

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Travail soutenu par :

Centre d'Étude et de
Recherche sur l'Obésité
et la Nutrition en PACA

CSO PACA



PLACE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE DANS LE PARCOURS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

PARTAGE D'EXPÉRIENCE EN S'APPUYANT SUR L'ANALYSE DES ÉTUDES DE CAS

Coordinateur

Sébastien Le Garf (PhD), docteur en sciences de la vie et de la santé, enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA), coordinateur de projets régionaux au centre d'expertise sur l'obésité en PACA

Groupe de travail

Bastien Ceci (MSc), enseignant en APA du centre spécialisé de l'obésité PACA-Ouest, AP-HM

Meghann Monnet (MSc), enseignante en APA, service de chirurgie bariatrique à l'Hôpital La Casamance, Aubagne

Yann Ribes (MSc), enseignant en APA, service de chirurgie bariatrique à l'Hôpital St Joseph, Marseille

Mathilde Segalen (MSc), enseignante en APA du centre spécialisé de l'obésité PACA-Est, CHU Nice

Membres experts – Révision

Marine Asselin (PhD), docteur en STAPS, enseignante en APA, Orléans

Pr Aurélie Baillot (PhD), docteur en STAPS, enseignante en APA, professeure à l'université du Québec en Outaouais, Canada

Thibaut Batisse (MSc), enseignant en APA, coordinateur administratif du Groupement de Coordination et de Concertation des CSO en France et du CSO au CHRU de Nancy

Dr Virginie Castera (MD), endocrinologue, Hôpital St Joseph, Marseille

Pr Claire Carette (PhD, MD), médecin nutritionniste, AP-HP, Paris

Pr Antonio Iannelli (PhD, MD), chirurgien digestif, CHU Nice

Préambule

Les pratiques professionnelles ont été discutées et rédigées par les enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA) participants à l'expérimentation PacO* pour les EAPA intervenant dans le parcours de la chirurgie bariatrique. Devant la difficulté rencontrée par ces professionnels dans le parcours préopératoire et le suivi postopératoire (i.e., souvent un seul EAPA sur le lieu de travail compromettant des échanges entre pairs, difficulté à être identifié dans l'équipe pluridisciplinaire et manque de formation sur ce public), un comité de travail a été constitué en septembre 2021 en vue de partager leur savoir expérientiel au travers d'études de cas. Ce guide s'appuie principalement sur ce partage d'expérience des EAPA du projet PacO, néanmoins, il présente modestement les connaissances scientifiques dans ce domaine (annexe 1).

Chers lecteurs, si vous souhaitez aller plus loin dans les données issues de la littérature scientifique, nous vous suggérons une récente méta-analyse d'Alice Bellicha et collaborateurs publiée en 2021 :

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13296>.

Cette synthèse apporte des preuves et recommandations du groupe de travail sur l'activité physique de l'Association Européenne pour l'Étude de l'Obésité (EASO) :

<https://easo.org/important-new-recommendations-on-exercise-training-in-the-management-of-overweight-and-obesity-in-adults/>).

* Expérimentation article 51 concernant le parcours de chirurgie bariatrique (cf. article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, 2018). L'article 51 permet au terrain de proposer une innovation de l'offre de soins. Il donne la possibilité de pousser les lignes tout en gardant l'objectif de soigner au mieux le patient en adéquation avec la notion du « juste soin ». L'objectif de l'article 51 PacO est en partie de prendre en charge financièrement les actes de soins hors droit commun.

Méthodologie

Cinq principales réunions ont permis de souligner le travail de terrain et d'effectuer un échange des pratiques professionnelles autour de cas cliniques sur l'année 2021-2022. À savoir, en additionnant les prises en charges des 4 EAPA du groupe de travail, c'est environ 650 patients qui sont suivis par an.

Questions posées dans l'élaboration de ce travail basé sur le savoir expérientiel des EAPA :

- Quelles seraient les « bonnes pratiques » en activité physique adaptée (APA) en contexte de chirurgie bariatrique ?
- Quelle est la place de l'EAPA dans le parcours de soins en chirurgie bariatrique ?
- Comment déconstruire les idées reçues face à la pratique d'activité physique et aux comportements sédentaires chez le patient de chirurgie bariatrique ?
- Comment conseiller et amener le patient vers une pratique procurant du plaisir en vue d'une pérennisation de la pratique d'activité physique régulière avant et après la chirurgie bariatrique ?
- Comment orienter et quel est le réseau de proximité à solliciter en vue de maintenir les changements de mode de vie relatif à l'activité physique (e.g., maison sport-santé) ?

Sommaire

1	INTRODUCTION	1
	1.1 Etat des lieux: épidémiologie	1
	1.2 Recommandations HAS 2009 et feuille de route obésité 2019-2022	2
	1.3 Prise en charge pluridisciplinaire: clé de la réussite	4
2	PLACE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE	6
	2.1 Qu'est-ce que l'APA ?	6
	2.2 Différents intervenants en APA	7
3	DÉMARCHE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENSEIGNANT EN APA	8
	3.1 L'EAPA dans le parcours de chirurgie bariatrique	10
	3.2 Déroulé : méthodologie et outils	12
4	CAS CLINIQUES	14
	4.1 Prise en charge du patient en préopératoire par l'EAPA	14
	4.1.1 Patient type (60% des cas)	14
	4.1.2 Patient avec la volonté de pratiquer une activité physique et sportive à visée de performance (10-15% des cas)	19
	4.1.3 Patient avec une maladie ostéoarticulaire invalidante	22
	4.1.4 Patient avec une obésité supra-morbide (IMC>50)	26
	4.1.5 Patient pour une réfection d'une chirurgie bariatrique	29

4.2	Prise en charge du patient en postopératoire par l'EAPA	31
4.2.1	Patient fréquent (60-80% des cas*)	32
4.2.2	Patiente avec un projet de grossesse	35
4.2.3	Patient avec atteinte cutanée	39
4.2.4	Patient sarcopénique (< 10%, sous-estimé dû à une investigation insuffisante)	42
4.2.5	Patient présentant un transfert d'addiction : bigorexie	45

5 CONCLUSION & PERSPECTIVE 48

6	RESSOURCES & ORIENTATION 49
	Annexe 1 : analyse de la littérature 50
	Annexe 2 : proposition d'un bilan des freins fréquents à la pratique d'activité physique et des réponses primaires à apporter au regard des cas cliniques précédemment présentés. 51
	Annexe 3 : stades de Prochaska dans le contexte de la pratique d'activité physique (Société Française Sport-Santé) 52
	Annexe 4 : guide d'entretien en APA 53
	Annexe 5 : activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques, INSERM 2019 56

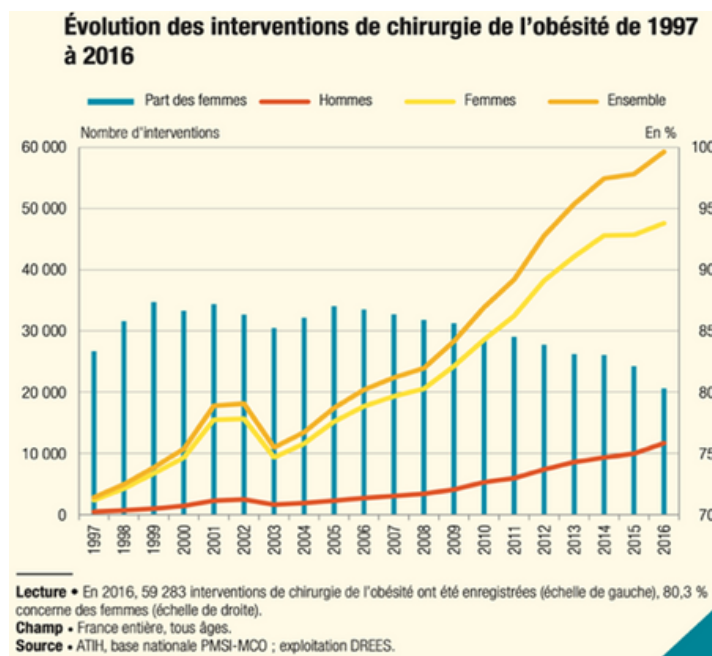
1 INTRODUCTION

1.1 Etat des lieux : épidémiologie

L'obésité n'est plus considérée comme un simple facteur de risque, susceptible d'engendrer des pathologies, mais comme une maladie à part entière et en plein essor (OMS 1997) avec des recommandations de prise en charge (HAS 2011 « premier recours » et HAS 2022 « 2ème et 3ème recours »). Elle n'est néanmoins pas reconnue comme une affection de longue durée (ALD-30). Elle représente par ailleurs une dépense de 2,8 milliards d'euros en soins de ville et 3,7 milliards d'euros à l'hôpital (feuille 2019-2022).

L'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, dite Obépi-Roche, a été menée tous les trois ans depuis 1997 – à l'exception de la période 2012-2020, faute de financement. Elle est réalisée auprès d'un échantillon d'environ 12 000 Français interrogés par Internet et présente une extrapolation des résultats en nombre de Français. Les données sont déclarées et non mesurées. Sous cette réserve, la prévalence de l'obésité augmente de deux points, en passant de 15 % en 2012 à 17 % en 2020.

Parmi les trois catégories d'obésité, notons la forte augmentation de l'obésité massive (IMC > 40) qui passe de 1,2 % de la population à 2 % en huit ans. Selon les critères d'admissibilité, cette catégorie est la plus fréquemment retrouvée dans le parcours de chirurgie bariatrique (HAS 2009 : critères d'éligibilité). Ce constat reflète l'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales.



Le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique a été multiplié par plus de 20, passant de 2 800 en 1997 à 59 300 en 2016. Les femmes représentent près de 75 % des patients opérés (chiffre issu de la cohorte PacO, n=2100), elles manifestent une atteinte psychosociale et sont à la recherche d'un accompagnement pluridisciplinaire.

L'âge moyen est de 41,6 ans en 2016 et la plupart des patients ont entre 25 et 54 ans (Base nationale PMSI-MCO, exploitation DRESS 2018).

Près de 50% des patients n'ont plus de suivi cinq ans après la chirurgie bariatrique. Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2018, plusieurs facteurs expliquent ces difficultés : absence de prise en charge par l'assurance maladie de certaines prestations essentielles (e.g., consultations de diététiciens ou de psychologues, activité physique adaptée, supplémentation vitaminique...), insuffisance de la coordination ville-hôpital et difficultés d'adhésion du patient en période postopératoire.

1.2 Recommandations HAS 2009 et feuille de route obésité 2019-2022

En 2016, 26 % des interventions correspondaient à des bypass gastriques et 58 % à des sleeve-gastrectomies (DRESS 2018).

Techniques usuelles :

- Bypass Gastrique (BPG) : apparue début des années 1970, création d'une poche gastrique d'environ 20-30 ml, reliée au reste de l'intestin par le biais d'une anse en Y comprenant une anse alimentaire (i.e., longueur variable entre 70 cm et 150 cm) et une anse bilio-pancréatique (i.e., longueur variable entre 30 cm et 100 cm). Cette intervention a une composante majeure de restriction constituée par le volume de la poche gastrique et le diamètre de l'anastomose gastro-jéjunale et une composante de malabsorption constituée par le montage en Y.
- Sleeve Gastrectomie (SG) : apparue début des années 2000, elle représente 2/3 des indications. Elle comprend une gastrectomie longitudinale calibrée sur une sonde endoluminale (i.e., 40 Fr) et démarrée à une distance de 2 - 6 cm du pylore. Elle transforme l'estomac en un tube étroit. Le fundus (i.e., zone principale de sécrétion de ghréline) est retiré.

Décision à l'indication, trois conditions à prendre en compte :

- Excès de poids ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec au moins une comorbidité notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, SAOS et autres troubles respiratoires sévères, diabète de type 2, maladies ostéoarticulaires invalidantes, NASH) ;
- Échec des tentatives de pertes de poids antérieures ;
- Compréhension des enjeux de cette intervention.

Considération des cas particuliers : adolescent (> 15 ans, échec de la prise en charge pluridisciplinaire > 1 an, croissance terminée, parcours préopératoire > 1 an, 2 RCP à 1 an d'intervalle) ; senior (> 60 ans et sans perte d'autonomie) ; femme avec projet de grossesse à court terme (> 12 mois post-opératoire, suivi obstétrical et nutritionnel).

