évaluation

Carole Sanguinet, MK, Argelès (Pyrénées Orientales)

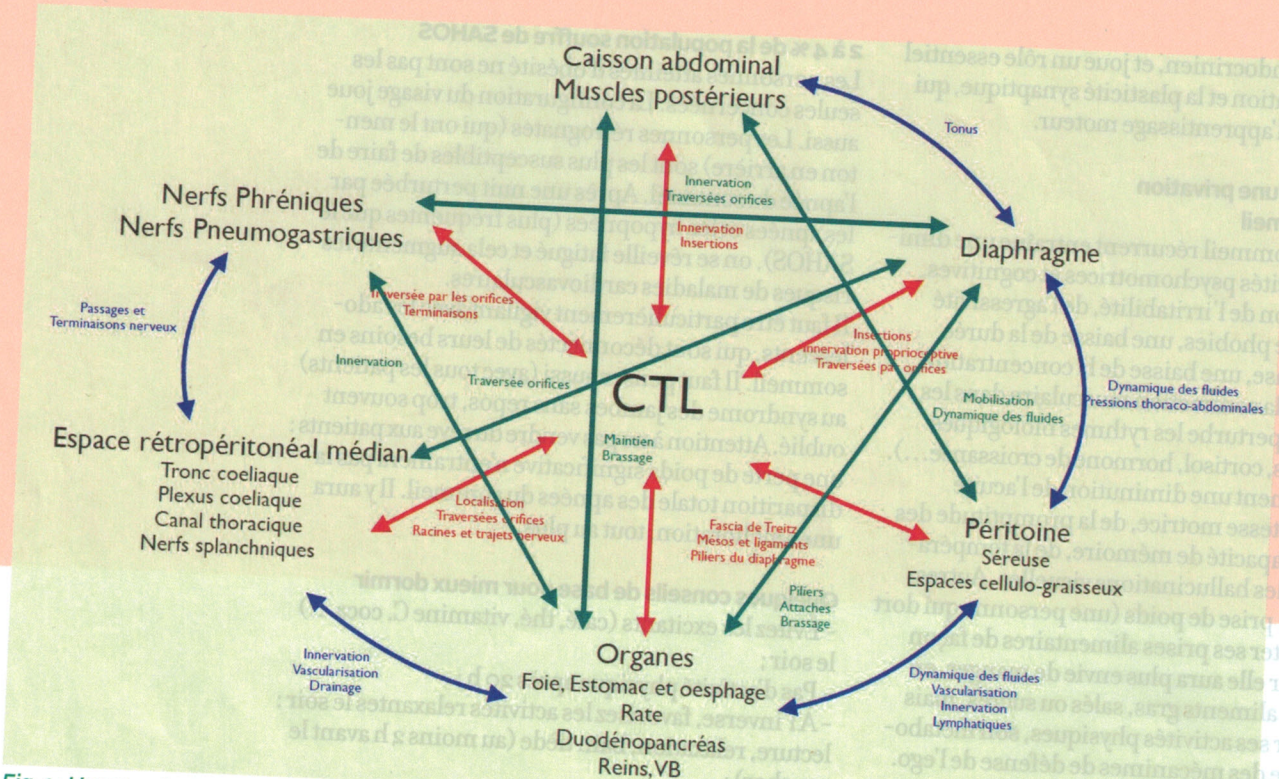
Cette zone est un carrefour d'échanges énergétiques, mais aussi d'évaluation et de suivi. Elle est le reflet du bon fonctionnement de nombreux facteurs mécaniques internes et externes, de facteurs énergétiques (organes et vaisseaux en charge de la réception et du traitement de l'oxygène et des aliments, ainsi que du transport de leurs produits et leur recyclage) et de facteurs neurologiques (neuroviscéraux et neuromusculaires).
Elle influence et est influencée par les systèmes du thorax, des lombes, du pelvis, mais aussi des ceintures, membres périphériques et région crânio-cervicale, qui peuvent être eux-mêmes témoins ou perturbateurs de la bonne stabilité et mobilité du segment axial (contrôle, rétrocontrôle). Elle est soumise à de très fortes contraintes (rotations…). Toutes ces interactions (Fig. 1 et 2) sont autant de sources potentielles de dysfonctionnements.

L'importance du BDK

Le bilan diagnostic kinésithérapique est crucial. Cela passe d'abord par une interprétation de l'IMC. Il y a de grandes variations entre un surpoids, une obésité modérée, sévère ou morbide. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il faut prendre en charge une augmentation de l'IMC très rapidement pour éviter que cela ne dégénère.
Le bilan de la charnière thoraco-lombaire (CTL), en statique (plans frontal et sagittal) et en dynamique (en flexion, en extension, en inclinaison latérale, en rotation, etc.), fait apparaître des perturbations et des adaptations mises en place pour les contrer.
Il faut interroger le patient sur la douleur et les gênes ressenties.

Propositions de moyens à disposition du kinésithérapeute

Il s'agit là d'une liste non exhaustive et personnelle proposée par Carole Sanguinet.



