



Réadaptation : les patients obèses aussi ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 691-5

F. Sittarame
G. Lager
M. Chambouleyron
A. Lasserre-Moutet
C. Joly
S. Vergotte
Z. Pataky
A. Golay

Rehabilitation: a case for obese patients?

In the word obesity, a clinical concept of chronic systemic disease pairs up with pejorative individual or social representations. Being obese is also facing situations of disability, organ failure, uncertainty of the fate and stigmatization. A care concept inspired by rehabilitation and therapeutic patient education could offer a new way and other purposes to the treatment of obesity. Restoring functions, learning how to adapt and change their environment, obese people may live better today, out of their isolation and develop partners in their projects of life and health. Rehabilitation of an obese patient is much more than weight loss!

Dans le mot obésité, un concept clinique de maladie chronique systémique côtoie des représentations individuelles ou sociales souvent péjoratives. Vivre obèse, c'est aussi affronter des situations de handicap, de déficience d'organes, d'incertitude du devenir et des stigmatisations. Un concept de soins inspiré de la réadaptation et de l'éducation thérapeutique du patient pourrait offrir une nouvelle voie et d'autres finalités aux traitements de l'obésité. En restaurant des fonctions, en apprenant comment s'adapter et changer leur environnement, les personnes obèses pourraient mieux vivre aujourd'hui, sortir de leur isolement et élaborer en partenaires leurs projets de vie et de santé. La réadaptation d'un patient obèse est beaucoup plus qu'une perte de poids.

CONCEPT D'OBÉSITÉ, DE MALADIE COMPLEXE

La maladie de l'obésité ne se définit pas seulement par un excès de graisse. Une multitude de causes internes, d'interactions et de réponses adaptatives à l'environnement des patients sont intriquées entre elles. Elles constituent un processus d'équilibre de vie, dynamique et complexe, qui déplace la balance énergétique des personnes obèses vers le stockage croissant de graisses.¹ Pour les patients, si l'obésité a du sens, elle n'est pas toujours une maladie et peut être même un bénéfice.² Se repérer dans cette complexité, soigner leur obésité, répondre

à une demande de perte de poids, nécessite une interdisciplinarité des soins, un partenariat avec les patients et un processus d'apprentissage, d'expérimentations, de changements en profondeur.³ Traiter l'aspect biomédical ne suffit plus comme finalité de la prise en charge de l'obésité.⁴ Ce développement d'un concept d'obésité, maladie chronique complexe, intègre l'éducation thérapeutique du patient dans les soins avec un programme de réadaptation approprié.⁵

OBÉSITÉ, RÉADAPTATION ET HANDICAP

Le processus de prise de poids développe des *déficiences* d'organes, des *incapacités fonctionnelles*, des *situations de handicap* et des difficultés d'adaptations sociales. Le **tableau 1** illustre qu'à travers ces termes, les soins de l'obésité pourraient se penser à plusieurs niveaux et s'inspirer du modèle de Wirocius.⁶ Réadapter les personnes obèses nécessiterait l'inventaire des fonctions affectées (motrices, cognitives, affectives, fondamentales et sensorielles), convertir les modifications du corps en approches fonctionnelles et proposer un parcours de soins orienté pour un projet de vie. Pour Barral, la reconnaissance du handicap est un droit fondamental des personnes, quel que soit leur état de santé.⁷ Les besoins de réadaptation devraient s'évaluer sur ce que les personnes obèses font ou ne font pas et ce qui restreint leurs droits à une participation sociale. Réadapter se composerait de phases d'amélioration d'organes et de fonctions, de transformation des «capacités de participation» des personnes obèses et d'action sur des «facteurs contextuels».⁷



Tableau 1. Définitions de médecine physique et réadaptation¹¹

Repère	Déficiences	Incapacité	Handicap
Définition	Une différence par rapport au mode de fonctionnement d'un organe ou d'un système	Perte de fonction ou restriction d'activité	Restrictions de vie du patient résultant des incapacités et déficiences
Niveau identifié	Organe ou système	Conséquence de la déficience	Interaction avec le fonctionnement global de l'individu (avec lui-même, la société et son environnement)

