



Surpoids-Obésité

BP 2020-2021

Introduction

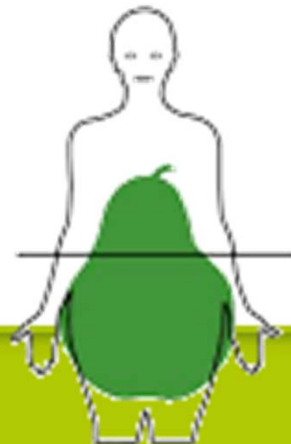
Pas de définition universelle de l'excès de poids, de l'embonpoint ou de l'obésité = utilisation de l'IMC ($\text{IMC kg/m}^2 = \text{poids kg} / \text{taille m}^2$)

Masse corporelle = masse maigre (os, muscles, viscères et liquides) + masse grasse (tissu adipeux sous cutanée/viscéral, molécules de gras intracellulaire)

Tour de taille = reflet de la qité de gras viscéral = risque accru de maladies cardiaques

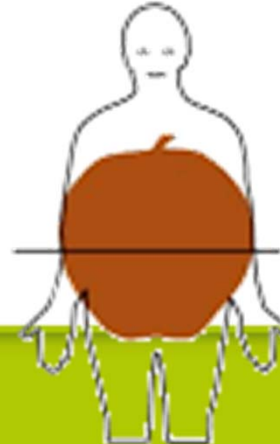
Obésité gynoïde

- Graisse surtout :
- sous-cutanée
 - répartie en dessous de la taille (hanche, fesse, cuisses)



Obésité androïde

- Graisse surtout :
- intra-abdominale
 - répartie en dessus de la taille (face, thorax, abdomen)



Introduction

Les normes de l'IMC conviennent aux adultes de 18 ans et +
Ne s'appliquent pas :

- aux femmes enceintes ou allaitant
- Personnes gravement malades
- Aux athlètes
- Aux adultes de + de 65 ans

tableau 1 Profil corporel et risque relatif de comorbidité selon l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de la taille¹³⁰

IMC (kg/m ²)	PROFIL CORPOREL	RISQUE DE COMORBIDITÉ ASSOCIÉ À L'IMC	AUGMENTATION DU RISQUE DE COMORBIDITÉ* SELON LE TOUR DE TAILLE	
			HOMME : ≥ 94 cm FEMME : ≥ 80 cm	HOMME : ≥ 102 cm FEMME : ≥ 88 cm
< 18,5	Maigre	Faible	—	—
≥ 18,5 et < 25,0	Normal	—	—	—
≥ 25,0 et < 30,0	Embonpoint	Faible	Légère	Élevée
≥ 30,0 et < 35,0	Obèse de classe I	Élevé	Élevée	Très élevée
≥ 35,0 et < 40,0	Obèse de classe II	Très élevé	Très élevée	Très élevée
≥ 40,0	Obèse de classe III	Extrêmement élevé	Extrêmement élevée	Extrêmement élevée

Le tour de taille ajoute à la prédiction du risque de maladies chez les personnes présentant un IMC de 25 kg/m² et plus, car lorsqu'il est supérieur à la valeur seuil selon le sexe, le risque relatif de comorbidité est plus grand pour un IMC donné.