D.R.

Fig. 1 : L'anatomie est vivante !

Fig. 2 : La cha lombaire.

Le **massage** peut être utile pour favoriser l'activation de structures corticales impliquées dans la conscience de soi et le niveau d'éveil du patient. Il permet aussi des bénéfices (au moins à court terme) sur la qualité du sommeil, le contrôle postural, la réduction de l'intensité de la douleur, de l'anxiété et de la dépression.

Un travail de **proprioception** permettra de gagner en détente et en souplesse myoaponévrotique, grâce à la mémorisation inconsciente du geste et de sa précision pour une meilleure exécution dans le mouvement global. "Dans la réceptivité musculaire, nous voyons notre corps en action par les stimulations de ses propres récepteurs, les propriorécepteurs" (Sherrington, 1908).

Avec un travail de **renforcement** et de reprogrammation neuromusculaire (RNM), on stimule les filières énergétiques nécessaires à la performance et l'élimination des déchets du catabolisme et des organes en charge de ces fonctions. On effectue une mobilisation analytique et fonctionnelle musculosquelettique, viscérale, vasculaire, etc. Le patient va gagner en confiance en lui et voir ses douleurs soulagées.

La **cohérence cardiaque** est un état physiologique induit par une pratique personnelle respiratoire et/ou émotionnelle qui permet d'obtenir un état physiologique dit de cohérence du SNA, avec un retour au neutre de ce système, un équilibre émotionnel, physiologique et physique (un état d'apesanteur émotionnelle). Cet état permet de renforcer la confiance en soi et la régulation des émotions.

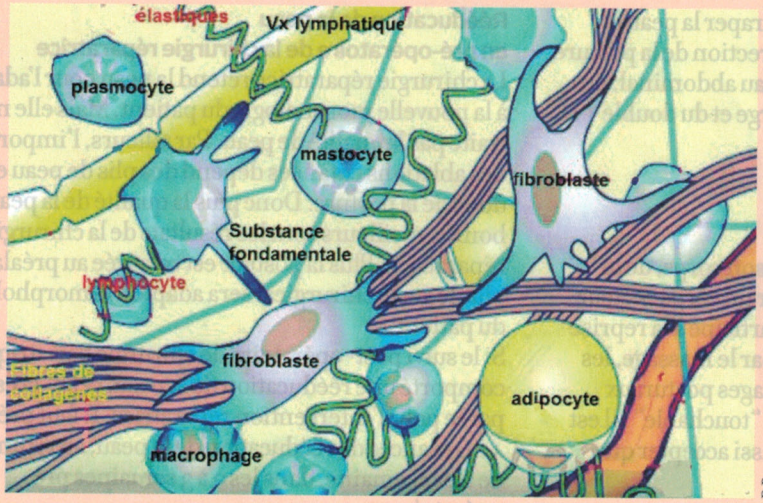
Objectifs et rôle du kinésithérapeute auprès du patient et du reste de l'équipe pluridisciplinaire

Par le toucher et l'éducation, le kinésithérapeute peut diminuer les douleurs et améliorer la perception, la proprioception et le schéma corporel du patient. Cela va l'aider à le rapprocher de son corps et lui apporter les renforcements préliminaires nécessaires à une évolution solide.

Le toucher, l'éducation et l'évaluation, teintés d'empathie et connaissance des mécanismes comportementaux et physiques, sont des éléments d'entretien motivationnel supplémentaires pour le patient. Le kinésithérapeute va l'aider à poursuivre son objectif de changement physique et comportemental pour l'amélioration et le maintien en autonomie de sa santé et de l'estime de soi.

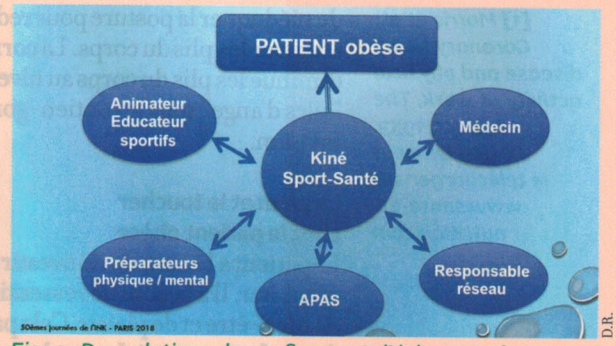
Dans ce cas précis, il améliore le travail des autres acteurs en favorisant la récupération des capacités fonctionnelles de cette zone dans son rôle de réception, transformation et transport des apports énergétiques alimentaires et respiratoires, ainsi que les capacités motrices et sensorielles.

thoraco-



D.R.

Fig. 3 : La vie de la peau : un organe à part entière.



D.R.

Fig. 4 : Des relations de confiance et d'échanges dans un équilibre précaire.

La peau, premier organe proprioceptif et d'échanges : mieux la comprendre pour mieux la traiter

Marc Massiot, MK, Nice

"Être bien dans sa peau" est un élément déterminant tout au long du parcours du patient atteint d'obésité.