TRANSFORMER LES PERSONNES OBÈSES PAR UNE RÉADAPTATION ET UNE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Réadaptation et enseignement doivent apporter, comme le rappelle l'OMS dans le **tableau 2**, une vision pragmatique de résolution de problèmes centrée sur la personne et sa transformation.⁸ Cette vision commune des soins permet d'élaborer la problématique, les temps d'expérimentations protégés, avant de conduire une « véritable mise en production » d'un projet individuel, conçu comme une étape limitée dans le temps. A chacune de ces étapes, l'éducation thérapeutique peut aider les patients à réfléchir à s'engager, développer leurs ressources et leur réseau. Partenaires, les patients et les soignants peuvent aussi définir ensemble des compétences d'adaptation et les savoirs à acquérir du patient obèse.⁹ Des apprentissages courts (informations simples, procédures et consignes d'entraînement) réalisent des changements de niveau 1 (comportementalistes) efficaces, peu durables, peu adaptables et qui sont utiles seulement pour un simple réentraînement physique. Pour soutenir un processus de transformation dans une perspective de vie à long terme, ce sont des niveaux 2 et 3 qui doivent être générés (cognitivo-comportementalistes et métacognitifs). Il est important d'acquérir des outils mais aussi de transposer le savoir acquis ou tirer partie des expériences pour faire de nouveaux apprentissages. Avec la réadaptation, le corps obèse pourrait tout de suite redevenir utile, retrouver des fonctions (déplacement, respiration, digestion, plaisir, etc.), redonner confiance, devenir un moyen formidable de prise de conscience et de changements accessibles. La reprise du sentiment de puissance des patients pourrait être plus rapide.¹⁰ L'amélioration de la santé et du poids par la ré-

Tableau 2. Définition de la réadaptation selon l'OMS en 2012⁸

La réadaptation se définit comme un ensemble de procédures visant à permettre aux personnes avec handicap d'atteindre et/ou de maintenir de façon optimale un fonctionnement physique, intellectuel, psychologique et/ou social. La réadaptation utilise un champ étendu d'activités: soins médicaux, activités physiques, soins psychologiques, activités pédagogiques et techniques. L'accessibilité à ces soins doit pouvoir être garantie en dépit du handicap. Cette définition se réfère à la Convention des droits de l'Homme, tant pour garantir l'égalité d'accès à des soins adaptés que pour la prévention de la discrimination.

adaptation serait considérée comme des effets collatéraux d'une profonde transformation identitaire.

CONSTRUIRE UN MODÈLE DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES OBÈSES

A partir de cadres de références de l'OMS,⁸ la réadaptation définit comme « objectif des soins » les atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne.¹¹ Cette définition fait sens pour envisager les soins complexes de l'obésité. Elle propose un processus de soins et de *caring*.¹² Cette approche holistique a pour finalités le bien-être, l'accomplissement de la personne et la prévention des complications. Elle nécessite un espace protégé, du temps, un encadrement de soignants impliqués en interdisciplinarité, au sein d'une éducation thérapeutique et de soins physiques (traitements médicaux, activités physiques adaptées, thérapies corporelles, etc.). Ces conditions favorisent les apprentissages immédiats, puis des expérimentations transposables à la vie quotidienne.

L'insuffisance respiratoire chronique, les maladies cardiovasculaires bénéficient aussi de réadaptation.¹³ Les diabétiques bénéficient également de réadaptation en Suisse.¹⁴ Pour l'obésité, le concept de réadaptation est un chantier qui commence.¹⁵ Penser « réadaptation » permettrait d'activer plusieurs leviers concrets qui agiraient sur les aspects systémiques et la chronicité de l'obésité.¹⁶ Mieux vivre avec l'obésité aujourd'hui est nécessaire, mais pas sans envisager une perte de poids, même minime.¹⁷

ILLUSTRATION D'UNE PROPOSITION DE RÉADAPTATION DES PERSONNES OBÈSES

Le **tableau 3** propose un processus de réadaptation en trois phases cycliques qui intègrent l'idée de chronicité et