Contre-indications sont listées dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Vingt fois plus. C'est le facteur de multiplication d'interventions chirurgicales visant à traiter l'obésité pratiquées en France depuis ces 20 dernières années. Ces interventions s'avèrent invasives et nécessitent d'avoir un accompagnement pluridisciplinaire. La Haute Autorité de Santé (HAS 2009) préconise par exemple de prescrire la chirurgie bariatrique aux patients qui présentent un risque de comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie et la recommande en deuxième intention « après échec d'un traitement médical, nutritionnel, d'activité physique, diététique et psychothérapeutique bien conduit au moins 6 mois ».

Or, l'IGAS alertait en 2018 sur le non-respect de ces recommandations. La feuille de route « prise en charge de l'obésité » 2019-2022, dont émaneront les futures recommandations de bonnes pratiques en chirurgie bariatrique de la HAS (prévues fin 2023), vise une meilleure optimisation du parcours de soins en chirurgie bariatrique, en assurant une prise en charge coordonnée et précise, notamment l'enjeu :

AXE 1

Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés.

AXE 2

Renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence.

Environ 20 % des patients ayant bénéficié d'un BPG ont une perte de poids sous-optimale (≤ 50 % de l'excès de poids) un an postopératoire (Amundsen et al., 2017). De plus selon la même étude, 50 % des patients ont une reprise de poids mesurée au cours des deux années suivant la chirurgie, avec environ un tiers présentant une reprise de poids excessive (≥ 25 % de la perte de poids total) à 2 ans et plus. Toutefois ce résultat est à nuancer avec l'étude plus récente LABS-2 (Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery) de Courcoulas et collaborateurs en 2018. La perte de poids moyenne sur 7 ans était de 28,4 % avec une reprise de poids après 3 ans de 3,9 % dans le contexte d'un BPG.

1.3 Prise en charge pluridisciplinaire: clé de la réussite

Selon la sociologue, Pr C. Perrin, le secteur sanitaire est confronté à l'impossibilité de répondre à son idéal de guérison, mais aussi d'assumer une intervention continue dans la vie du malade. Elle normalise ainsi des situations qu'elle ne peut supprimer et déléguer les soins aux patients et à leur entourage, tout en leur recommandant une transformation des habitudes de vie. Nous assistons alors de plus en plus en France à l'apparition d'une nouvelle organisation des soins et à l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles en réseau pour permettre des interventions de proximité sur le lieu de vie des patients (e.g., Maison Santé Pluridisciplinaire (MSP), Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), Maison Sport-Santé, ...).

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) en fait une priorité en positionnant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) au cœur du parcours de soins.

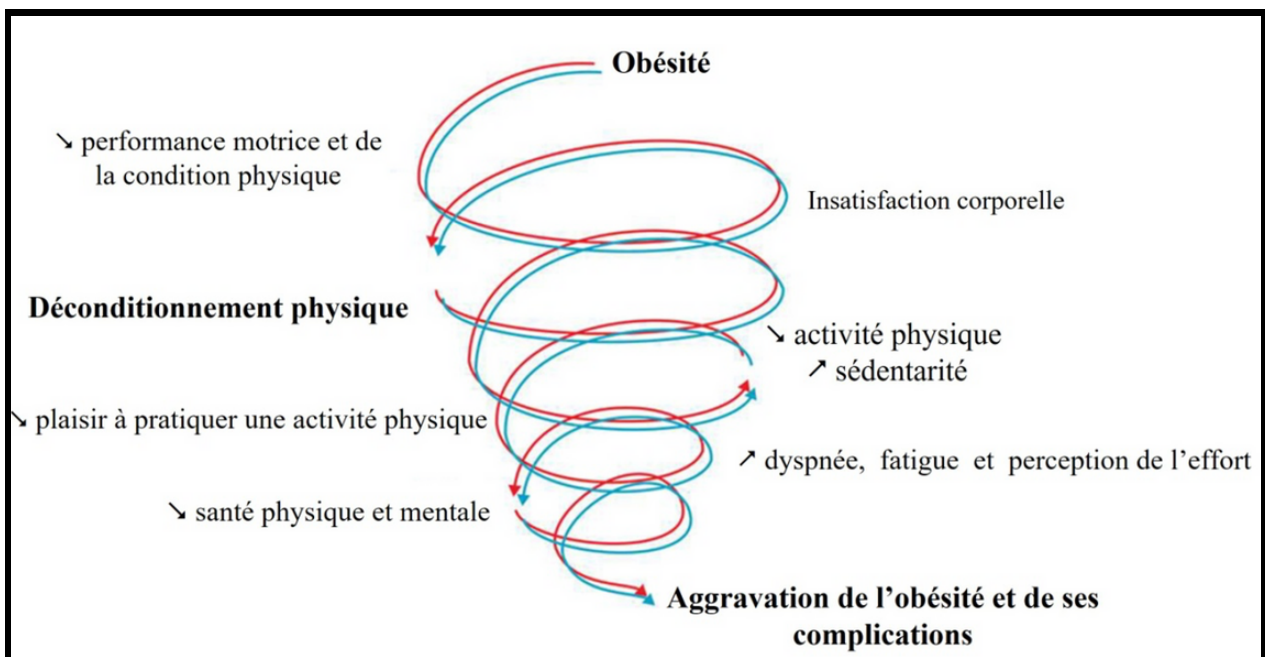
Les patients sont amenés à modifier leurs croyances et leurs représentations vis-à-vis de la maladie et de son traitement. L'approche est globale, centrée sur le patient à qui est proposé de changer « par lui-même » les habitudes de vie (i.e., modifications thérapeutiques du mode de vie, MTMV) qui ont un impact sur cette maladie (O. Ziegler et al., 2014). La démarche éducative tient compte des besoins, des objectifs et du vécu du patient tout en restant conforme à un référentiel de bonnes pratiques. Qui plus est, la prise en charge de l'obésité doit être une approche globale de la personne qui vise le mieux-être et ne se limite donc pas à des objectifs pondéraux. Les pathologies chroniques, dont l'obésité, représentent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur prévalence, de leur augmentation régulière, de leur charge de morbidité et de l'augmentation dramatique des risques d'incapacité et de dépendance. En effet, ces pathologies impactent négativement l'activité physique habituelle et spontanée des patients. En retour, l'inactivité physique et les comportements sédentaires aggravent les morbidités directes ou associées ainsi que la mortalité.



Dans ce contexte, l'INSERM en 2019 a réalisé une expertise collective sur la prévention.

➡ **Pour aller plus loin :** <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>

L'enjeu est de rompre la spirale vicieuse de déconditionnement physique :



Cercle vicieux du déconditionnement chez l'adulte avec une obésité (Baillot et Romain, 2020)

2 PLACE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Aujourd'hui, seulement 5% de la population adulte a une activité physique suffisante et un comportement sédentaire ayant un moindre risque sanitaire (i.e., chaque tranche de 2h par jour passée devant la télévision augmente le risque d'obésité de 23% selon Hu et al., 2003). En effet, 95% de la population française adulte est exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique et/ ou un temps trop long passé assis. Ces risques sont majorés lorsque le manque d'activité physique et l'excès de sédentarité sont cumulés (Ekelund et al., 2019) et ceci concerne plus de la moitié des adultes (Saidj et al., 2015).

2.1 Qu'est-ce que l'APA ?

Définition selon la Société Française des Professionnels en APA (SFP-APA) :

Le concept d'« Activité Physique Adaptée » (APA), né au Québec en 1973, ne doit pas se confondre avec les supports d'intervention que sont les « activités physiques adaptées » (au pluriel et en minuscule). Alors que les activités physiques adaptées représentent l'ensemble des activités physiques et sportives, ludiques ou artistiques, adaptées aux pratiquants, le concept d'APA constitue davantage une intervention professionnelle complexe et probante, mise en œuvre par les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les Enseignants en APA (EAPA) selon les recommandations de la HAS 2022.

Ici, nous nous intéressons aux EAPA étant à l'interface du milieu sanitaire et sportif. Ils relèvent d'une formation universitaire spécifique. L'EAPA mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins spécifiques des individus et leur environnement, afin de concevoir des dispositifs et des projets d'intervention. L'EAPA met en œuvre ses compétences d'enseignement des activités physiques adaptées afin de mobiliser les déterminants bio-psycho-sociaux de la personne pour l'accompagner dans son projet d'activité physique.



Pour aller plus loin : <https://www.sfp-apa.fr/activite-physique-adaptee/eapa>

2.2 Différents intervenants en APA

Entre appuis biomédicaux d'intervention directe sur la condition physique et appuis psychosociaux, qu'ils soient cognitifs, motivationnels et culturels, les EAPA se distinguent de ces autres professionnels (i.e., décret n°2016-1990) qui assurent principalement des actes de rééducation ou de l'éducation sportive. Nous pouvons également souligner que ces différents professionnels interviennent en complémentarité selon le niveau de sévérité de l'atteinte fonctionnelle, cognitive et/ ou psycho-sociale de la personne :

Limitations		Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Métiers					
Bac +3 à Bac +5 Professionnel de santé	Masseurs kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
	Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leurs champs de compétences respectifs)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Bac +3 à Bac +8 Faculté STAPS	Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Brevet professionnel voire Diplôme d'État	Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
	Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+(1)	non concernés
	Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+(1)	non concernés

3 DÉMARCHE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENSEIGNANT EN APA

L'intervention de l'EAPA est reconnue et codifiée, en faisant partie des compétences recommandées dans les services de soins médicaux et de réadaptations (SMR), anciennement, soins de suite et de réadaptation (SSR). Récemment, la légitimité de l'APA et des professionnels formés spécifiquement à cette discipline a pu être renforcée dans le domaine sanitaire par son intégration dans l'article 144 de la loi de santé 2016 relative à la prescription de l'activité physique auprès les patients en affection de longue durée (ALD). Le métier d'EAPA y est explicitement cité, ainsi que la formation en Licence STAPS APA-S. Plus récemment, le métier d'EAPA a fait un grand pas avec sa reconnaissance par le ministère de la santé dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH). L'EAPA détient ses compétences d'intervention professionnelle spécifiques de ses connaissances en sciences de l'éducation et de la pédagogie acquises durant sa formation initiale. Ainsi, il utilise une pédagogie différenciée afin d'adapter son intervention à chaque individu du point de vue biologique, psychologique et social (SFP-APA 2018). Il se base sur les ressources, les freins et les capacités des individus. Ainsi, l'EAPA apporte cette valence à l'équipe pluridisciplinaire dans laquelle il tend de s'intégrer. Son travail sur le terrain prend alors diverses formes selon le public concerné, le projet institutionnel, l'équipe pluridisciplinaire, les lieux de pratique et les activités physiques adaptées possiblement mises en place.

Sans être ni spécifiques, ni exhaustifs, ces exemples permettent d'illustrer les missions générales que ces professionnels peuvent poursuivre :

- Optimiser la motricité et les déterminants de la condition physique d'un individu, par le biais de l'activité physique adaptée afin de lui permettre de maintenir ou développer sa qualité de vie ;
- Stimuler la motivation autodéterminée des individus pour l'adoption d'un mode de vie actif au quotidien et régulier ;
- Accompagner les individus par une intervention soutenant le plaisir dans l'activité physique et la participation sociale afin de favoriser des représentations de soi positives (i.e., confiance en soi, estime de soi, etc.) ;
- Amener à un changement des comportements liés à la sédentarité afin de réduire les facteurs de risque qui y sont associés ;
- Mettre en place pour un individu les conditions environnementales et sociales optimales en établissant un réseau d'acteurs sur le territoire, afin de réduire les inégalités d'accès à la pratique et permettre sa poursuite ;
- Maintenir, rétablir ou améliorer les capacités d'action et d'interaction de l'individu, dans le but de favoriser et développer son autonomie.

COMPÉTENCES SOCLES DE L'EAPA :



Mobiliser les connaissances et ressources des sciences et techniques de l'activité physique en faveur de la santé, de l'autonomie et/ou de la participation sociale d'une population aux besoins spécifiques

Adopter une méthodologie probante pour évaluer les besoins, les attentes et les capacités des pratiquants en considérant leur état clinique



Relier les caractéristiques des populations cibles aux effets attendus de la pratique physique et rendre compte de son activité professionnelle, faire des propositions de régulation de la prise en charge

Élaborer, planifier et dispenser un programme individualisé en adaptant les activités physiques sportives ou artistiques aux besoins des pratiquants et selon les moyens disponibles



Réaliser et formaliser des bilans de l'intervention en APA en intégrant un parcours de soins coordonné auprès d'une équipe pluridisciplinaire



Pour aller plus loin : Fiches métiers de l'EAPA dans la FPH

<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/conseil-aux-personnes-et-education-physique-34>



Finalement, l'EAPA participe à la conception du projet thérapeutique du patient en situant ses actions dans une approche écosystémique : politique, institutionnel, de prévention, de réadaptation, d'intégration...