PARTIE 1: LES FACTEURS DE RISQUES

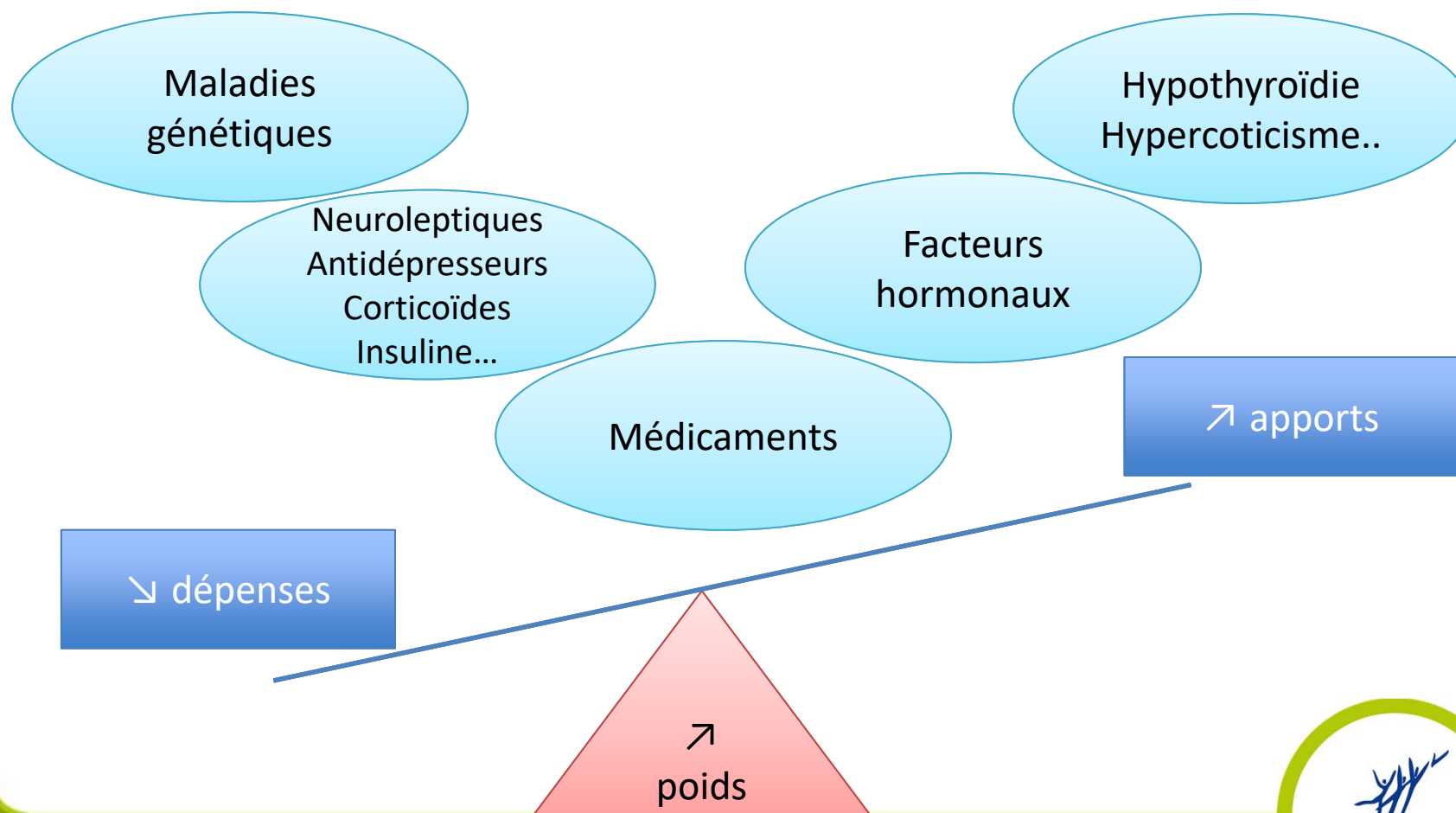
PARTIE 2: LIMITATIONS ET
RECOMMANDATIONS