La peau est le principal organe du corps humain : elle pèse de 4 à 10 kilos, pour une surface d'environ 2 m² chez un adulte. Ses fonctions sont multiples : organe d'échange et de relation par le toucher, elle est aussi une barrière de protection. Elle a une fonction sensorielle extéroceptive, une fonction proprioceptive (elle participe à la reconnaissance de la position du corps, à la posture et aux mouvements, elle intervient dans la régulation du tonus musculaire), une fonction de thermorégulation, de régulation réflexe sur les organes profonds et de régulation par les neuromédiateurs et les neurohormones.

La peau est un organe vivant à part entière (Fig. 3) :

- Les cellules : fibroblastes, macrophages, mastocytes, adipocytes, lymphocytes, plasmocytes ;
- La matrice extracellulaire : substance fondamentale, fibres collagènes et élastines ;
- La vascularisation : artérioles, veines, lymphatiques ;
- L'innervation : systèmes nerveux périphérique et autonome.

Ce n'est pas un organe isolé : elle est en lien très étroit avec le système nerveux (issu de l'ectoblaste d'où sont issus le cerveau, les nerfs et la peau). Il existe des connexions entre les terminaisons nerveuses et les cellules cutanées, qui sont de véritables synapses neurocutanées. Elle est le siège de la libération de neuromédiateurs (catécholamines, endorphines, enképhalines…), dont certains interviennent dans l'immunité, et de neurohormones. On comprend donc que la peau doit être un sujet de réflexion et de traitement à part entière.

Les atteintes cutanées chez le patient obèse

Elles sont le plus souvent bénignes mais altèrent la confiance en soi et la qualité de vie.

- Acanthosis nigricans : peau qui s'épaissit et devient foncée au niveau des plis de peau, du cou, des aisselles (lié à l'insuline) ;
- Intertrigo mycosique : macération dans les plis de peau ;
- Aggravation de pathologies comme le psoriasis ;
- Varices ;
- Hyperkératose plantaire.

Les plis du corps et de la posture

La posture du patient obèse est fortement remaniée. Elle intervient dans la formation des plis du corps. Chez la femme, on observe le plus souvent une hyperlordose lombaire, une rétropulsion de la ceinture scapulaire et des bras, et un recurvatum des genoux. Chez l'homme apparaît le plus souvent une hyperlordose lombaire, un flexum des genoux et une hypercyphose.

Les adaptations posturales dépendent aussi beaucoup de l'IMC du patient.

Les plis du corps sont dépendants à la fois du relâchement de la peau et de la posture. La perte de poids rend possible le retour à une posture plus érigée, mais elle ne revient pas naturellement. Il est nécessaire

de rééduquer la posture pour redraper la peau et atténuer les plis du corps. La correction de la posture diminue les plis du corps au niveau abdominal, des "ailes d'ange" sous le soutien-gorge et du double-menton.

La peau et le toucher chez le patient obèse

Le patient a besoin de réinvestir son corps, de le réhabiter. Il a besoin de ressentir un corps vecteur de bien-être et de plaisir. Cela participe à la reprise de confiance en soi. Le toucher par le massage, les mobilisations ou encore les guidages posturaux reconnaissent le patient comme "touchable" : il est reconnu dans son corps. C'est aussi accepter que l'autre le touche.

Rééducation de la peau en pré-opératoire de la chirurgie réparatrice

La chirurgie réparatrice retend la peau pour l'adapter à la nouvelle morphologie du patient. Mais elle ne traite pas la qualité de peau. Par ailleurs, l'importance des ablations cutanées dépend des plis de peau et donc de la posture. Donc plus la qualité de la peau est bonne, meilleurs sont les résultats de la chirurgie réparatrice. Plus la posture est corrigée au préalable, plus le geste chirurgical sera adapté à la morphologie du patient.

Si le suivi post-opératoire de chirurgie bariatrique a comporté une rééducation de la peau, celle-ci est préparée pour l'intervention réparatrice. Il faut prévoir 4 à 6 séances de rééducation de la peau, au rythme de 2 par semaine, dans les 2 à 3 semaines pré-opératoires.

Sinon, il faudra mettre en place une rééducation de la peau : 8 à 10 séances, à raison de 2 à 3 par semaine dans le mois précédant l'intervention.

Le processus de cicatrisation se déroule en 4 phases : hémorragique, inflammatoire, prolifération, maturation et remodelage. La prise en charge kinésithérapique doit être adaptée à chacune.

Les kinésithérapeutes doivent mieux médiatiser leurs compétences

La kinésithérapie est très peu présente dans la prise en charge du patient obèse. La rééducation de la peau est quasi absente des documents officiels et des publications sur le sujet. Par exemple, dans le *Livre blanc du suivi en chirurgie bariatrique* [2], le mot *physiothérapeute* n'apparaît qu'une fois. Les termes *posture, mouvement, kinésithérapie* sont complètement absents. Il en est de même concernant l'apparence du corps : les termes *beauté, esthétique, silhouette, forme, bien-être* sont absents. Même chose (ou presque) dans les documents émanant de la HAS.