Tableau 3. Les trois phases classiques de réadaptation adaptées à l'obésité

Phase 1 : temps de stabilisation clinique et de mise en sécurité

- Hospitalier stationnaire (5 jours)
 - Temps du premier bilan de la personne obèse
- Buts: stabiliser cliniquement et préparer activement le retour à la vie usuelle

Phase 2 : temps de (re)définition de projets et d'expérimentations

- Ambulatoire (journées d'hospitalisation de jour et consultations)
 - Analyse des situations handicapantes et des ressources. Définition du projet de réadaptation. Définition du projet éducatif
 - Réentraînement physique, changements alimentaires, travail psychologique plus intensif, projet social. Travail éducatif en groupe ou individuel. Consolidation du réseau. Petit projet et soutien jusqu'à la phase 3
- Buts: améliorer l'autonomie de la personne
Réduire une situation de handicap. Acquérir des compétences et développer des capacités physiques, améliorer le fonctionnement du psychisme, s'adapter à l'environnement

Phase 3 : temps d'autonomie des patients

- Ambulatoire (journées ou consultations)
 - Temps de soutien, d'évaluation des projets, d'ajustements. Travail éducatif sur les conditions du maintien à long terme et sur le développement du réseau (soins), aménagement de l'environnement, groupes de soutien. Questionnement sur les bénéfices et les perspectives. Prévention de la rechute. Point médical régulier
- Buts: soutenir (valoriser, ajuster, développer). Accroître l'autonomie. Faire durer. Prévoir les nouveaux besoins



Tableau 4. Proposition d'exemples d'adaptation du modèle du handicap à l'obésité¹¹

Déficiences des organes et systèmes	Incapacités	Handicaps
Appareil locomoteur <ul style="list-style-type: none"> Gêne de la flexion du tronc, du déplacement du corps en raison de son volume Traction chronique musculo-ligamentaire 	<ul style="list-style-type: none"> Impossibilité de se baisser, risque de chute Limitations fonctionnelles Limitation des amplitudes maximales des mouvements Difficulté à toucher ou à voir certaines parties du corps 	<ul style="list-style-type: none"> Perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne Hygiène dépendante de tiers Accessibilité difficile aux transports, lieux publics, lieux de travail Restriction d'exercices professionnels Limitation d'accès aux soins Accessibilité des logements et ergonomie inadaptées
Appareil cardiocirculatoire <ul style="list-style-type: none"> Déconditionnement cardiaque Diminution de la perfusion périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> Inaptitude aux efforts prolongés et dyspnée pour des efforts modérés Perte de l'endurance et restriction progressive du périmètre de marche Insuffisance cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation progressivement insuffisante pour réaliser des déplacements sans assistance ou sans risque Épuisement chronique Maladies cardiovasculaires

de soutien.

Un bilan partagé avec les patients peut se préparer en s'inspirant du **tableau 4**, qui applique le «principe de production du handicap» à l'obésité. Les exemples sur les appareils locomoteur et cardiocirculatoire sont proposés parmi d'autres handicaps listés dans le **tableau 5**. A ce stade, un travail interdisciplinaire avec le patient est nécessaire. Il se compose d'entretiens avec des médecins, physiothérapeutes, diététiciens, maîtres de sport, ergothérapeutes, infirmières, psychologues, assistantes sociales, art-thérapeutes. Il permet aux patients de réfléchir, de s'évaluer et de disposer d'une vision globale de leur vie avec leur obésité et de leurs ressources.