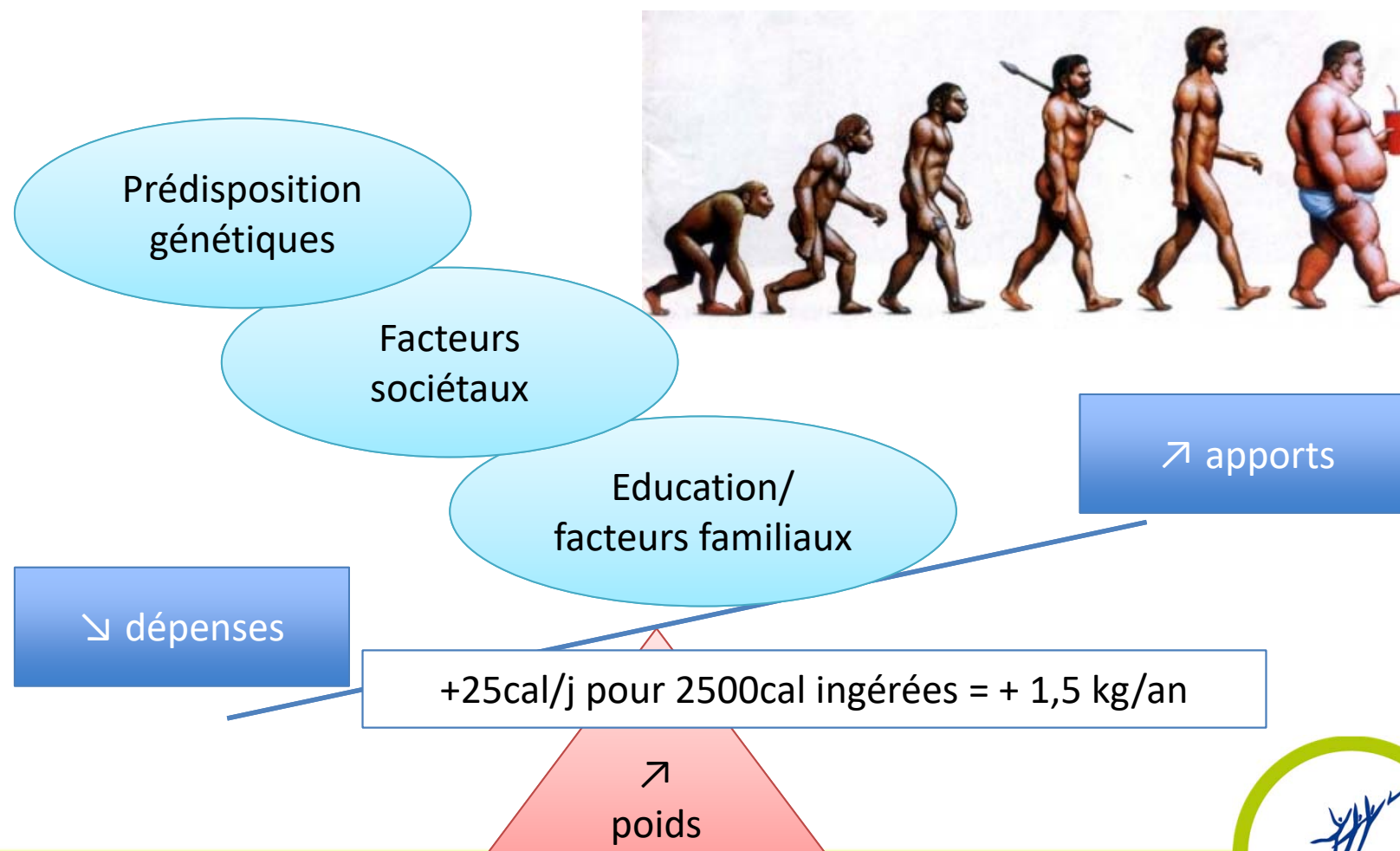
PARTIE 1: LES FACTEURS DE RISQUES



1- Déterminants « bio »



2- Déterminants « bio » « socio »



Génétique ou familiale?

- Predisposition à stocker
- Transmission des habitudes familiales:
 - alimentation (quoi, combien, comment...)
 - activité physique / sédentarité
 - sommeil



Surpoids/obésité: les facteurs de risque

Notre environnement a évolué au cours des âges



Chasser, courir
pour survivre...



...aujourd'hui



Surpoids/obésité: les facteurs de risque

Comment mangent, bougent et dorment nos enfants?



→ **Obésité « sociétale »?**

Alimentation trop riche, repas déstructurés vite pris, sédentarité, temps passé devant les écrans, manque de sommeil...

3- Déterminants psychologiques

- Troubles psychopathologiques dûs aux efforts d'amaigrissement et non d'origine psychogène
- Pas de profil « psycho type » de la personnes souffrant d'obésité
- Certains traits de personnalités communs sont retrouvés
- Difficultés à trancher entre cause et conséquence

Facteurs psychologiques

- Estime de soi basse = + de vulnérabilité face à la pression sociale = + de risque de suivre un régime pour correspondre aux normes sociales = ES altérée à mesure de l'échec des régimes
- Handicap émotionnel
- Hypercontrôle
- Antécédents traumatiques

Evénements mis en lien par les patients avec la prise de poids

*60 patients HDJ service nutrition clinique 2009

- Deuil 30%
- Violence physiques, sexuelles et morales dans l'enfance 20%
- Troubles psychiatriques 11,5%
- Accident 10% et opération/atteintes du corps 10%
- Divorce 6,5%
- Alcoolisme chez les parents 5%
- Conflits familiaux, retraite, déménagement 3%

4- La fonction du poids: le sens du corps gros?