Pourtant, la rééducation de la peau a toute sa place dans le suivi du patient obèse au sein de la prise en charge rééducative. Elle constitue un volet majeur dans la motivation du patient et dans la réussite du traitement. Les kinésithérapeutes ont besoin de publier et de s'intégrer dans les groupes de travail multidisciplinaires pour être identifiés et reconnus dans leurs compétences. Les patients obèses seront les premiers bénéficiaires de l'intégration de la rééducation de la peau à leur traitement. ●

SOPHIE CONRARD

Découvrez la suite du compte rendu de ce congrès dans le Ka n°1534 du 20 décembre.

[1] Morris et al., Coronary heart disease and physical activity of work, The Lancet, 1953.
[2] On peut le télécharger sur www.sante-et-nutrition.com

D.R.

LE POINT DE VUE DE LA PATIENTE

Annick Contiero (en pull gris, sur la photo), patiente atteinte d'obésité et modératrice de cette journée, a pris la parole à plusieurs reprises pour faire passer des messages importants à l'attention des kinésithérapeutes présents. En voici quelques-uns :
- L'obésité est une maladie chronique. Le patient va vivre avec certaines contraintes et complications toute sa vie. Mais on peut vivre avec, et vivre bien.
- N'ayez pas peur des patients obèses : en tant que MK, vous avez tous les outils nécessaires pour bien faire.
- Il est crucial que tous les PS et non PS qui prennent en charge les patients atteints d'obésité se parlent et échangent beaucoup plus.
- Ne pas faire de fausses promesses à un patient atteint d'obésité.
- Pour l'amener à pratiquer une activité physique, il faut d'abord lui montrer qu'il en est capable et au préalable traiter ses douleurs et tout ce qui risque de le gêner dans sa pratique. Sans cela, c'est perdu d'avance.

L'INK organisait le 27 octobre une journée de congrès sur la prise en charge du patient obèse. L'objectif était de sensibiliser les participants à la complexité du sujet et de leur donner envie de s'investir dans la prise en charge de cette maladie métabolique. Avec une modératrice passionnée et enthousiasmante : Annick Contiero, une patiente atteinte d'obésité qui a déjà perdu plus de 200 kilos.

PLACE DU KINÉSITHÉRAPEUTE DANS LA PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DU PATIENT OBÈSE

Obésité et cerveau : pour une réponse thérapeutique personnalisée

Dr Olivier Bredeau, président de la commission ETP, CETD Hôpital Caremeau, CHU de Nîmes

En 2018, une étude menée à l'université McGill, à Montréal, a tenté de démêler les liens entre obésité, cerveau et génétique. Elle conclut que le poids corporel chez l'Homme est en partie contrôlé par des systèmes cérébraux de haut niveau impliqués dans la cognition, la prise de décision et la motivation. Les différences individuelles dans ces systèmes cérébraux qui régulent la prise alimentaire sont en partie héréditaires. Des conclusions présentées dans les *Actes de l'Académie des Sciences américaine* (PNAS) qui confirment l'intérêt d'une prise en charge de l'obésité telle une *dépendance alimentaire*.

Les 3 stades de l'obésité :
- modérée (IMC compris entre 30 et 35)
- sévère (35 à 40)
- morbide (IMC supérieur à 40)

L'obésité, une épidémie mondiale non contagieuse ?

C'est ce qu'estime le Dr Bredeau, évoquant des chiffres frappants : en 2016, il y avait dans le monde 1,9 milliard de personnes en surpoids dont 650 millions d'obèses. A contrario, 800 millions de personnes souffraient de malnutrition.
Pour la France (voir Fig. 1), les enquêtes Obépi successives montrent que le nombre de gens atteints d'obésité modérée, sévère et morbide augmente lentement mais sûrement.
Des projections réalisées par l'OCDE en 2017 indiquent qu'en 2030, la prévalence de l'obésité chez les adultes de 15 à 74 ans sera de 46 % aux États-Unis, 35 % en Angleterre, 29 % au Canada et 20 % en France. Nécessairement, le nombre de patients en surpoids et atteints d'obésité va augmenter dans les cabinets de kinésithérapie. Il est donc important de savoir comment les prendre en charge.

Besoins énergétiques et alimentation

Il est facile de prendre du poids en mangeant un petit peu plus que d'habitude, mais il est très difficile d'en perdre. À raison de 50 Kcal d'excédant alimentaire journalier, une personne va prendre 20 kilos en 8 ans. La difficulté c'est que pour perdre ces 20 kilos, il faudrait diminuer ses apports de 500 Kcal par jour.
Si vous voulez que votre patient soit capable de pratiquer une activité physique, il ne faut pas qu'il entame un régime amaigrissant n'importe comment. Il faut respecter la balance énergétique.