Un dernier aspect serait de construire en cours de réadaptation une évaluation interdisciplinaire du logement, des relations familiales, du travail, des besoins d'assistance, des finances pour les transmettre aux personnes concernées (travailleurs sociaux, médecins du travail, psychologues, ergothérapeutes). Le réseau a un rôle d'informations et d'aides qui peut soutenir les apprentissages en cours de réadaptation dès la phase 2.²⁰ Il se constitue des soignants, des aidants de patients et d'associations de quartier culturelles, artistiques, etc. La partie environnementale de la production du handicap¹¹ n'est pas inhérente aux personnes obèses. La réadaptation peut interpeller la société et lui demander de s'en préoccuper, pour sortir de l'exclusion

COCONSTRUIRE SON PROJET DE SOINS AVEC LES SOIGNANTS: S'INTÉRESSER AUX DÉFICIENCES, AUX INCAPACITÉS, AUX SITUATIONS DE HANDICAP

Prenons l'exemple d'aller chercher son pain le matin sans douleurs et en étant moins essoufflé. On peut imaginer un temps d'enseignement portant sur l'analyse de sa situation actuelle et les moyens d'y remédier, une information sur l'activité physique, les conditions à respecter, un petit projet. Ensuite, les objectifs d'un réentraînement à l'effort peuvent être envisagés. Une investigation des ressources, du réseau du patient, le traitement médicamenteux des douleurs peuvent être proposés et discutés. Dans cet exemple limité, sont sollicités: les appareils locomoteur, cardiocirculatoire et respiratoire, le métabolisme énergétique, la motivation, la diététique, les perceptions du corps et l'image de soi.

Il s'agit, dans cet exemple, de reconditionner à l'effort un patient obèse avec la collaboration étroite d'un médecin et d'un maître de sport adapté. Cela permettrait d'éviter des douleurs, un épuisement physique et d'optimiser la perte de poids.¹⁸ Un moment de réflexion après la tâche à réaliser complètera directement l'enseignement issu de l'expérience vécue par le patient. Ces temps clés engagent les patients dans un projet solide de phase 3.¹⁹

L'évaluation du projet coconstruit ouvre sur la «mise en production» à domicile pour une durée négociée avec l'équipe (phase 3). Des bénéfiques associés peuvent apparaître, favorisant ainsi la perte de poids. Les patients auront pu construire et vivre aussi un moment de transformation qui leur redonne confiance et transforme leur image.

Tableau 5. Aperçu des situations de handicap en cas d'obésité

Alimentation Obsessions alimentaires, déstructuration du rythme des repas, difficulté de choix alimentaires, recettes familiales, banquets et sollicitations publiques
Activités sportives Inconfortables, épuisantes. Matériels inadaptés, insuffisants
Hygiène corporelle Difficulté à assurer les besoins de base
Sommeil Inconfort, ronflement, apnées, appareillage
Habillement Difficulté à trouver des habits, à s'habiller
Santé Système de santé ne prenant pas en charge les soins nécessaires à l'obésité. Temps de soins médicaux répétés. Limitation d'accès à certains appareils, prise de sang, soignants spécialisés peu nombreux
Logement Taille des pièces, des sanitaires, du mobilier inadapté
Travail Discrimination, restriction de choix, locaux, transports pour s'y rendre, affirmation de soi diminuée
Famille Jugements, sexualité, alimentation et éducation des enfants, jeux limités, image de soi. Solitude et repli
Vie sociale Discrimination, locaux, mobiliers, transports inadaptés
Dépenses financières Supérieures pour les besoins de base. Difficulté de faire des prêts bancaires et de s'assurer, y compris pour la santé

des personnes dont la valeur ne devrait pas être à démontrer, comme le souligne l'OMS.²¹

CONCLUSION

Les patients obèses ont besoin d'une réadaptation physique, d'une réhabilitation de leur image corporelle et d'une meilleure acceptation sociale. Ils pourraient bénéficier d'une éducation thérapeutique, associée à une réadaptation. Cela leur permettrait de résoudre leurs situations de handicap, d'améliorer leur qualité de vie, d'apprendre à gérer leur maladie chronique, d'éviter des complications et de sortir de leur isolement. Si la perte de poids reste nécessaire, elle ne devrait pas être le seul objectif à atteindre. La société aurait des bénéfices à cette évolution des soins de l'obésité, notamment en réduisant les situations d'inégalité des personnes obèses dans la vie sociale. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > La perte de poids, même minime, reste un objectif de santé important
- > L'éducation thérapeutique du patient et la réadaptation permettent de se décentrer de l'obsession de la perte de poids et de travailler à l'amélioration des organes, des systèmes et des situations de handicap qui développent, maintiennent et aggravent l'obésité
- > Cet abord différent pourrait réduire aussi les inégalités sociales des personnes obèses

