

## LA REEDUCATION PHYSIQUE DU PATIENT OBESE ET ARTHROSIQUE EST-ELLE POSSIBLE ?

Jacques VAILLANT

Kinésithérapeute, PhD, HDR, Chercheur-associé Université Grenoble-Alpes  
Ancien directeur du département de kinésithérapie de l'UFR de médecine

Pour répondre à cette question, il est préalablement nécessaire de définir la rééducation et plus particulièrement la kinésithérapie, de comprendre le concept de conséquences de la maladie, de définir les conséquences de l'obésité et de l'arthrose pouvant être « rééduquées » et enfin de faire l'état des lieux des niveaux de preuve scientifique des techniques proposées.

Le kinésithérapeute est une des sept professions de rééducation (Décret n° 2011-746 du 27 juin 2011). La définition législative de 2017 de la kinésithérapie (Code de la santé publique, article L. 4321-1) stipule : « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :*

- 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
- 2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles.[...] »

Cette définition reprend le concept défini par l'Organisation Mondiale de la Santé de Conséquence de la maladie [1], réaffirmé et réaffiné en 2002 [2]. En effet, la rééducation physique n'agit que très peu sur la pathologie elle-même, mais vise à réduire les conséquences, potentielles ou avérées, des pathologies.

### CONSEQUENCES DE L'OBESITE

L'arthrose est une des conséquences de l'obésité, mais ce n'est pas la seule conséquence physique pouvant nécessiter une prise en charge par un kinésithérapeute. Le diabète (et ses éventuelles complications neurosensorielles au niveau des extrémités des membres), les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance veineuse sont également des conséquences courantes, pouvant bénéficier de rééducation. Des travaux plus spécifiques centrés sur les troubles physiques associés à l'obésité ont mis en évidence des perturbations du schéma corporel et du contrôle de l'équilibre.

### CONSEQUENCES DE L'ARTHROSE

- Les conséquences de l'arthrose, notamment des membres inférieurs ou du rachis, sont multiples :
- Douleur
- Déficit musculaire (tout particulièrement des muscles péri-articulaires)
- Déficit de mobilité
- Déficit sensori-moteur
- Déficit d'équilibre (arthroses des membres inférieurs et du rachis)

Secondairement, les patients atteints d'arthrose peuvent développer un syndrome de déconditionnement ou une kinésiophobie souvent liée à des croyances infondées sur les effets du mouvement ou de l'activité physique.

Hormis pour les patients ayant une pathologie cardiovasculaire non stabilisée, les recommandations placent l'exercice physique au cœur de la prise en charge [e.g. 3 ; 4 ; 5] intégrant un programme multi-techniques associant le renforcement musculaire local (adapté aux particularités du patient et de ses atteintes) (Niveau de preuve A) et le reconditionnement aérobie (Niveau de preuve D). Le travail proprioceptif et de l'équilibre est également un axe clé (Niveau de preuve A).

Les mobilisations et les étirements sont considérés comme des compléments pertinents, tout particulièrement dans les arthroses des membres inférieurs (Niveau de preuve D). L'électrothérapie de type TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) est un adjuvant intéressant.

L'éducation du patient, en collaboration avec les autres professions de santé, est également fondamentale. Elle vise à corriger les croyances infondées scientifiquement qui concourent à inscrire le patient dans un cercle vicieux de douleur-kinésiophobie-déconditionnement.

L'accompagnement de l'amaigrissement, proposé pour diminuer les contraintes sur les articulations portantes et pour diminuer les processus inflammatoires, est également un axe de la prise en charge kinésithérapique. En effet, les modifications corporelles liées à l'amaigrissement sont gérées conjointement par les différents professionnels de santé, parmi lesquels les kinésithérapeutes ont pour cœur d'activité la redécouverte du corps (reprogrammation sensori-motrice – travail proprioceptif), le renforcement des groupes musculaires qui ont été étirés par la masse graisseuse intra-abdominale (gainage musculaire du tronc et du bassin), le développement de l'équilibre et encourager, l'accompagnement du réentraînement (conjointement avec les éducateur en Activité Physique Adaptée) et le conseil dans le développement d'un mode de vie plus actif.

## **EN CONCLUSION**

La rééducation de patient obèse et arthrosique est non seulement possible, mais indispensable. L'amélioration fonctionnelle liée à la perte de poids est démontrée [6]. Les travaux de recherche démontrent une bonne efficacité de ces techniques de kinésithérapie visant les conséquences de ces pathologies et appliquées conjointement [6]. Elles permettent de réduire significativement les conséquences de ces pathologies, de concourir à l'amélioration de l'état de santé et à améliorer la fonction et la qualité de vie de ces patients.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale du Handicap, 1980.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et du Handicap, 2002.
- [3] Altman, R. D., & Lozada, C. J. (1998). Practice guidelines in the management of osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*, 6, 22-24.
- [4] NICE. Osteoarthritis: care and management. Clinical guidelines [CG177], 2014.
- [5] Zhang, W., Moskowitz, R. W., Nuki, G., Abramson, S., Altman, R. D., Arden, N... & Dougados, M. (2008). OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and cartilage*, 16(2), 137-162.
- [6] Bliddal, H., & Christensen, R. (2006). The management of osteoarthritis in the obese patient: practical considerations and guidelines for therapy. *Obesity reviews*, 7(4), 323-331.