Cerveau et apports : la leptine

Le cerveau régule tout : la faim, le sentiment de satiété, les apports dont le corps a besoin…
Il faut s'intéresser aux récepteurs de la leptine, dite "hormone de la satiété". Elle est codée par le gène ob.
Il apparaît que 10 % des obèses ont un déficit en leptine ou un déficit d'effecteurs de la leptine.
Il y a dans le cerveau le centre de la faim et le centre de

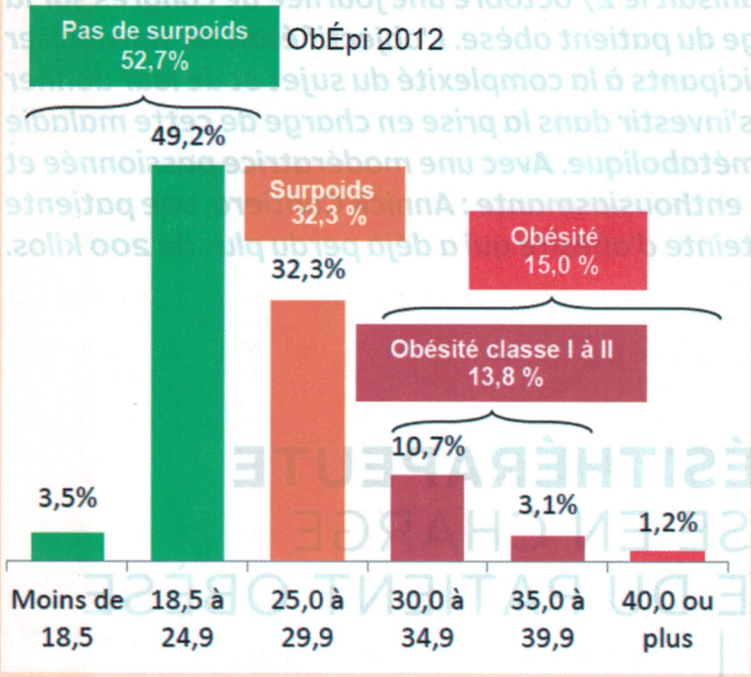


Fig. 1 : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité en France, chez les adultes de plus de 15 ans.

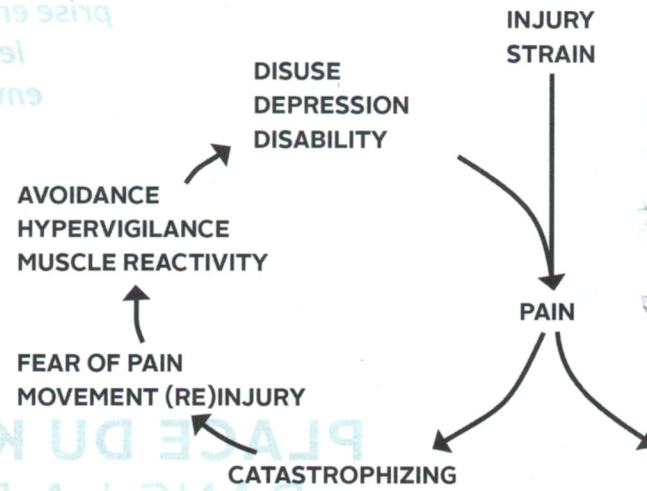


Fig. 2 : Schéma de Vlaeyen et al, 1995. L'aptitude des patients cond de leur douleur.

Les CSO (centres spécialisés de l'obésité) sont autant d'endroits où vous pouvez vous informer si besoin. Il en existe une quarantaine répartis dans toute la France. La liste est disponible sur www.kineactu.com à la suite de cet article.

la satiété, ce dernier étant lié à la leptine. Ce double noyau pourrait expliquer les échecs de certaines chirurgies bariatriques. On trouve aussi dans le cerveau le nerf vagal, qui commande la motricité de l'estomac. Un repas ne profite pas de la même façon selon qu'on est concentré dessus ou devant un écran. La distraction bloque la notion de satiété.

Dans la prise en charge des patients obèses, on insiste beaucoup sur le contrôle des repas. Mais il est aussi important (voire plus) d'insister sur les dépenses énergétiques. Il ne faut pas proposer de chirurgie bariatrique sans réfléchir aux dépenses énergétiques du patient.

Des recherches sont en cours sur des traitements médicamenteux mais à ce stade, il ne faut pas en attendre grand-chose, selon le Dr Bredeau.