➡ **Pour aller plus loin :** Code de déontologie de l'EAPA
https://www.sfpapa.fr/assets/fichiers/blog/2819/Code_de_deontologie_Enseignant%20en%20APA_SFP-APA.pdf

3.1 L'EAPA dans le parcours de chirurgie bariatrique

L'obésité, de manière générale, entraîne un nombre important de dérèglements physiques et psychosociaux et est associée à l'apparition de maladies métaboliques. L'activité physique fait désormais partie intégrante de la prise en charge de ces pathologies. Aujourd'hui, un EAPA salarié est présent dans plus de 60 % des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO). Par ailleurs, la quasi-totalité des CSO collaborent avec des professionnels en APA. Cette discipline fait effectivement partie intégrante de ces centres de ressources au même titre qu'un suivi diététique et psychologique.

Selon la littérature actuelle, les interventions en activité physique sont indiquées et indispensables dans le parcours pré et post-chirurgicales chez les personnes vivant avec une obésité (Baillot et al., 2022). Pour ce faire, l'EAPA met en place une démarche éducative en considérant le caractère évolutif de la maladie de l'obésité d'autant plus dans ce parcours de chirurgie bariatrique. Les modalités de cette approche sont choisies en fonction des caractéristiques du patient et de son histoire, mais aussi des moyens disponibles. Elles sont personnalisées, tout en respectant des principes généraux : état clinique, capacité physique et modèle FITT-VP (ACSM 2011 & 2013).

L'objectif principal du professionnel est d'accompagner le patient vers un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire, en :

- Connaissant les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé et les inconvénients de l'inactivité physique et de la sédentarité ;
- Identifiant les freins et les leviers à une activité physique régulière (e.g., manque de motivation, douleurs, manque de temps, préférences de la personne...) ;
- Repérant les moyens d'augmenter son activité physique dans la vie quotidienne (e.g., environnement physique, soutien social, ATCD de pratique physique, ...) ;
- Connaissant les conditions de sécurité à la mise en place d'un programme APA.

Considérer les limitations fonctionnelles limitantes à la réalisation d'une activité physique :

- Essoufflement précoce et disproportionné à l'effort, c'est-à-dire, les altérations des capacités cardiorespiratoires : dyspnée à l'effort, insuffisance respiratoire (e.g., réduction de l'éjection systolique, ...), diminution de la flexibilité métabolique (Glaves et al., 2021)
- Fatigabilité précoce : à cause du poids, de cette altération cardiorespiratoire, des complications du métabolisme oxydatif et du système neuromusculaire (Mehta et al., 2015)
- Atteinte mécanique avec la détérioration ostéoarticulaire : arthrose en particulier, les gonarthrose et faiblesse musculaire notamment au niveau du dos par conséquent atteinte de l'état postural avec risque de dorsalgie (Fernandes et al., 2020 ; Heuts et al., 2021)

L'EAPA s'intéresse d'autant plus à la relation au corps :

- Identifier les effets de l'activité physique sur le bien-être et comprendre l'intérêt d'investir son corps (d'en prendre soin au lieu de le rejeter) ;
- Repérer les bienfaits de l'activité physique (en termes d'équilibre psychique via le lien social, l'amélioration de la confiance en soi, l'estime de soi et l'image de soi, la décharge d'agressivité...) ;
- Travailler sur les représentations en sortant de la logique « activité physique pour dépenser des calories/maigrir » au profit de la recherche du bien-être physique et psychique et « la pratique est seulement sportive » en faveur d'une recherche de possibilités dans son quotidien pour tendre vers un mode de vie physiquement plus actif ;
- Identifier les sensations corporelles dues à des tensions psychiques en vue d'une recherche de la satisfaction personnelle et le plaisir au détriment de la contrainte, de l'obligation et de la performance.

Cas de l'entretien motivationnel : balance décisionnelle (annexes 2 et 3)

Lors de l'entretien individuel en préopératoire qui doit se mener le plus tôt possible dans le parcours, l'EAPA s'assure de faire ressortir les éléments de son bilan :

- Mode de vie (e.g., mode de déplacement, profession, vie de famille, ...)
- Représentations des activités physiques et/ ou sportives,
- Comportement sédentaire,
- Soutien social,
- Prise de plaisir à la pratique physique.

Ce bilan se doit être le plus complet possible en utilisant si souhaité la feuille de route en annexe 4. A l'issue de cette première évaluation, l'EAPA fixera le nombre d'entretien individuel nécessaire à la préparation à la chirurgie. Les éléments de ce diagnostic seront analysés lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Quel est le rôle de l'EAPA dans la décision pluridisciplinaire ?

- Avis défavorable à la chirurgie bariatrique
- Avis favorable à la chirurgie bariatrique

Préconisation : Il est recommandé que l'EAPA intervienne dans la décision pluridisciplinaire au moyen, d'une part du diagnostic physique et fonctionnel et d'autre part de l'état motivationnel du patient à endosser un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire, qui seront formalisés dans le dossier du patient puis exposé lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

3.2 Déroulé: méthodologie et outils

Pour rappel, d'après le rapport de la HAS (septembre, 2022), les personnes en situation d'obésité ont un risque cardiovasculaire majoré, non pris en compte par la classification européenne du risque cardio-vasculaire. Ces personnes peuvent être plus inactives, sédentaires et plus à risque de blessures musculosquelettiques, puis manquer de soutien à pratiquer une activité physique (AP) altérant leur motivation. Une consultation médicale d'AP peut être réalisée, en particulier, pour un soutien motivationnel renforcé et/ou pour des conseils sur la prévention des blessures. Un avis spécialisé peut se justifier.

➡ **Pour aller plus loin :** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

Toute démarche de prise en charge en APA appartient aux professionnels compétents et le savoir expérimentiel, partagé dans cet opuscule, n'a pas pour vocation de donner une recette pouvant entraver leurs méthodologies dès lors qu'elles sont probantes. Nous souhaitons succinctement vous illustrer à titre d'exemple, la méthode et les outils employés dans les CSO de la région PACA dans le cadre de l'expérimentation PacO :

- o Programmation d'un entretien individuel d'une heure permettant d'aborder les différents points précités qui pourront être priorités en fonction du temps imparti :
- o Passation de questionnaire avec une démarche éducative : se référer à l'annexe 2 et aux questionnaires validés tel que ceux sur la qualité de vie*, la condition physique et/ ou le niveau d'activité physique (e.g., Ricci et Gagnon, GPAQ, ...)
- o Réalisation de tests physiques et fonctionnels notamment le test de marche de 6 minutes (TDM6) qui doit être associé à la prise des constantes telles que la SaO₂, la fréquence cardiaque de repos, d'effort et de récupération. Nous notons un point de vigilance concernant l'interprétation de ce test chez la personne vivant avec une obésité pour lequel des équations spécifiques existent (Capodaglio et al., 2013 ; Haynes et al., 2020).
- o Selon l'objectif identifié en concertation avec le patient, à la fin de cet entretien, une orientation peut être proposée pour faciliter la pratique physique régulière (e.g., maison sport-santé, tissu associatif, ...).

Cette prise en charge nécessite un accompagnement longitudinal pendant toute la période pré-postopératoire. En effet avant l'opération, à défaut d'un manque de ressource humaine, l'EAPA appelle le patient tous les 3 à 6 mois en s'appuyant sur les données récoltées pendant l'entretien individuel.

Entre 2 à 6 mois postopératoire, le patient est de nouveau vu en entretien individuel pour confronter les résultats obtenus en préopératoire.

***Ressources supplémentaires : questionnaires**

- o Health-Related Quality of Life – HRQOL, Health State Preference – HSP ;
- o Impact of Weight on Quality of Life – IWQOL ;
- o Laval questionnaire ;
- o Obese-Specific Quality of Life – OSQOL ;
- o Obesity Related Well-being – Orwell 97 ;
- o Obesity Adjustment Survey – OAS – short form.

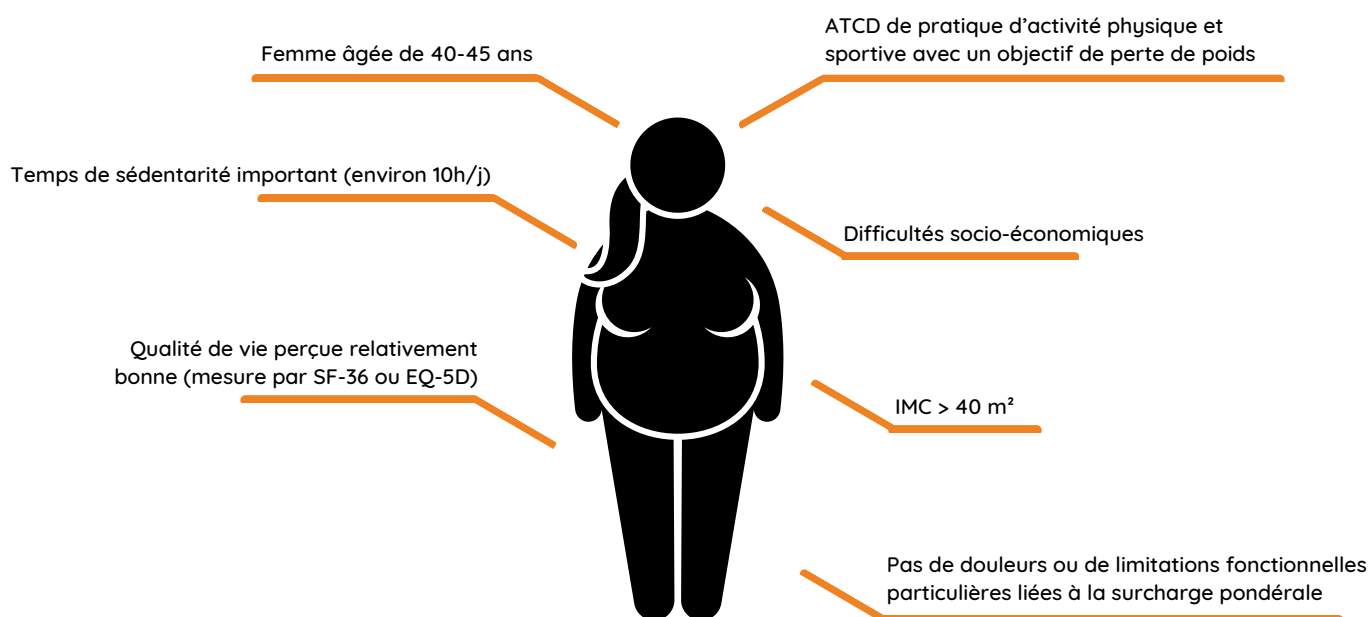
4 CAS CLINIQUES

4.1 Prise en charge du patient en préopératoire par l'EAPA

Pourquoi avoir une activité physique avant l'opération ?

Ce comportement de santé contribue à l'amélioration et au maintien de la condition physique (i.e., force et capacité cardiopulmonaire). De plus, la pratique d'activité physique en préopératoire semble déterminer la régularité et la longévité à en pratiquer après la chirurgie. L'enjeu est de taille en limitant le risque de complications et en améliorant la récupération postopératoire. Il conviendra de tenir compte des préférences (i.e., culture, expériences, histoire personnelle), des choix des patients et de leurs conditions socio-économiques (i.e., familiales, professionnelles, matérielles).

4.1.1 Patient type (60% des cas *)



*Selon les données déclaratives des EAPA du groupe de travail et interrogés sur la région PACA dans le cadre de l'expérimentation PacO (n =2100).



Principaux freins évoqués : manque de temps, isolement social, très faible confiance en soi et difficultés financières.

Leviers : Bonne motivation, à l'écoute des solutions, souhait de pratiquer une activité physique avec son entourage qui le soutient ayant un impact positif sur la sphère familiale.

À l'entretien motivationnel, perception d'une réelle motivation extrinsèque (i.e., en vue de faire plaisir à la sphère familiale) mais difficulté à la mise en action, en effet, la patiente se situe en phase de contemplation (cf. stades de Prochaska : annexe 3).

La représentation par rapport aux « sports » nécessite d'être déconstruite. En effet, le patient évoque cette pratique comme uniquement accessible à ceux présentant les facultés physiques suffisantes.

Balance décisionnelle : la représentation de l'activité physique et la gestion du temps sont les freins majeurs.

Objectif EAPA : prendre plaisir à pratiquer de l'activité physique dans son quotidien et accompagner le patient dans l'analyse de son effort pour changer son mode de vie.