Adresse

Drs Frédéric Sittarame, Monique Chambouleyron,
Zoltan Pataky et Stéphanie Vergotte
Grégoire Lager, Dr es Sciences
Aline Lasserre-Moutet, psychopédagogue
Catherine Joly, infirmière
Pr Alain Golay
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies
chroniques
Centre collaborateur de l'OMS
Département de médecine communautaire,
de premier recours et des urgences
HUG, 1211 Genève 14
frederic.sittarame@hcuge.ch
alain.golay@hcuge.ch

Bibliographie

- 1 Shift. The Shift obesity system influence diagram. Consulté online www.shiftn.com/obesity/zoom-map.html. Février 2014.
- 2 Charmillot M, Lager G, Lasserre-Moutet A, Golay A. Comprendre l'expérience de vie des personnes obèses: un apport pour l'éducation thérapeutique du patient. *Rev Med Suisse* 2011;7:686-90.
- 3 Gaillard S, Barthassat V, Pataky Z, Golay A. Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses. *Rev Med Suisse* 2011;7:695-9.
- 4 Guide pratique de prise en charge de l'obésité des adultes. Paris: Editions HAS, 2012.
- 5 * Chambouleyron M, Reiner M, Gaillard S, et al. Education thérapeutique du patient obèse, une approche de la complexité. *Obésité* 2012;7:199-204.
- 6 ** Wirocius JM. Quel sens donner à la réadaptation? L'apport de la linguistique. *Journal de réadaptation médicale* 2012;32:4-18.
- 7 Barral C. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste* 2007;2:231-46.
- 8 WHO/OMS. Rapport mondial sur le handicap. Genève: Editions de l'OMS, 2012.
- 9 D'Ivernois J, Gagnayre R. Compétences d'adaptation à la maladie du patient: une proposition. *Educ Ther Patient* 2011;3(Suppl.):S201-5.
- 10 Bonino S. Vivre la maladie. Paris: De Boeck, 2011.
- 11 Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côté J, St-Michel G. Classification québécoise du processus de production du handicap. Lac St Charles: RIPPH/ SCCIDIH, 1998.
- 12 Watson J, Foster R. The attending nurse Caring model: Integrating theory, evidence and advanced Caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs* 2003;12:360-5.
- 13 Schwaab B, Waldmann A, Katalinic A, Sheikhzadeh A, Raspe H. In-patient cardiac rehabilitation versus medical care, a prospective multicentre controlled 12 months follow-up in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2011;18:581-6.
- 14 DIAfit. Accueil. DIAfit. Consulté online www.diafit.ch. Février 2014.
- 15 Clini E, Prato F, et al. Interdisciplinarity rehabilitation in morbidly obese subjects: An observational pilot study. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006;2:89-95.
- 16 Jensen M. ACC/AHA/TOS: Guideline for the management of overweight and obesity in adults. Consulté en ligne: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437739.71477.ee.citation>. Février 2014.
- 17 Pataky Z, Bobioni-Harsch E, Golay A. Les modifications minimales du poids corporel influencent le profil cardiometabolique. *Rev Med Suisse* 2012;8:670-2.
- 18 Brun JF, Jean E, Flavier S, Mercier J. Réentraînement des maladies métaboliques ciblé individuellement par la calorimétrie d'effort. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 2011;520-7.
- 19 Bouchard C, Tremblay A, Nadeau A, et al. Long-term exercise training with constant energy intake. Effect on body composition and selected metabolic variables. *Int J Obes Relat Metab Disorders* 1990; 14:57-73.
- 20 INSERM. Unité 379. La prise en charge du surpoids et de l'obésité par le médecin généraliste en région PACA. La lettre du site ORS PACA, 2005.
- 21 ** WHO/OMS. Actes de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. L'alimentation et l'exercice physique pour la santé. Istanbul: Editions de l'OMS, 2006.

* à lire

** à lire absolument