Très chère chirurgie de l'obésité

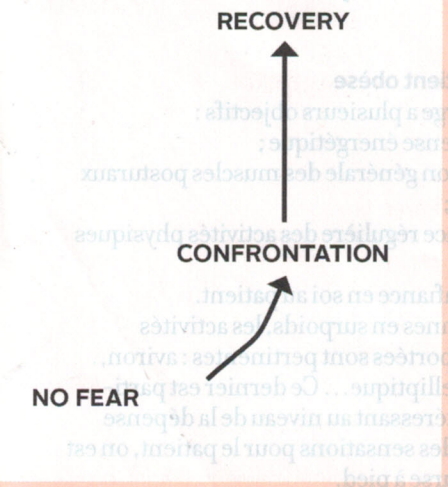
Un rapport publié par l'Igas en 2018 stipule que "du fait de son développement épidémique et de ses conséquences sur le système de santé, l'obésité constitue à ce jour une problématique de santé publique qu'il est impératif de mieux prendre en compte". On recense en France 50 000 cas par an, un chiffre qui a été mutiplié par 3 en 10 ans. La chirurgie de l'obésité représente un coût annuel de 300 millions d'euros.

Elle doit être réservée à certains cas précis : "En cas d'échec du traitement médical, quand l'état de santé de la personne souffrant d'obésité sévère ou morbide le nécessite". Or "un faisceau d'éléments permet de dire qu'une part non négligeable des indications est excessive ou mal posée, dans un contexte général de faible encadrement des pratiques", estime l'Igas. "Il est impératif de faire respecter les recommandations restrictives et de limiter les interventions à quelques centres spécialisés."

L'obésité est une maladie chronique. On peut donc, selon le Dr Bredeau, reprendre le modèle de la lombalgie chronique pour mieux comprendre la difficulté pour ces patients de modifier leur comportement de vie et la subtilité de nos prises en charge. Son exposé était basé sur les messages délivrés par le *Back Book* [1].

La lombalgie commune n'est pas une maladie grave (non létale). La douleur n'est pas forcement en rapport avec des lésions rachidiennes (dissociation anatomo-clinique). La douleur lombaire est liée à un mauvais fonctionnement du rachis qui peut aller jusqu'à un déconditionnement à l'effort. Un certain nombre de traitements existent et peuvent apporter un soulagement, mais les patients doivent apprendre à gérer leur douleur.

Le retour à l'état antérieur est lié à l'aptitude des patients à bouger, à reprendre des activités physiques, ce qui permet un soulagement plus rapide. L'aptitude des patients conditionne en grande partie l'évolution de leur douleur (Fig. 2).



onne en grande partie l'évolution

Fig. 3 : Votre attitude sera déterminante pour la motivation du patient.

Attitude du thérapeute

Climat contrôlant	Climat soutenant l'autonomie
Absence d'empathie, pression	**Empathie du MK** *Aptitude intellectuelle à comprendre l'autre mais elle exclut les sentiments personnels*
Imposition de choix	**Libre choix du patient** *Ex : laisser le libre choix entre différentes AP*
Négociations distributives : le MK dirige le P *Ex : relation P/MK de type P/expert*	**Négociations intégratives : mise en place d'un compromis entre le MK et le P** *Ex : la relation P/MK est + un partenariat*
Enonciation de buts extrinsèques *Ex : score*	**Enonciation de buts intrinsèques** *Ex : la santé, le plaisir, les progrès du P*
Feedbacks négatifs, *Ex : dévalorisation*	**Feedbacks positifs** *Ex : outils de photo-comparaison avant-après, encouragements*
Individualisme et comparaison sociale	**Apprentissage coopératif**

D.R.

Le système nerveux périphérique

Le Dr Bredeau a détaillé le lien entre les fibres sensitives et les fibres motrices. Il existe des interneurones dans la moelle entre les fibres sensitives de la corne postérieure et les fibres motrices de la corne antérieure ipsilatérale.

Il y a un lien entre les fibres sensitives et les fibres du système neurovégétatif.

L'activation des fibres C excite les fibres de la motricité, l'étirement du muscle, mais le mouvement inhibe les fibres C. Les fibres C stimulent les fibres adrénergiques.

Parfois, la douleur chronique perturbe la méthylation de certains gènes au niveau du cortex préfrontal. Il faut le savoir sinon on risque de proposer une prise en charge inadaptée au patient. L'intensité de la méthylation est corrélée à l'intensité de la douleur perçue.

Le système immunitaire pourrait être impliqué également, avec des modifications épigénétiques corrélées des lymphocites T. Par ailleurs, certains gènes sont impliqués dans la régulation du système dopaminergique, glutaminergique, opioidergique, sérotoninergique… [2, 3].

La chronicité modifie le fonctionnement de notre cerveau, qui reste en vigilance longtemps après un phénomène douloureux, même si celui-ci n'est plus ressenti. Ce process facilite les rechutes, c'est pourquoi nous devons comprendre le mécanisme, le fonctionnement des douleurs de nos patients pour y adapter nos pratiques afin de les "désensibiliser".

Qu'est-ce qui est différent chez les patients qui souffrent d'une douleur chronique par rapport à ceux pour qui la douleur reste à la phase aiguë ? C'est la capacité d'adaptation du cerveau. Ça se passe dans les zones préfrontales, celles qui permettent à une personne de se confronter à une situation donnée. À un moment, chez les patients douloureux chroniques, survient un blocage *parce qu'il y a quelque chose qui dysfonctionne dans leur cerveau* (et non parce qu'ils refusent d'y mettre du leur…).