Objectif patient : ajouter une pratique physique dans ses déplacements et appréhender l'intensité de son « effort » en utilisant une échelle visuelle de 0 (pas essoufflée) à 10 (très essoufflée) pour tendre vers une activité d'intensité modérée (5-6 sur l'échelle visuelle).

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Pourquoi le patient a-t-il du mal à s'engager dans une activité même si il semble motivé ? Quels sont ses antécédents en termes de pratique d'activité physique ?

Dans ce cas, le groupe de travail propose de poursuivre un accompagnement rapproché avec des échanges (e.g., téléphoniques au cas par cas) et d'assurer le lien étroit entre le réseau de proximité (i.e., maison sport-santé, association d'activité physique et sportive) et le patient.

➔ **Pour aller plus loin :** Baillot et al., 2022. Exercise and bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of the feasibility and acceptability of exercise and controlled trial methods.

L'atteinte psychosociale est prépondérante. Elle est caractérisée par une insatisfaction corporelle et une gêne liée à la surcharge (e.g., frottement, ...). Est-ce qu'une ceinture de maintien abdominal pourrait être indiquée ?

Ne prend pas de temps pour soi et a des enfants à charge. Comment intégrer la famille à la pratique d'activité physique du patient ? Existe-il une solution pour qu'il puisse pratiquer seul ?

Cas particulier : cumul de 2 à 3 métiers. Comment aborder la gestion du temps d'autant plus quand il est mentionné un travail posté ?



Dans le cas d'une difficulté de la gestion de son temps, il est préconisé d'intégrer des "activités du quotidien" dans le mode de vie telles que la montée des escaliers, les déplacements actifs, les moments de partage avec son entourage ...

Le patient est orienté vers une structure de proximité proposant une activité physique et/ou sportive avec bienveillance. Possibilité de s'appuyer entre-autre sur les maisons sport-santé du territoire :

<https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/maisons-sport-sante/maisons-sport-sante-carte>.

➡ **Pour aller plus loin :** Van Baak et al., 2021. Effect of different types of regular exercise on physical fitness in adults with overweight or obesity: Systematic review and meta-analyses

Pour accompagner dans la mise en place d'une pratique d'activité physique quotidienne, progressive et ludique, nous proposons au patient un suivi hebdomadaire du nombre de pas effectué* et de définir son niveau de satisfaction, ses ressentis en vue d'en discuter à la prochaine séance éducative avec l'EAPA.

*Le patient peut évaluer son activité de marche dans son quotidien à l'aide d'un podomètre ou d'une application via son smartphone.

➡ **Pour aller plus loin :** Mazeas et al., 2022. Evaluating effectiveness of gamification on physical Activity.

Diminuer le temps total quotidien en position assise ou allongée et limiter le temps consécutif adonné à ces comportements. Il est conseillé de réduire à moins de 7h/j et de marcher quelques minutes et s'étirer au bout de 2h d'affilée en position assise ou allongée afin de rompre la sédentarité (ANSES 2016).

Point de vigilance : Les exercices au sol ne sont pas à privilégier en raison des limitations fonctionnelles occasionnées par l'excès de poids, mais aussi par les éventuelles douleurs articulaires. Le patient présente régulièrement une légère gêne à l'effort avec un essoufflement ressenti et précoce. Il est intéressant d'évaluer cette gêne par une échelle de mesure (état dyspnéique : Échelle Sadoul ou échelle MRC) au cours d'un test cardiorespiratoire.

Les contre-indications absolues à la pratique d'une activité physique d'intensité modérée à vigoureuse ont été précisées dans le dernier guide de la HAS 2022 « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte », nous pouvons citer :

- Insuffisance cardiaque décompensée
- Troubles rythmiques ventriculaires complexes
- Hypertension artérielle sévère non contrôlée
- Hypertension artérielle pulmonaire (> 60 mmHg)
- Myocardite ou épanchement péricardique aigu
- Myocardiopathie obstructive sévère
- Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique.

Pour plus d'information, nous incitons vivement les EAPA à prendre connaissance de ces recommandations de la HAS (cf. partie référence).

4.1.2 Patient avec la volonté de pratiquer une activité physique et sportive à visée de performance (10-15% des cas*)

Etat motivationnel et objectifs éducatifs



Frein : surestimation de son niveau de pratique physique et sportive. Il ne prend pas le temps pour faire de l'activité physique au sens large du terme. En effet, sa pratique est uniquement à visée de performance avec une motivation extrinsèque. La prise de plaisir n'est donc pas identifiée.

Levier : ce patient peut présenter un ATCD de pratique d'activité physique et sportive mais il s'est vu contraint d'arrêter pour diverses raisons. Il souhaite reprendre mais il ne sait pas comment s'y prendre. Il a de bonnes aptitudes physiques.

Objectif EAPA : travailler sur la représentation à pratiquer une activité physique en renouvelant le rapport à son corps.

Objectif patient : instaurer une démarche de pratique d'activité physique au quotidien dans son mode de vie (i.e., domestique, déplacement, professionnel) avec prise de plaisir.

*Selon les données déclaratives des EAPA du groupe de travail et interrogés sur la région PACA dans le cadre de l'expérimentation PacO (n =2100).

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Ce patient peut être a priori moins communiquant et minimiser son état de santé. L'activité physique conseillée est-elle assez intense au regard de la surestimation du patient ? Comment ne pas induire un frein dans sa motivation à pratiquer ?

Cas particulier : la reprise est souvent inadaptée avec risque de blessure substantiel alimentant une moindre confiance en soi.



L'enjeu est éducatif : expliquer l'intérêt de cette pratique d'activité physique au sens large en resituant les attentes notamment dans le cadre d'un parcours préopératoire : balade en famille (prise de plaisir) et léger renforcement musculaire (maintien de la masse musculaire) à domicile avec du matériel de la vie de tous les jours (e.g., bouteille d'eau, ...).

Souhaitant pratiquer davantage (i.e., intensité vigoureuse et fréquence soutenue), il peut être proposé un programme de HIIT mais il se devra être encadré. Certains bénéfices sont exposés dans l'article de Pico-Sirvent et al., 2019 et davantage de précisions méthodologiques dans l'article de Herrera-Santelices et al., 2021 (cf. bibliographie).

4.1.3 Patient avec une maladie ostéoarticulaire invalidante (5-10% des cas)

D'après la HAS 2022, les articulations les plus touchées chez les personnes vivant avec une obésité sont les genoux, les mains et les hanches mais, pour ces dernières, dans une moindre mesure que les deux premières localisations. Ainsi, une augmentation de l'IMC de 5 points accroît le risque de survenue de la gonarthrose (clinique et/ou radiographique) de 35 %, ainsi que le risque de progression de la gonarthrose déjà présente. D'autre part, sans forcément atteindre le stade d'arthrose lombaire avérée, les lombalgies sont fréquemment associées à l'obésité.

➡ **Pour aller plus loin :** l'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), en lien avec les rhumatologues, a émis des recommandations en 2013.

Fréquente : Lombalgie, gonalgie chronique, associée ou non à une asthénie, troubles musculosquelettiques.

Cas particulier : spondylarthrite ankylosante, polyarthrite, fibromyalgie, ostéoporose.

Patient en préopératoire :

- o Souvent > 35-40 ans
- o Gonalgie chronique et/ ou lombalgie invalidante par échographie articulaire
- o Peur significative de se blesser due à des expériences négatives entraînant une aggravation de la douleur
- o Volonté notable d'aller mieux

*Selon les données déclaratives des EAPA du groupe de travail et interrogés sur la région PACA dans le cadre de l'expérimentation PacO (n =2100).



Freins : la personne ressent perpétuellement des douleurs limitant la pratique d'une activité physique au quotidien qui est extrapolée par une crainte de se blesser. Elle se retrouve dans l'attente de l'opération avant d'introduire une quelconque pratique d'activité physique.

Levier : paradoxalement, ce patient est conscient de l'intérêt pour sa santé de pratiquer une activité physique et témoigne une certaine envie d'être accompagné dans ce sens.

Objectif EAPA : travailler autour de la gestion de la douleur en identifiant les situations limitantes dans sa pratique physique régulière (vigilance si kinésiophobie) et renforcer le lien avec le masseur-kinésithérapeute.

Objectif patient : mettre en place une activité physique quotidienne de faible intensité.

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Comment induire une motivation à pratiquer malgré cette maladie ostéoarticulaire invalidante ? Le patient est de nature à être rassuré car il se rend compte, à la suite de l'entretien individuel, qu'il est possible de pratiquer. Comment gérer la frustration émanant de l'incapacité à se mouvoir ? Existe-t-il des contre-indications à pratiquer une activité physique ? Dans un souci de limitation des traumatismes articulaires, les activités physiques aquatiques sont intéressantes. Mais, la question se pose de l'acceptation de son image corporelle ?

Cas particulier : spondylarthrite ankylosante, il peut être utilisé le score BASFI (i.e., capacité fonctionnelle, si >4 retentissement fonctionnel considérable, c'est-à-dire incapacité à exécuter des actions de la vie quotidienne), pour plus de détails se diriger vers l'article de Virginie Pécourneau et al., 2017.

Dans les cas d'une fibromyalgie, nous vous recommandons de lire le rapport de l'Inserm : <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-04/inserm-ec-2020-fibromyalgie-rapportcomplet.pdf>



Globale et fonctionnelle, l'activité physique devra être progressive et douce dans un premier temps : marche, ergocycle ou balnéothérapie sont ainsi recommandés, sans oublier le renforcement musculaire et le travail de mobilité (étirements) pour maintenir la masse musculaire et les amplitudes articulaires (IRBMS 2016).

L'activité physique de type marche active est à réaliser régulièrement à faible allure (3km/h et capacité de converser pendant l'effort) et/ ou avec des pauses si ressenties d'un début de douleurs. La prise de plaisir et la progressivité à la pratique d'activité physique dans son quotidien est primordiale.

Cas particulier : l'activité physique n'a pas la prétention de guérir la fibromyalgie. Elle pourra néanmoins contribuer à une meilleure qualité de vie en atténuant les symptômes associés. Pour pouvoir bénéficier de tels effets, l'encadrant devra être un professionnel et nécessairement se préoccuper de la durabilité de l'engagement de son public.

Orientation vers un masseur-kinésithérapeute et/ ou mise en place d'un programme APA en collectif avec le réseau de santé à proximité (i.e., maison sport-santé).

4.1.4 Patient avec une obésité supra-morbide (IMC>50, représente moins de 5% des cas*)

Patient en préopératoire :

- o IMC>50 kg.m⁻²
- o Limitations physiques et fonctionnelles accrues avec régulièrement un état dyspnéique de grade 4*
- o Polyhandicap
- o Catégorie socio-professionnelle basse

*Échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC)

➡ **Pour aller plus loin :** Gomes-Rocha et al., 2022.

Etat motivationnel et objectifs éducatifs



Freins : l'image de soi et les douleurs articulaires alimentant une crainte perpétuelle à se mouvoir voire apparition d'une kinésiophobie.

Ce patient considère la chirurgie bariatrique comme unique solution. La pratique d'une activité physique semble inadaptée et impossible avant une perte de poids postopératoire.

Les comportements sédentaires sont omniprésents (position assise > 8h/jour) : le patient ne sort que très peu de son domicile favorisant a fortiori l'isolement social.

Levier : le patient a conscience de l'intérêt de changer de mode de vie pour sa santé.

Objectif EAPA : Limiter des situations d'évitement social par un gain progressif de l'estime de soi à pratiquer de l'activité physique dans son quotidien.

Objectif patient : Réaliser des gestes de la vie quotidienne (e.g., sortir les ordures ménagères, lever la bouteille d'eau 10 fois sur 2 min...).

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Comment faire pour qu'il bouge en toute sécurité et ainsi lui redonner envie de pratiquer une activité physique ordinaire (i.e., amotivation liée à la crainte) ? L'importance est la notion de progressivité en respectant les perceptions de douleur.

Quelles sont les activités que le patient peut faire/pratiquer/réaliser en autonomie* ? Travail en complémentarité avec les professionnels de santé : nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire de proximité (i.e., SMR anciennement SSR) et/ ou orientation vers un masseur-kinésithérapeute.

S'appuyer des recommandations de bonnes pratiques « Obésité de l'adulte » 2022 :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202206/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf

* L'évaluation de l'autonomie d'un patient vivant avec une obésité porte sur le profil professionnel, le mode de vie au quotidien, les intérêts, les valeurs et les besoins. Il est nécessaire d'évaluer ses capacités à se mouvoir, à être endurant, à se tenir debout, à marcher, et sa capacité à s'adapter et à résoudre un problème en réponse à une situation (HAS 2022).