Déterminants de la fonction du poids

- Freins à la perte de poids:
 - mise à distance de la séduction
 - manière de s'affirmer
 - mettre à plus tard projet pour lequel la personne n'est pas prête
- Les représentations:
 - homme fort, protecteur
 - être en bonne santé
 - manger pour 2 pendant la grossesse
- Freins à la perte de poids pour soi:
 - être ridée, devenir triste ou irritable
 - devoir se racheter des vêtements
 - donner raison à quelqu'un

5- Approche sociale



Surpoids/obésité: les facteurs de risque

- Besoin d'une jouissance immédiate et sans fin
- Msg paradoxaux: culte de la minceur et hyper-abondance alimentaire
- Inégalités au niveau social et éducatif
- Disparition des repères autour de l'alimentation (comportements alimentaires + solitaire, + rapide, sans attention)

6- Approche culturelle



Surpoids/obésité: les facteurs de risque

- Identité familiale
- Origine
- Culture
- Fonction au sein de la famille
- Rapport au corps pour les autres membres de la famille et au niveau transgénérationnel

6- Les régimes

- Les profils de mangeurs:
 - Sensoriel: comportement orienté par des sensations, influencé par les cognitions sans être contrôlé, émotion extra-alimentaire non déterminantes
 - Rationnel: « croyances alimentaires », contrôlé par des cognitions conscientes d'ordre pondérales, les sensations alimentaires ont un rôle secondaire
 - Emotionnel: impulsivité alimentaire, nourriture= soulagement de la souffrance émotionnelle, plus de distinction entre faim et émotion

Surpoids/obésité: les facteurs de risque

- Les risques:

- Croyances alimentaires

- Les « bons » aliments qui font maigrir et les « mauvais »

- Manger à volonté (=trop) les aliments qui « font maigrir »

- Ne plus écouter les sensations alimentaires (satiété)

→ phase de contrôle, de perte de poids

- Sentiment chronique de privation/frustration

- Obsession alimentaire

- Culpabilité, angoisse, compulsions sur les aliments « interdits »

→ perte de contrôle , prise de poids

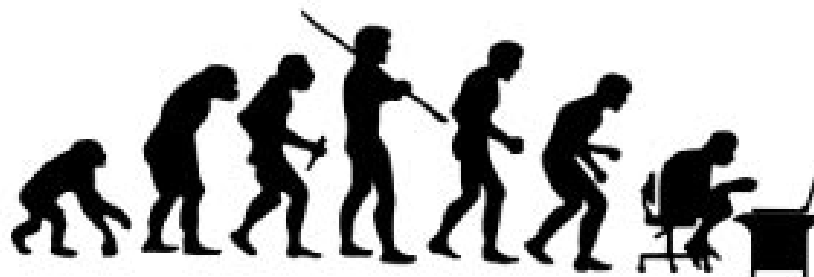
7- Les désordres alimentaires (TCA)

- Comportements restrictifs
- Prise excessive au moment des repas (hyperphagie prandiale)
- Rapidité de la prise alimentaire (tachyphagie)
- Grignotages
- Compulsions alimentaires
- Crises de boulimie

→ banals ou pathologiques?

→ facteurs biologiques, psychologiques et socio-culturel

8- La sédentarité



On peut être actif et
sédentaire!

8- sédentaire/ actif

- adultes, - de 37 % et - de 32 % des personnes âgées (+65 ans) sont suffisamment actifs .
- enfants (- 11ans) , - de 34 % pratiquent une AP quotidienne, et - de 50 % pratiquent quotidiennement des jeux de plein air.
- adolescents (11 à 14 ans) sont 12 % à pratiquer quotidiennement 60 min d'AP d'intensité au moins modérée
- adolescents (15 à 17 ans) 43 % des pratiquent au moins 30 minutes d'AP d'intensité modérée à élevée.