Il y a une note d'espoir dans tout cela : grâce à la plasticité cérébrale, cela peut changer [4].

Synthèse

L'obésité est une épidémie des sociétés modernes.

Travailler sur les apports n'est pas suffisant. Travailler sur les dépenses est indispensable.

La leptine ne répond que chez 10 % des obèses.

Le cerveau du malade chronique a des modifications spécifiques.

Le mouvement, les émotions et la motivation sont intimement liés dans la réadaptation du sujet.

Il s'agit d'un travail pluridisciplinaire pour un parcours de santé personnalisé au service du patient avec une obésité. ●

La place du préparateur physique

Frédéric Roualen, préparateur physique de l'équipe de France de squash et de l'équipe de France de judo

Le meilleur médicament contre l'obésité, c'est l'activité physique. Un grand nombre de professionnels peuvent être impliqués, outre les kinésithérapeutes et les enseignants en APA.

Sport de haut niveau et surpoids

C'est une problématique cruciale pour les sports à catégorie de poids : judo, haltérophilie, boxe, aviron… En particulier dans le judo où les athlètes les plus lourds ont un IMC d'obèse (Teddy Riner a par exemple un IMC indiquant une obésité morbide ! c'est bien la preuve que l'IMC n'est pas le seul critère dont il faut tenir compte quand on prend en charge des personnes atteintes d'obésité). Il faut tenir compte de leur surcharge pondérale pour les faire travailler.

Le préparateur physique s'intègre à une équipe : entraîneur, nutritionniste, diététicienne, psychologue, kinésithérapeute, etc. Il est important que le préparateur physique s'entende bien avec l'entraîneur… ce qui n'est pas toujours le cas. Pour être performant et efficace autour de l'athlète, le staff au complet doit se concerter régulièrement.

En judo par exemple, où les athlètes de haut niveau connaissent des variations de poids importantes dans les 2 sens, il est impératif d'en tenir compte pour adapter la charge et le type de travail.

À l'arrêt de leur carrière, il n'est pas rare que les judokas prenne 20 ou 30 kilos en très peu de temps. Ne voyant pas leur corps changer, ils ne limitent pas leurs activités physiques et ont rapidement mal au genou, au dos…

C'est le même problème avec les gens qui s'entraînent très fort pendant un temps bref : pour les gens en surpoids, la blessure est garantie ! Ce type d'activité n'est bon que pour les personnes déjà affûtées.

Auprès d'un patient obèse

La prise en charge a plusieurs objectifs :
- Une forte dépense énergétique ;
- Une tonification générale des muscles posturaux et locomoteurs ;
- La mise en place régulière des activités physiques choisies ;
- Redonner confiance en soi au patient.

Avec des personnes en surpoids, les activités physiques autoportées sont pertinentes : aviron, ergocycle, vélo elliptique… Ce dernier est particulièrement intéressant au niveau de la dépense énergétique et des sensations pour le patient, on est proche de la course à pied.

La filière aérobie est celle qui permet de consommer un maximum de calories et de perdre du poids. On a même cru, pendant longtemps, que c'était la seule.

Le préparateur physique doit être très précis dans le travail qu'il demande au patient : temps de course, nombre de répétitions, nombre de séries, objectif visé, etc.

Avant de démarrer, calculez la PMA (puissance maximale aérobie) de votre patient. En termes d'intensité, il faudra le faire travailler en pourcentage de sa PMA (en général autour de 70 à 80 %).

Par ailleurs, il faut mettre en place des évaluations diagnostiques régulières pour savoir d'où vous partez et où vous en êtes.

Le projet doit être élaboré avec la collaboration du patient et du diététicien. Il faut tenir compte des apports énergétiques.

Soyez avec le patient lorsqu'il fait ses exercices : c'est ce qui marche le mieux. C'est toujours plus efficace qu'un suivi à distance, quel qu'il soit. •

Les différentes composantes pour une pratique en activité physique adaptée plus efficiente

Frédéric Marchand, Master 2 APA, Inserm Lille, CHRU de Lille

Aujourd'hui 15 % de la population française est atteinte d'obésité. Dans certaines régions (par exemple le Nord), ce taux monte à 25 %. Rappelons que l'obésité tue 3 fois plus que la faim dans le monde (source : OMS).

Les causes de l'obésité sont variées. Par exemple, 10 à 15 % des personnes atteintes d'obésité morbide ont été victimes d'attouchements sexuels durant leur enfance. Il est important de connaître l'histoire du patient avant d'entamer sa prise en charge.

Typologie des patients

Dans quel cadre le patient vous est-il adressé ?
- Il sort d'un SSR ou d'une cure
- Sortie d'hospitalisation
- Sur orientation médicale

- Suivi post-opératoire
- Le patient est venu de sa propre initiative.