Différents outils d'évaluation peuvent être utilisés, comme les échelles Activity Daily Living (ADL) et Instrumental Activity Daily Living (IADL).

Qu'avez-vous préconisé



Orientation paramédicale et/ ou suivi pluridisciplinaire dans un établissement de santé proposant un parcours de soins coordonné : lien avec un SMR et/ ou CPTS associant un programme APA supervisé.

En parallèle, l'EAPA accompagne le patient à une pratique d'AP en autonomie : Marche à proximité de chez soi voire au domicile (i.e., stepper assis et/ ou pédalier semi-allongé mais demande un accompagnement). Dans ce cas, il intéressant d'insister sur une pratique quotidienne séquentielle, à faible intensité et de courte durée selon la perception de l'effort.

Un travail éducatif peut être mené sur « comment conseiller de bouger plus au quotidien » avec des exemples concrets et adaptés.

4.1.5 Patient pour une réfection d'une chirurgie bariatrique (<1 % des cas*)

Patient en préopératoire :

- o Réfection d'une sleeve en bypass gastrique: régulièrement reflux gastro-œsophagien et/ou échec de l'intervention antérieure défini par une reprise de poids significative

Etat motivationnel et objectifs éducatifs



Frein : Le patient peut présenter des aprioris par rapport à l'intérêt d'une pratique d'activité physique qui n'aurait pas su mettre en place lors de sa primo intervention. Cette situation peut s'accompagner d'une moindre motivation à ce comportement (i.e., état pré-contemplatif dans le modèle théorique de Prochaska).

Levier : le patient a prospecté sur les offres de pratique d'activité physique et sportive à proximité. Il est soutenu par un entourage bien sensibilisé.

Objectif EAPA : identifier les points forts et faibles du parcours chirurgical précédent. En amont de la mise en place d'une activité physique dans son quotidien, accompagner le patient à repérer les possibilités de pratique et les bénéfices tirés. Mettre en place un apprentissage de la perception de l'effort (i.e., échelle de Borg).

Objectif patient : Repérer dans quelle situation il prend plaisir à se mouvoir et diminuer les comportements de sédentarité (i.e., la durée et le temps consécutif).

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Comment éviter l'émergence d'une culpabilité profonde chez ce patient ? Reprendre avec le patient les éléments qui ne semblent pas avoir fonctionnés selon lui, aborder les idées préconçues et les déconstruire. Proposer un accompagnement au long cours pour induire un changement des comportements (nécessite un temps supplémentaire).

Qu'avez-vous préconisé



L'EAPA rebondit sur les échecs antérieurs identifiés en entretien individuel et l'accompagne à pratiquer une activité physique en autonomie. Les relances par mail et/ ou appels téléphoniques peuvent être appropriées. Toutefois, il est intéressant de l'orienter vers une maison sport-santé d'après le stade motivationnel. Cette structure joue un véritable relai en assurant un suivi longitudinal de proximité et en s'appuyant sur le tissu associatif existant (i.e., facilite l'accès aux structures bienveillantes).

4.2 Prise en charge du patient postopératoire par l'EAPA

L'adhésion aux modifications thérapeutiques du mode de vie est une question centrale dans la prise en charge des maladies dépendantes des comportements et des habitudes de vie comme l'obésité. Telle que décrit dans les études de cas ci-dessous, elle décroît « naturellement » avec le temps (cf. "Pour aller plus loin"). Il importe de prendre en compte cette question de façon à analyser a priori et au fil du temps les obstacles et les leviers sur lesquels pourrait agir le patient. Ainsi, l'EAPA doit considérer l'évolution de la maladie et du comportement dans le temps d'autant plus que la majorité des patients en préopératoire ne pratique pas suffisamment ou pas du tout d'activité physique. Les barrières principales ont été précédemment explicitées. En postopératoire, certaines barrières se lèvent, néanmoins, d'autres peuvent apparaître*.

Globalement en favorisant un mode de vie actif et la mise en place d'exercice physique, les objectifs de la prise en charge en APA en postopératoire seront de :

- o Optimiser le maintien de la perte de poids au long cours
- o Prévenir la sarcobésité en agissant sur les composantes qualitatives (force et endurance musculaire)
- o Améliorer la condition physique
- o Limiter la perte osseuse
- o Améliorer les marqueurs physiologiques tels que la pression artérielle, la glycémie et le profil lipidique.

À ce stade, il peut subsister un risque de déshydratation dû à la réduction de l'estomac qui limite l'ingestion, l'augmentation de l'état catabolique lié à la diminution des apports alimentaires pouvant ainsi entraîner une diminution qualitative et quantitative des fibres musculaires et de l'accentuation du comportement sédentaire.

➡ **Pour aller plus loin** sur les rouages de la prise en charge des maladies chroniques, nous conseillons l'ouvrage du Pr Grimaldi et al., 2017

* Beltrán-Carrillo et al., 2022. Elements behind sedentary lifestyles and unhealthy eating habits in individuals with severe obesity

De Aguiar et al., 2020. Barriers to Physical Exercise and Associated Factors in the Pre- and Postoperative Periods of Bariatric Surgery

Dikareva et al., 2016. Exploring perceptions of barriers, facilitators and motivators to physical activity among female Bariatric Patients: implications for physical activity programming

4.2.1 Patient fréquent (60-80 % des cas*)

Patient en postopératoire: suivi de la prise en charge

- o Pas de phénotype particulier, néanmoins, le patient est en véritable « lune de miel » à plusieurs niveaux en particulier face à sa perte de poids. Il poursuit ou débute son changement des comportements et de mode de vie.
- o Absence de complications postopératoires

Etat motivationnel et objectifs éducatifs



Freins : le manque de temps et de motivation à pratiquer, notamment avec l'installation d'un sentiment d'échec voire d'impuissance. Ce sont les principaux freins relevés. Ces caractéristiques sont associées à une mauvaise représentation de soi et à l'appréhension du regard d'autrui.

Leviers : le patient perçoit les bénéfices sur sa santé, notamment en évoquant le sentiment de meilleures capacités physiques.

Objectif EAPA : Travailler en pluridisciplinarité autour de l'image du corps (i.e., insatisfaction corporelle, peur du jugement et du regard d'autrui) et de l'état motivationnel.

Objectif patient : Poursuivre la pratique d'activité physique mise en place en préopératoire avec une augmentation progressive* des modalités FITT-VP (ACSM 2013).

Vigilance sur les comportements de sédentarité souvent sous-estimé par le professionnel et le patient : importance d'agir sur ce comportement (LM. Schumacher 2020).

*Notion de relation dose-réponse : Ekelund et al., 2016 ; T. Woodlief et al., 2015.

*Selon les données déclaratives des EAPA du groupe de travail et interrogés sur la région PACA dans le cadre de l'expérimentation PacO (n =2100).

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Quelle intensité ? Comment associer diététique et pratique physique (i.e., « je ne peux plus tout manger ») ? Sur quels facteurs faut-il être attentif sur le risque d'un dumping syndrome lors de la reprise d'une activité physique en postopératoire ?

Le patient se met-il « trop » la pression ? Manque-t-il de progressivité dans sa pratique physique ? Dans cette situation, quel est le cadre de pratique : autonome ou supervisé ? Rappelons que l'objectif est d'adapter son type de pratique en fonction de l'objectif thérapeutique.

Point de vigilance : certains de ces patients tendent vers une pratique d'activité physique et sportive inadaptée voire à risque (sur-motivation favorable à l'émergence d'une bigorexie).

Autre point de vigilance face à un risque élevé de perte de masse musculaire (MM), la question se pose sur comment définir cette trop grande perte de MM et quand s'en inquiéter.



Il est nécessaire d'avoir un avis pluridisciplinaire dans la prise en charge en APA. En effet, la prise en charge psychologique en postopératoire est substantielle à cause des modifications du schéma corporel et du gain de confiance en soi.

Ici, le patient rencontre des difficultés à appréhender son nouveau corps et donc à le mettre en mouvement (i.e., manque de confiance en soi dans la poursuite d'une activité physique) : proposer un atelier « corps et esprit » en binôme avec un psychologue.

Orientation programme APA dit « passerelle » en petit groupe : s'appuyer sur les maisons sports-santé et/ ou les réseaux APA de proximité.

Dans certains cas de figure, il semble plus opportun de laisser le patient réguler par soi-même les activités physiques dans sa semaine et en rediscuter au prochain rendez-vous. Une perspective face à cette autonomisation sera d'avoir recours aux activités physiques déjà mises en place en préopératoire tout en assurant une évolution pour éviter toute monotonie.

Risque de déshydratation majoré en raison de la réduction de l'estomac qui limite l'ingestion. Risque d'augmentation du catabolisme par rapport à l'anabolisme, du fait de la diminution des apports alimentaires, qui peut entraîner une diminution qualitative et quantitative des fibres musculaires (King et Bond et al 2012). Parallèlement, comme le risque de dumping syndrome est souvent précoce (i.e., 30min post-ingestion sur les 3-6 mois postopératoire), il sera préférable de ne pas pratiquer d'activité physique à une intensité modérée-vigoureuse pendant la période pré-post-ingestion.

Précautions vis-à-vis des cicatrices les 2 premiers mois postopératoires (i.e., accord du chirurgien digestif) : le premier mois préférer les AP ordinaires (e.g., déplacement actif, ...) et éviter de porter des charges trop lourdes (i.e., au-delà d'une charge équivalente à un pack d'eau) en les répartissant de façon équilibrée et être en lien avec le chirurgien.

4.2.2 Patient avec un projet de grossesse

Près de 20% des femmes opérées ont eu une grossesse qui s'est conduite entre la 1ère et la 2ème année postopératoire (BARIA-MAT 2019). Cependant, la chirurgie bariatrique est associée à une augmentation significative du risque de prématurité (ou un terme plus précoce) de l'ordre de 30%, et à un sur-risque de petit poids pour l'âge gestationnel d'un facteur 2 selon la même étude.

Pour aller plus loin :

- <https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/1-s2.0-s1957255719302123-main.pdf>
- <https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/article/guide-de-la-pratique-sportive-pendant-la-maternite>
- <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/lactivite-physique-pendant-la-grossesse>

Patiente en postopératoire

- o Fausse couche
- o Gestion du stress
- o Difficulté à tomber enceinte

A titre informatif, 84% des CSO en 2021 proposaient un parcours et/ou une consultation spécifique pour les femmes enceintes avec antécédent de chirurgie bariatrique. Il est essentiel de s'appuyer sur ces structures y compris le réseau de proximité.



En lien étroit avec le médecin nutritionniste et/ou le diététicien :

Objectif EAPA : remettre la place de la chirurgie en première intention (i.e., délai de la stabilisation du poids et analyse de l'état nutritionnel*). Aider et conseiller la patiente à avoir une APA aux différentes périodes de la grossesse en assurant les bons gestes (e.g., hydratation suffisante avant-pendant et après l'effort, être sensible aux signes d'hypoglycémie réactionnelles, temps de récupération post-effort suffisant...).

Objectif patient : maintenir une activité physique au quotidien y compris en période gestationnelle, sans objectif de performance.

➡ **Pour aller plus loin :** vous pouvez vous appuyer sur les précisions émises par le ministère des sports « Guide de la pratique sportive pendant la maternité » en 2021 et la HAS en 2019 « Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post partum ».

*Ciangura et al., 2019. Grossesses après chirurgie bariatrique : recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT)

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



A quel moment la patiente peut envisager une grossesse avec un moindre risque ? Quel est le suivi recommandé et à quelle place se situe l'activité physique ?

Vigilance : soit la patiente se voit prendre du poids et essaie de le compenser par un volume élevé d'activité physique, soit elle arrête toutes formes d'activité physique, dès l'annonce de sa grossesse, par peur d'un effet négatif sur sa grossesse (fausse croyance). Important de travailler sur ses représentations.



Ce suivi nécessite davantage l'avis de l'endocrinologue et de l'obstétricien-gynécologue.

Selon les recommandations en vigueur, il est vivement conseillé aux femmes ayant un projet de grossesse d'attendre 12 mois minimum après la chirurgie bariatrique (i.e., risque de complications nutritionnelles). Toutefois, l'objectif n'est pas de culpabiliser la patiente mais de l'accompagner dans sa grossesse.

Nous pouvons recommander les activités physiques douces (e.g., pilates, gym douce, marche, ...) et/ ou portées notamment celles se réalisant en milieu aquatique. Tout ceci afin de diminuer les douleurs liées à la grossesse et limiter les contraintes ostéoarticulaires. En termes d'intensité, l'objectif sera de s'assurer que la patiente puisse toujours être en capacité de parler à l'effort (i.e., 6-10/20 sur l'échelle de Borg). Cette prise en charge se fait en lien avec la sage-femme et/ ou le médecin gynécologue.