En l'état des connaissances disponibles, l'AP de la population est donc considérée insuffisante au regard des recommandations internationales (OMS, 2010).

Sédentarité :

Concernant le temps d'écran, **hors temps de travail**, les adultes y consacrent, **quotidiennement entre 3h20 et 4h40**.

Dans les études **prenant aussi en compte le temps de travail**, on estime que les adultes **au moins 5 heures/jour dans des activités sédentaires** ;

Entre **3 et 17 ans**, les jeunes passent **plus de 2 heures quotidiennes assis face à un écran**.

Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, le temps passé assis dans des activités sédentaires, intégrant le temps passé devant un écran, se situe au-delà de 3 heures par jour.

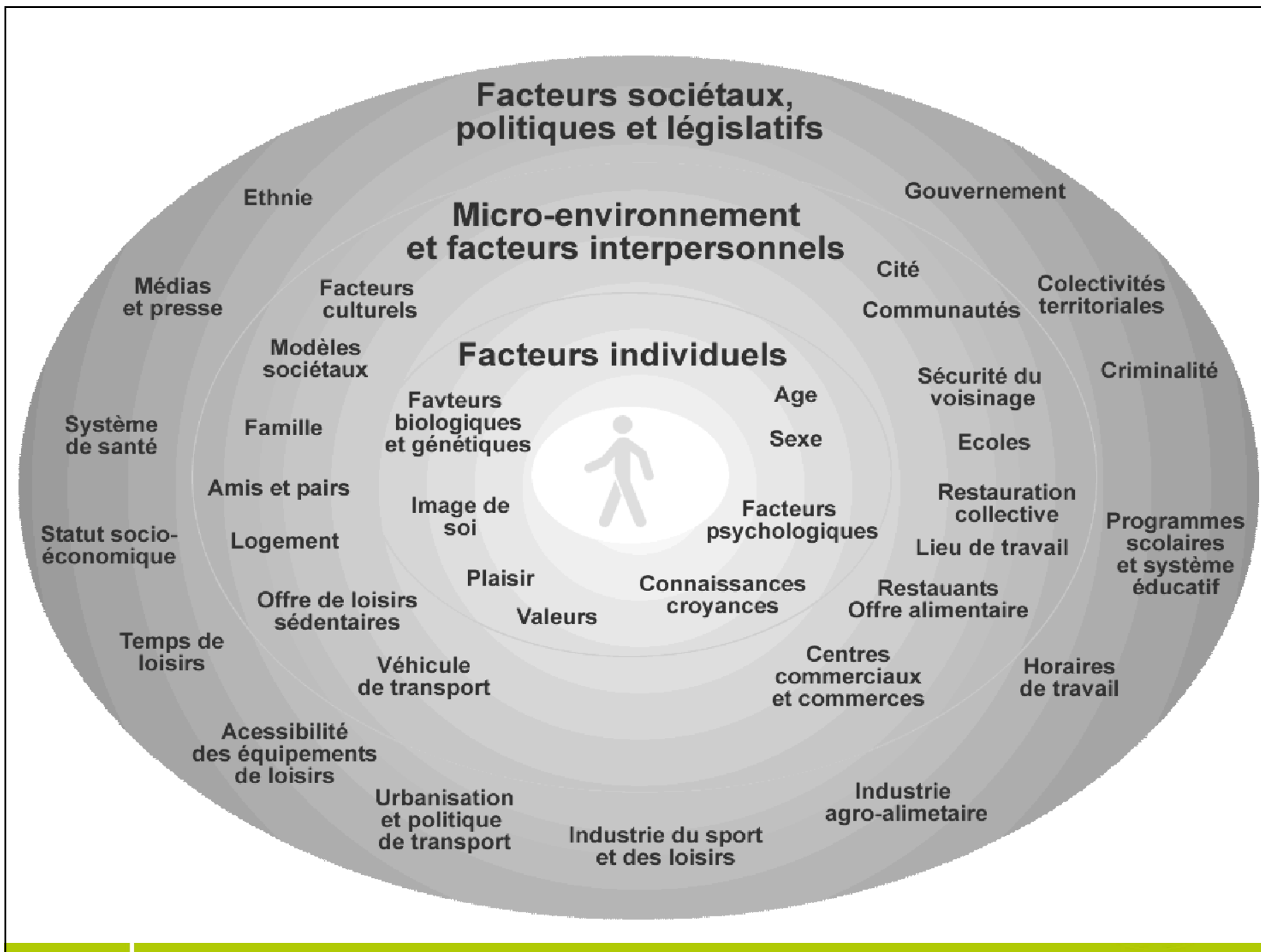
Surpoids/obésité: les facteurs de risque