Présentation d'un programme de prise en charge de 12 semaines

L'accueil est important. Souvent, le patient arrive avec des appréhensions. "Faire du sport, moi ?" Employez les bons termes : ne lui dites pas qu'il va devoir *faire du sport*, ne parlez même pas d'*activité physique adaptée*. Dites plutôt : "Vous allez bouger en douceur, chez un professionnel." C'est plus rassurant !
Employez un langage simple. Soyez rassurant. Faites-lui faire le tour des installations pour lui montrer que le matériel est adapté pour les personnes atteintes d'obésité. N'hésitez pas à lui proposer une séance d'essai gratuite, sans engagement.

Fréquence et contenu des séances

2 fois par semaine, à raison de 30 à 90 minutes par séance.
Proposez des exercices faciles, ludiques de façon à ce que le patient ait plaisir à les réaliser.
Créez pour chaque patient un programme personnalisé. C'est exigeant mais c'est l'une des clés de la réussite.
Préparez vos séances à l'avance. Montrez-vous professionnel. Faites évoluer les séances en fonction des bilans intermédiaires.
En séance, n'improvisez pas mais sachez vous adapter selon les besoins.
Vous pouvez proposer des séances en groupe, pour plus d'émulation (8 personnes maximum). Il n'est pas nécessaire de constituer des groupes homogènes. Les nouveaux seront inspirés par ceux qui viennent depuis longtemps, et ces derniers se sentiront valorisés.

Déroulement des séances

Soyez très pédagogue et encouragez vos patients.
Soyez présent à leurs côtés pendant les séances !
Il s'agit non seulement de les encadrer mais aussi de les *vivre avec eux*. Faites preuve d'empathie.
Soyez honnêtes avec eux. Respectez-les.
N'hésitez pas à faire un important travail d'explication pour chaque exercice. La prise en charge passe aussi par ce travail d'éducation à la santé.

Suivi des séances

Vous allez avoir besoin d'un outil pédagogique.
Proposez au patient de tenir un carnet ou un livret dans lequel il va noter tout ce qu'il fait chez vous. Ce sera un bon outil de communication avec les autres professionnels qui le suivent.
Pour la mesure de la composition corporelle, plusieurs techniques existent : mesure des plis cutanés, DEXA (absorptiométrie biphotonique à rayons X, en anglais *dual x-ray absorptiometry*, réalisée à l'hôpital), impédancemétrie.
La fréquence des bilans est importante. Elle permet si besoin d'ajuster les objectifs du patient, notamment par rapport à sa qualité de vie. Une femme, par exemple, sera très contente de pouvoir à nouveau croiser les jambes. Demandez au patient de noter les résultats obtenus dans le livret.
L'actimétrie : il peut être intéressant de mesurer l'activité physique quotidienne de votre patient. Frédéric Marchand l'évalue avec un outil qui mesure l'accélérométrie.
Attention à bien gérer la fatigue : si votre patient est trop fatigué, son activité sera moins bien exécutée, donc moins efficace sur la perte de poids.

Conclusion

Votre patient va devoir apprendre à bouger régulièrement. Cela comprend l'activité physique mais aussi être plus actif de manière générale.
C'est un travail d'équipe. La communication entre les interlocuteurs concernés autour du patient est essentielle (que fait-on des informations ?).
Montrez-vous sensible à cette pathologie.
Cette prise en charge doit se dérouler dans un cadre adapté (pédagogie, environnement, matériel, prix…).
Montrez-vous disponible pour chacun de vos patients.
Renseignez-vous sur les techniques chirurgicales, les suites post-opératoires, les carences alimentaires et leurs impacts sur la santé. En un mot : *formez-vous sur l'obésité*. La prise en charge et le suivi en APA ne s'improvisent pas.
Il est important que vous maîtrisiez des outils d'évaluation objectifs… et que vous les utilisiez, bien sûr.
Enfin, il est important que vous y preniez plaisir ! •

SOPHIE CONRARD

Retrouvez les autres articles sur ce congrès dans le Ka n°1533 et sur www.kineactu.com en date du 7 décembre

LA MOTIVATION DU PATIENT EST INDISPENSABLE

Lire aussi "La motivation, essentielle dans la mise en place d'une activité physique régulière en kinésithérapie", un article de Marine Valensi et Sophie Bertin publié dans le Kinésithérapie Scientifique n°581 de novembre 2016. Disponible sur www.ks-mag.com

Bibliographie

[1] Traduction française et adaptation culturelle du livre de E. Couder et al., *Back book, revue EM Consult. 2003 Vol 46,8 p553-557.*
[2] *Massart R. et al.,* ***Overlapping signatures of chronic pain in the DNA methylation landscape of prefrontal cortex and peripheral T cells,*** *Scientifc Reports, 2016 Jan*
[3] *Lingli Liang et al.,* ***Epigenetic regulation of chronic pain.*** *Epigenomics. 2015 April*
[4] *Seminowicz D.A. et al,* ***Effective treatment of chronic low back pain in humans reverses abnormal brain anatomy and function.*** *J Neurosci 2011 May.*