Contre-indications ou activités vivement déconseillées : toutes formes d'activités physiques et/ ou sportives avec impact violent au sol et/ ou risque de chute ainsi que celles en haute altitude ou la plongée sous-marine. Pendant le 2ème trimestre, il est contre-indiqué de pratiquer les APS sollicitant de façon concentrique la chaîne abdominale.

 **Pour aller plus loin :**

<https://www.reseautperinatmed.fr/medias/Fiche-information-pro-sante-1635.pdf>

4.2.3 Patient avec atteinte cutanée

Patient en postopératoire

- o Schéma corporel modifié lié aux surplus de peau et/ ou des vergetures,
- o Non acceptation de son nouveau corps liée à une mauvaise image corporelle

Etat motivationnel et objectifs éducatifs



En préopératoire : rappeler les conséquences d'une chirurgie bariatrique, notamment sur la fonte de masse grasse mais aussi de masse musculaire et sur les changements d'élasticité de la peau.

Objectif EAPA : travailler sur les compétences psychosociales en vue de faire accepter son corps et d'améliorer l'image de soi.

Objectif patient : réparer son corps (valence physique*) ou reconstruction de son image corporelle (valence psychique).

* Attention au laps de temps, par exemple, 2 ans avant une abdominoplastie.

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Quelle tenue serait la plus adéquate ?

Quels exercices vont être gênants en raison de cet excès cutané ?

Vigilance : préciser que l'activité physique ne pourra pas éviter le surplus de peau.

➡ **Pour aller plus loin :**

Baillot et al., 2013. Impact of excess skin from massive weight loss on the practice of physical activity in women

Olsén et al., 2020. Physical activity with hindrances: a qualitative study of post bariatric patients' experiences of physical activity in relation to excess skin



La prise en charge peut aborder des notions d'hygiène pendant la pratique d'une activité physique et/ ou sportive, notamment, l'éducation à l'utilisation d'une tenue vestimentaire adaptée (e.g., soutien-gorge, chaussures, ...) et à la vigilance des replis cutanés (i.e., sécher et nettoyer). Autrement dit, une tenue adéquate est favorable à une remotivation.

Si point d'appel et avec un avis médical, l'EAPA peut orienter vers un orthopédiste en vue de l'indication d'une gaine abdominale.

L'orientation vers une structure compétente proposant un programme APA paraît pertinente en précisant les points d'appels et l'utilisation de matériels adaptés en vue de choisir une pratique physique avec le moins d'inconfort (e.g., surplus de peau abdominale frappant les cuisses sur le vélo et privilégier la marche plutôt que la course). Les particularités de ce cas clinique sont des limites à considérer pendant la prise en charge mais elles n'empêchent pas d'être actif au quotidien. Il semble nécessaire de rappeler la notion de prise de plaisir et du sentiment d'être à l'aise dans la pratique d'une activité physique.

Importance de travailler en pluridisciplinarité notamment avec psychomotricien et un psychologue voire un psychiatre pour repérer, évaluer et prendre en charge les dimensions psycho-affectives, psychiatriques et comportementales. L'image corporelle étant régulièrement affectée.

4.2.4 Patient sarcopénique (<10%, sous-estimé dû à une investigation insuffisante)

Patient en postopératoire: Sarcopénie liée à un excès de masse grasseuse

- o Souvent > 50 ans : remarque -> Quant aux personnes de 65 ans ou plus, la HAS et la plupart des sociétés savantes nationales et internationales recommandent une grande prudence dans les indications.
- o Vigilance : Risque d'ostéomalacie suite à une chirurgie bariatrique : défaut absorption vitamine D due à l'effet malabsorptif de la technique chirurgicale.

➡ Pour aller plus loin :

Domini et al., 2022. Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement

Etat motivationnel et objectifs éducatifs



Objectif EAPA : tout en considérant les objectifs génériques présentés dans les précédentes études de cas, ici, l'enjeu sera de préserver une pratique d'activité physique à dominante renforcement musculaire.

Objectif patient : poursuite d'une activité physique de type résistance associée à des activités quotidiennes sollicitant les différents groupes musculaires telles que la montée des escaliers au quotidien, et le jardinage/ bricolage, en vue de cibler le renforcement des grands groupes musculaires.

*Selon les données déclaratives des EAPA du groupe de travail et interrogés sur la région PACA dans le cadre de l'expérimentation PacO (n =2100).

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Le patient est plus susceptible d'entrer dans la spirale du déconditionnement même si l'état motivationnel est favorable aux changements ou au maintien d'un bon comportement de santé.

À quelles régions anatomiques et quel niveau de sévérité le patient ressent-il une faiblesse musculaire ?

Le patient ressent une perte de puissance ainsi que dans sa pratique physique au quotidien. Il constate une perte musculaire.

➡ **Pour aller plus loin :** IH. Murai et al., 2019. Exercise Mitigates Bone Loss in Women With Severe Obesity After Roux-en-Y Gastric Bypass

Qu'avez-vous préconisé



Dans ce cas de figure qui est loin d'être isolé, le suivi nutritionnel, indispensable pour tous parcours postopératoires, est d'autant plus crucial.

L'EAPA se doit de partager à l'équipe pluridisciplinaire les éléments déclaratifs qui sont évocateurs d'une sarcobésité : fonte musculaire, fatigue musculaire, asthénie et sensation d'une moindre force à l'effort.

Augmenter son niveau de pratique de renforcement musculaire au poids du corps et/ ou avec du petit matériel, ainsi qu'amener le patient à sentir un meilleur tonus en privilégiant notamment les déplacements actifs.

Orientation : en première intention, proposition d'intégrer un programme APA de type contre résistance. Si insuffisant ou impossible, des soins de kinésithérapie en 2ème intention seront nécessaires.

➡ **Pour aller plus loin :** Parr et al., 2022. 'Sarcobesity': A metabolic conundrum.

4.2.5 Patient présentant un transfert d'addiction: bigorexie

La bigorexie, parfois appelée sportoolisme, est une dépendance à l'activité physique. Elle concerne les personnes devenues dépendantes par suite d'une pratique excessive du sport. Identifiée dès le milieu des années 1970 par le psychiatre William Glasser, elle est reconnue comme une maladie par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 2011 et touche principalement les adeptes des sports d'endurance ou de culturisme.

Patient en postopératoire:

- o Transfert d'addiction vers une pratique à risque d'activité physique et sportive

Etat motivationnel et objectifs éducatifs



Freins : la mise en place d'un mécanisme de défense caractérisé par une hyperactivité physique pour ne pas penser à la douleur liée à une crainte perpétuelle de reprise de poids. Le patient témoigne une peur à devoir arrêter temporairement la pratique de l'activité physique et sportive. C'est un état associé à une sécrétion inhérente d'endorphines.

Leviers : la prise de plaisir immédiate à pratiquer est représentative d'une motivation intrinsèque.

Objectif EAPA : Accompagner le patient dans sa pratique d'activité physique et sportive à risque en lui précisant/ rappelant les fondamentaux pour tirer les meilleurs bénéfices de l'activité physique.

Objectif patient : Respecter les modalités principales d'une pratique physique (i.e., volume, dose-réponse, récupération) en vue de trouver le juste milieu entre pratique nécessaire et addictive.

Questions que les EAPA se sont posés pendant la prise en charge ou cas particulier



Comment véritablement caractériser une bigorexie ?

Ressenti des symptômes de « manque » au cours de la période d'arrêt de la pratique sportive.

Point de vigilance : le patient entre dans un état d'hypercontrôle et a fortiori en émane un risque accru d'état dépressif. Le lien avec le psychologue est indispensable.

D'autre part, le patient pratique une ou plusieurs activités physiques et sportives à visées de performance. Il ne suit pas les recommandations en termes de récupération. Cette situation s'accompagne d'un risque accru de blessure.

Qu'avez-vous préconisé



L'accompagnement dans une démarche de pratique d'activité physique plus adéquate est essentiel. Il est d'autant plus intéressant de s'appuyer sur le réseau de proximité et d'être en lien avec un professionnel de santé notamment le psychologue du parcours de chirurgie bariatrique.

Dans la caractérisation de cet état, il existe une échelle validée : Exercise Addiction Inventory (EAI).

➡ **Pour aller plus loin :** Thèse de I. Ferreira 2016, Sport à tout prix ? Dépendance à l'exercice physique et soins de santé primaires en contexte français
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01528930/document>

5 CONCLUSION & PERSPECTIVE

Le professionnel en APA s'inscrit dans une démarche éducative, en équipe pluridisciplinaire, pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme. Cette prise en charge se base sur des connaissances théoriques et un savoir expérientiel en complémentarité du suivi diététique et psychologique : formant ainsi le triptyque éducatif dans lequel des ateliers communs peuvent émerger (e.g., travail sur sensorialité et le mouvement corporel, vitamine et activités de la vie quotidienne, ...).

Faire durer le plaisir de pratiquer une activité physique sera l'enjeu pour tous les professionnels qui doivent assurer une pérennité du mode de vie physiquement actif et moins sédentaire. L'idée est d'intégrer l'activité physique dans les habitudes des patients, dans sa sémantique la plus large : activités physiques de déplacement, liées au travail, de loisir, domestiques et sportives.

L'objectif visé n'est pas une question de volume d'activité physique mais bien le changement de comportement pour tendre à une autonomisation à la pratique d'activité physique et à la réduction de la sédentarité.

6 RESSOURCES & ORIENTATION

Maison Sport-Santé, MSS

Rapport à l'Assemblée Nationale & Décret "démocratisation du sport"

Propositions

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/eval_politique_prevention_sante_publique

- o Faire des MSS le guichet unique d'accueil, d'information et d'orientation de l'APA dans les territoires
- o Créer un fond de soutien aux MSS

CPTS

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>

- o Selon l'analyse territoriale, la prise en charge en APA peut entrer dans la 3ème mission principale des CPTS concernant le champ de la prévention

Feuille de route obésité, axe 2, action 11 : rendre effectif un suivi médical au long cours après chirurgie bariatrique

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022?>

- o Basé sur les futurs résultats des projets article 51, à l'instar de l'expérimentation PacO, ils permettront d'élaborer les parcours de suivi pré-postopératoire, de définir les modèles d'intervention au sein d'une équipe pluridisciplinaire, de proposer un modèle de financement.

ANNEXES

Annexe 1 : analyse de la littérature

Le groupe de travail a pris connaissance de la littérature existante sur ce sujet (figure 1). Il s'est appuyé sur la revue de la littérature entre 2010-2021 en utilisant les mots clés suivants : obesity, bariatric surgery, exercise and/ or physical activity.

Les critères du pré-screening employés sont :

- Human
- Exercise
- Obesity
- Surgery
- Revue / Méta-analyse
- Datation > 2010
- Revue et méta-analyse

L'objet de ce document n'est pas de réaliser une revue de la littérature. Toutefois, le groupe de travail s'est approprié la littérature en vigueur afin d'étayer les principales situations rencontrées sur le terrain.