Aujourd'hui, on reste assis (latin *sedere*, être assis) **tous les jours de plus en plus longtemps** (voiture, transports en communs, bureau, temps de loisir...).

Temps passé à faire de l'activité physique ait augmenté significativement ces vingt dernières années = pas eu d'effet net sur la baisse de l'obésité.

→ car, parallèlement, le temps journalier passé assis a augmenté. prise de poids est très bien corrélée au temps passé assis en voiture ou devant la télévision et autres écrans.





PARTIE 2: LIMITATIONS ET RECOMMANDATIONS



Quelles sont les limitations/contraintes à prendre en compte pour la pratique d'APS?

- Réduction des capacités de locomotion
- Genu valgum
- Modifications de la biomécanique de la locomotion « marche en pingouin »
- Douleurs articulaires (hanche et genou)
- Arthrose
- Pathologies associées (cardiovascu et arthrosiques +++)
- Irritations plis cutanés, frottement
- Champ visuel au sol (parcours de motricité)
- Cartilage de croissance chez l'enfant obèse (épiphysiolyse fémorale supérieure)
- Risque d'asthme chez l'enfant (risque relatif d'être asthmatique ↗ de 50% chez l'enfant obèse)
- Essoufflement disproportionné à l'effort
- Carence protéine suite à chirurgie bariatrique

Chez l'enfant:

- Activités aérobies à privilégier = + efficaces pour ↗ la lipolyse et ↘ la résistance à l'insuline *en théorie...*
- *En pratique...* Activité intensité moyenne, adaptée aux caractéristiques ind.
- +++ activités effectuées dehors
- Activités anaérobies = travailler des groupes musculaires peu sollicités dans le quotidien = dvt/maintien musculaire (si projet en + de perte de poids)
- Pour la pédiatrie = les activités de « musculation » membres inf pas nécessaire
- +++ natation et activités aquatiques (décharge et respiration)
- +++ vélo (décharge, activité familiale)
- ++ marche
- ++ judo (inertie voire une force qui avantage l'enfant obèse)
- ! sports avec pivot des genoux, sauts ou contacts brutaux (foot, handball)

Chez l'enfant:

- Athlé= « bête noire » = profonde modification de sa conception et une bonne compréhension de son intérêt= conditions du retour en grâce
(sauts hauteur/longueur/haie, test de vitesse = absurdes voire pervers en cas d'obésité)
- Gym sportive : sports aux agrès ou sur poutres = non recommandé
- Gym d'entretien = assouplissement, rotations, circumductions, renfo léger= recommandé mais présenté de manière motivante

Surpoids/obésité: limitations et recommandations

Chez l'adulte:

Fréquence:

x2 séances 30min /sem = bénéf cardiocirculatoire

x3 à 5 séances 30min/sem = ↗ de VO2max (gain minime/nul à +5 séances/sem)

Intensité:

Débuter par intensité modérée (50-60%) puis possible jusqu'à 90% fcm_{ax}
utiliser en indicateur échelle visuelle analogique ou de Borg = difficulté perçue va directement influencer l'adhésion à la pratique de l'aps

Durée:

20 à 60 min continues ou discontinues par tranches de 10min (mini x2)

Durée inversement proportionnelle à l'intensité

Charge de travail= intensité x durée = mini 1 000 à 2 000kcal /sem pour générer des bénéf de santé

Après 2 sem d'arrêt = modif significative des paramètres cardiorespiratoires conduisant à un retour à la condition basale en 8 sem

Surpoids/obésité: limitations et recommandations

Chez l'adulte:

Force:

Force muscu = répét mvt avec charges lourdes

Endurance musc= ↗ le nb de répét av charges – importantes

2 à 5 séries, chaque série 8 à 10 répét /groupe musculaire/ x2 à 3/sem

Etirements:

À chaque séance

Proche de la zone max tolérée et maintenus 10 à 30s

(pas de données quant aux nb de répét mais effet optimal possible après 4 répét de l'étirement)

Adulte obèse = - d'AP = - masse muscu → privilégier renfo muscu va stimuler ↗ masse maigre et participer à la stabilisation des articulations du mb inf

Surpoids/obésité: recommandations

Chez l'adulte:

Marche soutenue = 5/6 km/h

Pour déterminer fréquence cible d'entraînement = ajouter à la Fc de repos le même % de la réserve chronotrope que le % d'intensité désiré

Pour rappel:

$$Fc_{\max} = 220 - \text{âge}$$

$$Fc_{\text{réserve}} = Fc_{\max} - Fc_{\text{repos}}$$

Sans cardio utiliser le seuil de dyspnée, échelle analogique

Évaluation:

- Examen clinique
 - TM6
- Équilibre unipodal D/G
- Souplesse (distance doigt/sol)
- Détente verticale Jump Test

AP sans régime adaptée = perte de 0,06 à 0,1
kg/sem = 1 à 8 kg total après qq mois

Pour dépenser 9 000kcal (=1kg de graisse)
obèse = + de 30h d'ap vs athlète= - de 10h

Une séance d'AP surtout si elle est intense ↗ le métabolisme de repos pdt qq heures (150kcal au cours des 12h qui suivent en séance aérobie et 115kcal au cours des 15h suivant une séance de musculation)

Privilégier séance à haute intensité ou en intermittence = +
amaigrissement
(si état de santé le permet)

tableau

5

Synthèse des effets de différentes stratégies amaigrissantes sur la composition corporelle

STRATÉGIE AMAIGRISSANTE	LA MASSE MAIGRE...	LA MASSE GRASSE...
Diète hypocalorique	Diminue; jusqu'à environ 30 % du poids perdu est de la masse maigre.	Diminue jusqu'à environ 1,5 ou 2 kg par mois, si la diète est assez sévère.
Activité physique aérobie	Reste inchangée ou augmente si l'intensité est suffisamment élevée.	Diminue jusqu'à environ 1,5 ou 2 kg par mois, si l'augmentation de l'activité physique aérobie suscite une augmentation de la dépense énergétique d'au moins 15 000 kcal par mois sans augmentation de l'apport calorique par l'alimentation.
Diète hypocalorique et activité physique aérobie	Diminue, mais peu; environ 10 % du poids perdu est de la masse maigre.	Diminue jusqu'à environ 1,5 ou 2 kg par mois si l'augmentation de la dépense énergétique et la diminution de l'apport calorique par l'alimentation suscitent un déficit énergétique d'au moins 15 000 kcal par mois.
Musculation	Augmente.	Diminue un peu à condition qu'il n'y ait pas augmentation de l'apport calorique par l'alimentation.
Diète hypocalorique et musculation	Diminue peu, reste inchangée ou augmente un peu si l'entraînement est intensif.	Diminue jusqu'à environ 1,5 ou 2 kg par mois si l'augmentation de la dépense énergétique et la diminution de l'apport calorique par l'alimentation suscitent un déficit énergétique d'au moins 15 000 kcal par mois.
Diète hypocalorique, activité aérobie et musculation	Reste inchangée ou augmente si l'entraînement est intensif.	Diminue jusqu'à environ 1,5 ou 2 kg par mois si l'augmentation de la dépense énergétique et la diminution de l'apport calorique par l'alimentation suscitent un déficit énergétique d'au moins 15 000 kcal par mois.

A bannir!

- Faire croire que le sport fait maigrir et occulter bilan nutritionnel/suivi diét
- Négliger les conseils de base de lutte contre la sédentarité
- Débuter AP sans examen médical
- Débuter AP avec diabète déséquilibré..
- Imposer AP sans tenir des goûts et des possibilités de réalisation
- Débuter par des séances de course à pied et sans renfo muscu
- Fixer objectifs inaccessibles
- Etre trop directif et chez l'enfant oublier d'associer la famille