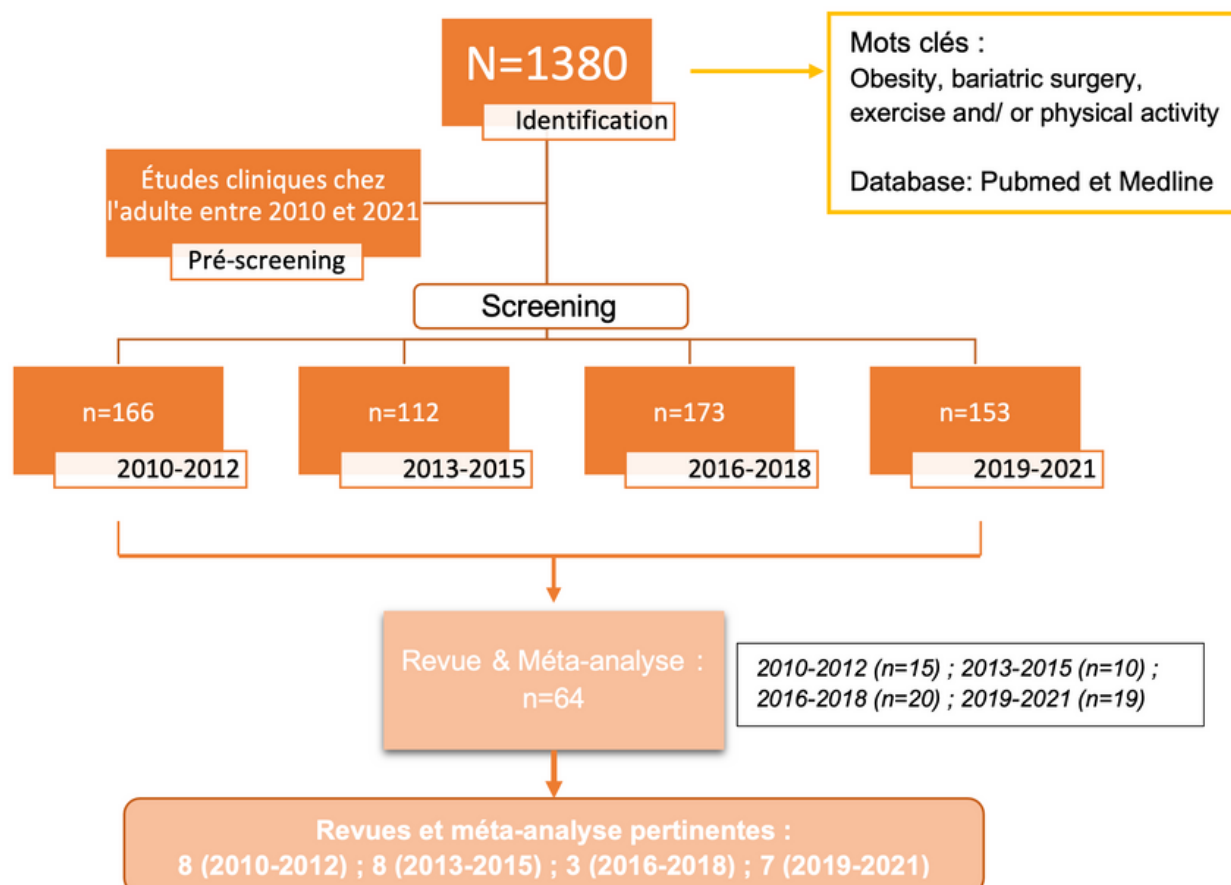


Figure 1 : Organigramme de la revue de la littérature entre 2010 et 2021

Annexe 2 : à titre d'exemple, le groupe de travail propose un bilan des freins fréquents à la pratique d'activité physique et des réponses primaires à apporter au regard des cas cliniques précédemment présentés :

⇒ Les douleurs articulaires :

L'activité physique favorise la souplesse et le maintien des amplitudes articulaires. Celle-ci permet surtout de diminuer les douleurs articulaires et la gêne fonctionnelle en renforçant la musculature autour de l'articulation atteinte et en évitant les mauvaises postures.

⇒ La fatigue physique et sociale :

Il existe différentes sensations de fatigue. Celle produite par l'activité physique procure une sensation de bien-être et augmente l'énergie du corps et surtout favorise un sommeil réparateur. Pour finir, elle permet surtout au patient de se sentir plus dynamique et énergique, a fortiori, elle permet d'être moins fatigué.

D'autre part, l'obésité augmente également le risque de chute, entravant la sécurité au domicile et en communauté. L'obésité est ainsi source d'isolement social et de détresse mentale.

⇒ **Pour aller plus loin :** Dieterle C, Chan TH, American Occupational Therapy Association. Managing obesity in adults: a role for occupational therapy. North Bethesda: AOTA; 2018).

⇒ Le sentiment d'incapacité physique :

Il est nécessaire de commencer doucement et d'augmenter progressivement l'intensité en fonction de sa tolérance personnelle.

« Faire pour aller mieux et non attendre d'aller mieux pour faire ! »

⇒ La peur de se montrer en tenue :

Il convient de toujours privilégier une activité dans laquelle vous vous sentez à l'aise et dans laquelle vous prenez du plaisir. En fonction de l'activité physique pratiquée, adoptez préférentiellement une tenue confortable et adaptée (e.g., nouvelle taille, ...).

⇒ Le manque de temps :

Activité physique ne signifie pas activité sportive. Le fait de promener son chien, de passer l'aspirateur, d'aller au supermarché à pied ou de bricoler est déjà une source de bienfait pour votre santé. L'activité physique est une source de loisir et non une contrainte. Le professionnel l'accompagne dans une logique « Consacrer du temps pour soi ».

⇒ L'accessibilité aux infrastructures :

Il existe des activités physiques qui ne nécessitent pas d'infrastructure et que l'on peut pratiquer partout et en toute circonstance en individuel ou en groupe.

⇒ L'absence d'intérêt pour l'activité physique :

L'inactivité physique favorise le déclin musculaire articulaire et cardio-respiratoire. Il s'agit de votre santé. Cela vaut le coup de se forcer au début pour ensuite prendre goût et plaisir à l'activité physique et se rendre compte par soi-même des bienfaits de l'activité physique sur la santé et le bien-être.

Annexe 3 : Stades de Prochaska dans le contexte de la pratique d'activité physique (Société Française Sport-Santé)

MOTIVATION : PROCHASKA - DI CLEMENTE

DÉTERMINATION DU STADE DE CHANGEMENT DE PROCHASKA - DI CLEMENTE

Centre Hospitalier de DOUAI

Mettre une croix dans la colonne correspondante, la réponse peut être détaillée dans l'interligne :

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. Je fais actuellement une activité physique modérée | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> |
| 2. J'ai l'intention de faire une activité physique modérée dans les six prochains mois | C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> |
| 3. Je fais actuellement une activité physique modérée régulière | E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 4. J'ai fait une activité physique modérée régulière au cours des 6 derniers mois | G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |
| 5. Par le passé, j'ai fait une activité physique régulière pendant au moins 3 mois | I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |

RÉSULTATS

Si B et D sont cochés : **Pré-contemplation** : la personne n'est pas active et n'a actuellement pas l'intention de le devenir.

Si B et C sont cochés : **Contemplation** : la personne n'est pas active, mais à l'intention de bientôt le devenir.

Si A et F sont cochés : **Préparation** : la personne essaye, ou fait des plans, mais n'est pas régulièrement actif.

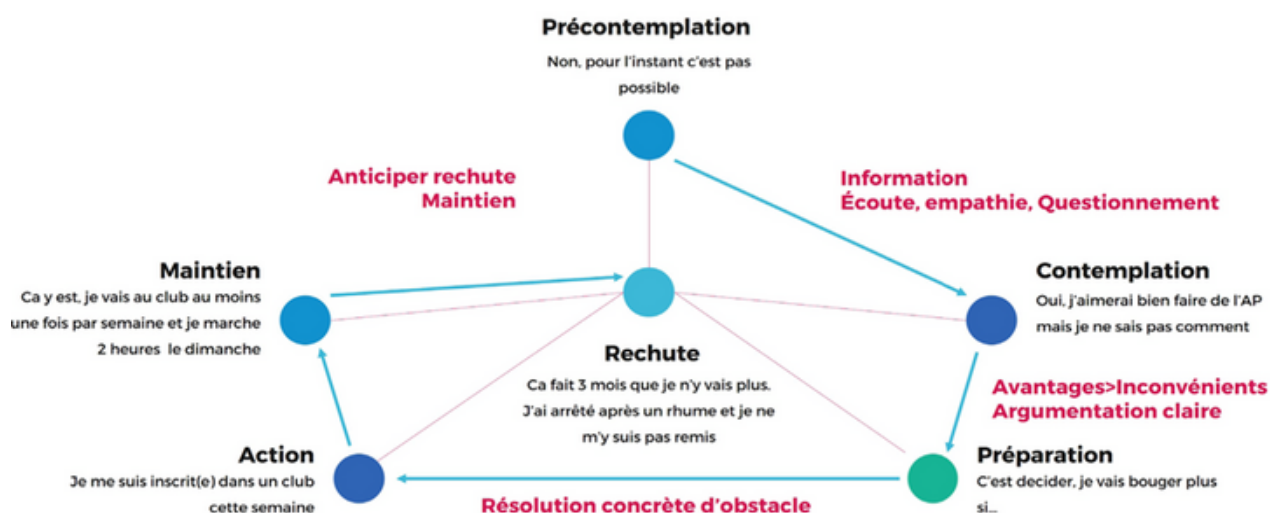
Si A, E et H sont cochés : **Action** : la personne est active, mais depuis moins de 6 mois.

Si A, E et G sont cochés : **Maintenance** : la personne est active depuis 6 mois ou plus.

Si I est coché : **Possible Rechute** : essayer alors d'identifier le stade actuel.

Prochaska – Di Clemente

Conduite à tenir en fonction du stade de motivation



Annexe 4 : guide d'entretien en APA

Nom :

Date :

Prénom :

Date de naissance :

Activité Physique Adaptée et Sédentarité

☐ PRISE EN CHARGE MEDICALE

Questionnaire NAP Score :

Habitudes d'activité physique au quotidien ≥ 10 minutes (NAP – Niveau d'Activité Physique) :

☐ **Travail / Scolarité :**

Intensité ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Elevée

Régularité ☐ oui ☐ non

☐ **Déplacements :**

Intensité ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Elevée

Régularité ☐ oui ☐ non

☐ **Domestiques :**

Intensité ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Elevée

Régularité ☐ oui ☐ non

☐ **Loisirs :**

Intensité ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Elevée

Régularité ☐ oui ☐ non

Habitudes de sédentarité (SED – Niveau de Sédentarité) :

☐ ≤ 7 heures

☐ ≥ 7 heures

☐ Rupture de la sédentarité

Commentaire :

Antécédents d'activité physique et sportive (FITT-VP, plaisir, envie...) :

Motivation à faire de l'activité physique :

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalement

Capacité à pratiquer une activité physique :

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalement

Freins :

Leviers :

Stratégies d'activité physique à court et moyen terme :

Orientation :

Synthèse :

Éléments de précisions :

- Représentations des activités physiques et/ ou sportives

Quels sont les premiers termes (mots ou expression) qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à :

L'ACTIVITE PHYSIQUE

1.
2.
3.

4.
5.
6.

- Antécédents d'activité physique et/ ou sportive

Dans votre histoire personnelle, avez-vous déjà pratiqué une activité physique régulière :

☐ Durant l'enfance (Type d'activité(s) Physique(s), Fréquence...):

.....
.....
.....
.....

☐ Durant la période professionnelle (Type d'activité(s) Physique(s), Fréquence...) :

.....
.....
.....
.....

☐ Durant la période post professionnelle ou retraite (Type d'activité(s) Physique(s), Fréquence...):

.....
.....
.....

- Motivation à faire de l'activité physique

Quelles sont pour vous les facteurs pouvant vous motiver à bouger davantage au quotidien ?

- ☐ Les bénéfices de l'activité physique pour ma santé
- ☐ Le bien être (physique et moral) que peut m'apporter le fait de bouger
- ☐ Se retrouver en groupe pour bouger
- ☐ Perdre du poids
- ☐ Le plaisir de pratiquer une activité physique
- ☐ Cela fait passer le temps, cela occupe
- ☐ L'activité physique peut m'aider à préparer au mieux la pré et post chirurgie
- ☐ Autre, précisez :

Quels sont pour vous les facteurs pouvant limiter votre pratique d'une activité physique régulière ?

- ☐ Un ou des problème(s) de santé (essoufflement, fatigue, poids, stress.....)
- ☐ Un manque de motivation
- ☐ Une solitude
- ☐ La peur du regard des autres
- ☐ La peur de ne pas savoir faire
- ☐ Le manque de temps
- ☐ Le manque de moyens financiers
- ☐ Le fait qu'il n'y ait pas d'association à proximité (pas adapté)
- ☐ Vous ne disposez pas de moyen de transport
- ☐ Autres, précisez :

• Comportements sédentaires

TEMPS PASSE ASSIS/ALLONGE	SEMAINE : Heures:minutes	__ : __
	W-E : Heures:minutes	__ : __

Annexe 5 : Activité physique.

Prévention et traitement des maladies chroniques, INSERM 2019

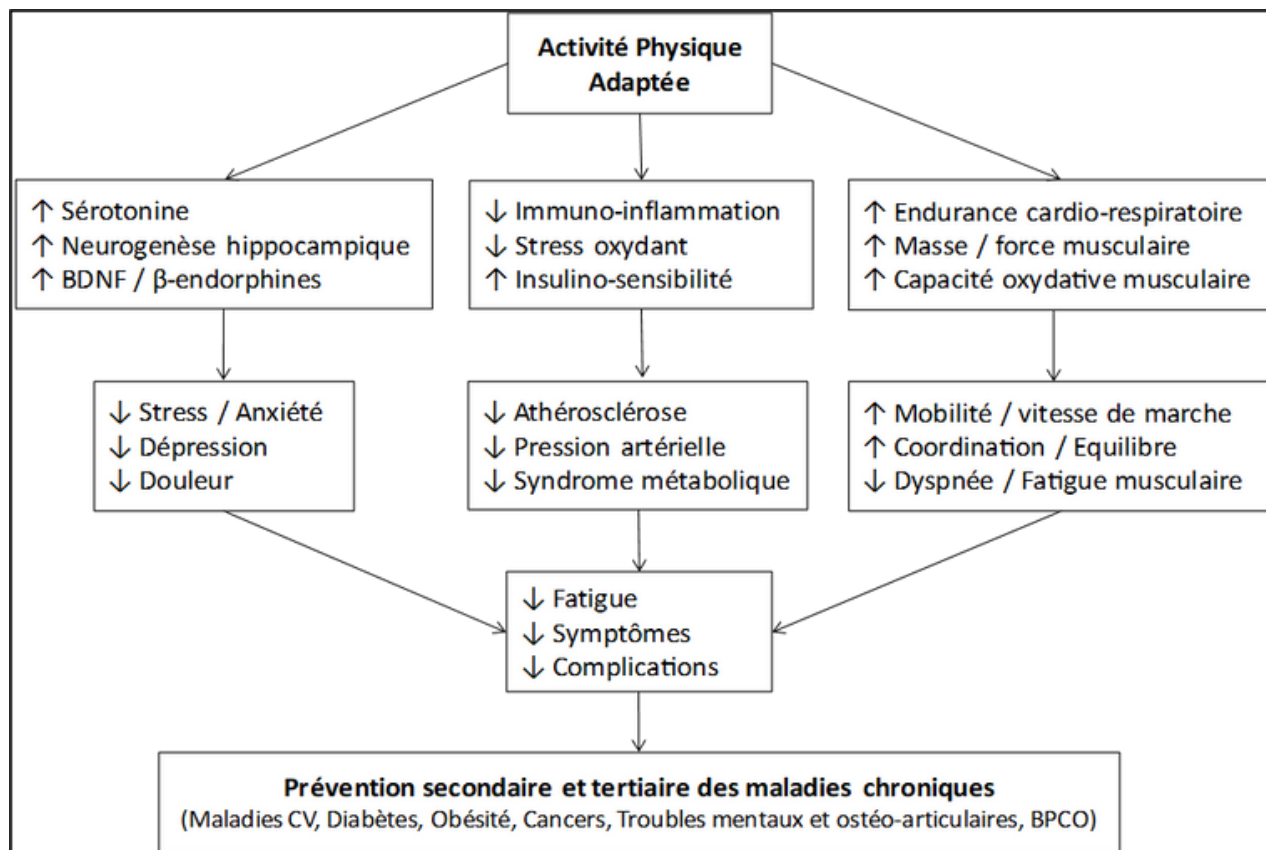


Tableau 1 : recommandations de l'EASO pour la pratique d'activité physique des personnes vivant avec une obésité (2021)

Recommandations	Grade
1 Perte de poids et perte de masse grasse	
- Conseiller préférentiellement des programmes d'entraînement physique de 150 à 200 minutes d'exercice aérobic (endurance) au moins à intensité modérée	A
- Conseiller des programmes d'entraînement de haute intensité fractionné (HIIT), seulement après évaluation du risque cardio-vasculaire et supervisés	B
- Informer les personnes en situation de surpoids ou d'obésité que la perte de poids moyenne n'est pas plus importante que 2-3 kilos.	A
2 Maintien du poids perdu	
- Conseiller un volume élevé d'exercice physique aérobic (endurance) (200-300 min/semaine d'intensité modérée)	E
3 Préservation de la masse maigre pendant une perte de poids	
- Conseiller des programmes d'entraînement basés sur la résistance à intensité modérée à élevée	A
4 Santé cardio-métabolique	
. Perte de masse grasse viscérale et graisse intra-hépatique	
- Conseiller préférentiellement des programmes d'entraînement basés sur des exercices aérobic (endurance) à intensité modérée	A
- Conseiller des programmes d'entraînement basés sur du HIIT* après évaluation du risque cardio-vasculaire et supervisés	B
. Sensibilité à l'insuline	
- Conseiller des programmes d'entraînement (aérobic, en résistance ou combinés) ou des programmes HIIT après évaluation du risque cardio-vasculaire et supervisés	A
. Tension artérielle	
- Conseiller préférentiellement des programmes d'entraînement basés sur des exercices aérobic (endurance) à intensité modérée	A
5 Forme physique	
Capacité cardio-respiratoire	
- Conseiller des programmes d'entraînement (aérobic, en résistance ou combinés) ou des programmes HIIT après évaluation du risque cardio-vasculaire et supervisés	A
Capacité musculaire	
- Conseiller des programmes d'entraînement basés sur des exercices de renforcement musculaire ou combinés à des exercices en endurance	A
6 Qualité de vie	
- Conseiller des programmes d'entraînement basés sur des exercices en endurance ou de renforcement musculaire ou combinés	B
* HIIT (programme d'entraînement physique de haute intensité en fractionné) : consiste en une courte période d'exercice physique en endurance de haute intensité (moins d'une minute), en alternance avec des périodes de récupération moins intenses	

Ces recommandations européennes précisent aussi des conseils pratiques :

- Ces recommandations d'activité physique visent principalement à améliorer la forme physique, réduire le risque cardio-métabolique et améliorer la qualité de vie.
- La prescription d'activité physique chez des adultes habituellement inactifs doit être débutée et augmentée de manière progressive en ajustant la durée, la fréquence et/ou l'intensité.
- Cette prescription d'activité physique doit être envisagée de manière concomitante à des conseils alimentaires, des interventions psychologiques et/ou pharmacothérapeutiques, si nécessaire.
- Cette prescription doit être personnalisée aux besoins, préférences, capacités, corpulence, état de santé des patients (dont les comorbidités), le désir de changement vis-à-vis de la pratique d'activité physique, les obstacles à la pratique d'activité physique et les opportunités offertes par l'environnement de vie du patient.
- Il est important de préciser que, si l'activité physique peut provoquer des blessures musculosquelettiques ou des événements secondaires cardiaques, néanmoins la littérature provenant d'études non randomisées ou observationnelles montre que les bénéfices de l'activité physique dépassent les risques chez la plupart des adultes.

RÉFÉRENCES

Instances

- Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée par le médecin traitant :
o <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033748987>
- DREES 2018 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/chirurgie-de-lobesite-20-fois-plus-dinterventions-depuis-1997>
- Feuille de route « prise en charge de l'obésité 2019-2022 » : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_obesite_2019-2022.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab200009b504f22099ee0e44988930a0ae9188ca4726e6ccb5ffebca4edda959a7a0dc0801029f8b143000e7d560f71e50a4cf3dae5a5a16f8f1a1acf1d4ffd428198360c9f707b01d82ca5df013a95d9cefea653a4184070166d1
- Haute Autorité de santé (HAS) (2022, septembre). Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte.
- Haute Autorité de santé (HAS) (2022, juin). Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux - Partie I : prise en charge médicale
- Haute Autorité de santé (HAS) (2016, juillet). Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (IPAQSS). Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale.
- Haute Autorité de santé (2011, septembre). Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours
- Haute Autorité de santé (2009, janvier). Obésité : Prise en charge chirurgicale chez l'adulte.
- Obépi (2012). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Consultable sur : DREES 2016 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/chirurgie-de-lobesite-20-fois-plus-dinterventions-depuis-1997>
- INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : rapport d'expertise collective et enquête épidémiologique
 - o 2008 : activité physique – Contextes et effets sur la santé
 - o 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (ObÉpi)
 - o 2019 : prévention et traitement des maladies chroniques
- INSERM 2020 – Fibromyalgie : <https://presse.inserm.fr/12-mai-journee-mondiale-de-la-fibromyalgie/45241/> ; <https://www.inserm.fr/expertise-collective/fibromyalgie>

BIBLIOGRAPHIE

- Amundsen et al., 2017. Suboptimal weight loss and weight regain after Gastric Bypass
- Baillot et al., 2013. Impact of excess skin from massive weight loss on the practice of physical activity in women
- Baillot et al., 2022. Exercise and bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of the feasibility and acceptability of exercise and controlled trial methods
- Bellicha et al., 2021. Effect of exercise training before and after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis
- Beltrán-Carrillo et al., 2022. Elements behind sedentary lifestyles and unhealthy eating habits in individuals with severe obesity
- Capodaglio et al., 2013. Reference values for the 6-min walking test in obese subjects
- Ciangura et al., 2019. Grossesses après chirurgie bariatrique : recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT)
- Courcoulas et al., 2018. Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery
- De Aguiar et al., 2020. Barriers to Physical Exercise and Associated Factors in the Pre- and Postoperative Periods of Bariatric Surgery
- Dieterle C, Chan TH, 2018. American Occupational Therapy Association. Managing obesity in adults: a role for occupational therapy. North Bethesda: AOTA
- Dikareva et al., 2016. Exploring perceptions of barriers, facilitators and motivators to physical activity among female Bariatric Patients: implications for physical activity programming
- Domini et al., 2022. Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement
- Ekelund et al., 2019. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all-cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis
- Fernandes Joaquim et al., 2020. Bariatric Surgery and Low Back Pain: A Systematic Literature Review

- Ferreira 2016. Sport à tout prix ? Dépendance à l'exercice physique et soins de santé primaires en contexte français

- Ghizlane Wariaghli et al., 2012. Normative values for the bath ankylosing spondylitis functional index in the general population compared with ankylosing spondylitis patients in Morocco

Glaves et al., 2021. Association Between Adipose Tissue Characteristics and Metabolic Flexibility in Humans: A Systematic Review

- Gomes-Rocha et al. 2022. Roux-en-Y Gastric Bypass Vs Sleeve Gastrectomy in Super Obesity: a Systematic Review and Meta-Analysis

- Haynes et al., 2020. Weight-based reference equations for the 6-min walk test can be misleading in obese patients

- Herrera-Santelices et al., 2021. Effect of physical exercise in bariatric surgery patients: protocol of a randomized controlled clinical trial

- Heuts et al., 2021. The influence of bariatric surgery on hip and knee joint pain: systematic review

- Hu et al., 2003. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women

King WC, Bond DS et al., 2012 The importance of preoperative and postoperative physical activity counseling in bariatric surgery. Exercise and Sport Sciences Reviews

- Mazeas et al., 2022. Evaluating effectiveness of gamification on physical Activity

- Mehta 2015. Impacts of obesity and stress on neuromuscular fatigue development and associated heart rate variability

- Murai et al., 2019. Exercise Mitigates Bone Loss in Women With Severe Obesity After Roux-en-Y Gastric Bypass

- Olsén et al., 2020. Physical activity with hindrances: a qualitative study of post bariatric patients' experiences of physical activity in relation to excess skin

- Oppert et al., 2021. Exercise Training in Management of Obesity in Adults: Report from the EASO Physical Activity Working Group

- Pécourneau et al., 2017. Effectiveness of exercise programs in Ankylosing Spondylitis: a meta-analysis of RCT

- Perrin 2021. L'émergence de l'activité physique adaptée dans le parcours de soins des maladies chroniques : entre réadaptation et éducation salutogénique
- Pico-Sirvent et al., 2021. Effect of a combined HIIT and Resistance training program in patients awaiting Bariatric Surgery
- Préfaut et Ninot, 2009. La réhabilitation du malade respiratoire chronique. Paris: Masson Édition
- Saidj et al., 2015. Descriptive study of sedentary behaviours in 35,444 French working adults: cross-sectional findings from the ACTI-Cités study
- Schumacher et al., 2021. Prolonged sedentary time adversely relates to physical activity and obesity among preoperative bariatric surgery patients
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, D., et al. 2007. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. New England Journal of Medicine
- Van Baak et al., 2021. Effect of different types of regular exercise on physical fitness in adults with overweight or obesity: Systematic review and meta-analyses
- Virginie Pécourneau et al., 2017. Effectiveness of exercise programs in ankylosing spondylitis
- Woodlief et al., 2015. Dose Response of Exercise Training Following Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: A Randomized Trial
- Zi-Qi Ren et al., 2018. Effect of physical exercise on weight loss and physical function following bariatric surgery: a meta-analysis of randomised controlled trials
- Ziegler et al., 2014. Therapeutic education and clinical pathway for the obese person

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail remercie très sincèrement le comité de relecture composé d'experts dans le champ de l'obésité.

Nous remercions également, Prescilia Roubaud, en stage de master 2 APAS pour toute la mise en page et la création de la charte graphique.