

Du patient à l'athlète un chemin possible par Serge Olivares (MK)

Une action de prévention du service Santé de la ville de Gentilly
Colloque athlé/santé 23 Mars 2013

Inactivité et santé :

En 2008, l'inactivité physique aurait été à l'origine de 5,3 millions des 57 millions de décès répertoriés à travers le monde. On a estimé que « 6 à 10% des quatre principales maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, cancers du sein et du côlon) seraient liées au fait de pratiquer moins de 150 minutes d'activité modérée par semaine »

Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy *I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N Blair, Peter T Katzmarzyk, for the Lancet Physical Activity Series Working Group**

Il faut donc bouger ! Ce conseil est plus facile à dire qu'à faire lorsque l'on n'a pas une culture sportive. Notre volonté était donc d'aider ceux qui voulaient « bouger » sans trop savoir comment faire. Nous voulons être une interface entre le monde de la santé et celui de l'activité physique.

Effets de l'exercice physique

On sait que, bien conduit, il peut être un complément voire une alternative au traitement médical classique. Il a une action préventive et une action curative.

Ses effets sont bien documentés, ils concernent des pathologies variées :

L'appareil locomoteur bien sûr, c'est le champ de la kinésithérapie

Mais aussi les douleurs chroniques

Une revue de questions menée par Pedersen et Saltin en 2006 dans le « scandinavian journal of medicine and science in sports » en a recherché le niveau d'évidence sur diverses pathologies. (Etude de B. K. Pedersen, B. Saltin Scand J Med Sci Sports 2006: 16 (Suppl. 1): 3–63)

- Syndrome métabolique et obésité (Evidence forte)
- Diabète 2 (Evidence forte)
- Diabète 1 (Evidence modérée à pas d'évidence)
- Hypertension (Evidence forte)
- Cardiologie (Evidence forte)
- Vasculaire (Evidence forte)
- Pneumologie (Evidence forte)
- Cancérologie (Evidence modérée)
- Ostéoporose (Evidence modérée)
- Psychiatrie dépression (Evidence forte)
- Fibromyalgie (Evidence forte)
- Fatigue chronique (Evidence forte)

On constate d'une manière générale :

- Augmentation de l'espérance de vie
- Amélioration de la qualité de vie
- Amélioration de l'estime de soi
- Amélioration des symptômes
- Diminution des conséquences
- Prévention des rechutes

Néanmoins, des effets négatifs peuvent se présenter, si les exercices sont inadaptés. Il y a donc nécessité d'un bilan précis et d'un encadrement qualifié.

Importance des qualités aérobies

Le MET, Metabolic Equivalent Task, est la consommation d'oxygène moyenne d'un individu au repos. On sait aujourd'hui que les sujets disposant de moins de 8 METs sont des sujets à risque. De plus le gain d'un MET diminue de 13 % la mortalité totale et de 15 % celles des risques cardiovasculaires. (Kodama S, Saito K, Tanaka S et coll. Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events in Healthy Men and Women: A Meta-analysis. JAMA 2009;301(19):2024-2035)

Où trouver l'encadrement

La kinésithérapie : Elle s'effectue en préalable de la reprise de l'activité. Elle s'arrête lorsque les déficiences sont améliorées ou compensées.

Les clubs sportifs : Ils s'adressent en priorité aux gens « en forme », pour ce public particulier il y a un frein psychologique. De plus certains patients ne peuvent intégrer directement un club même en athlé/santé

Une interface est donc nécessaire

Notre interface :



Créée en 2009, par la ville de Gentilly, nous l'avons dénommée « Réadaptation à l'activité physique » R A P. Elle est encadrée par un kinésithérapeute/préparateur physique, avec le concours du service des sports de la ville. Elle s'adresse aux patients qui devraient bénéficier d'une activité physique, mais qui faute d'encadrement ne savent comment faire, et ne peuvent intégrer une structure préexistante. Le recrutement se fait sur avis médical, mais pour des personnes sans problèmes cardiaques. Il existe pour ces patients des structures spécialisées.

Sinon nous nous adressons à tout type de sujets quel que soit l'âge, ou le sexe.

L'action Elle se compose d'un suivi diététique (sur avis médical) et d'une activité physique encadrée.

Le financement : Il s'est fait dans le cadre d'un « Atelier Santé Ville », mais d'autres sources de financements seraient à rechercher dans les divers plans ministériels associant santé et activité physique ou sport. On consultera avec intérêt le site

<http://www.sante.gouv.fr/livre-des-plans-de-sante-publique-3eme-edition-mai2011.html>

Les détails de l'action :

la première phase comprenait la passation de bilans :

Tout d'abord **médical**, fait par le médecin traitant, Sur la base de l'examen de non contre-indication à la pratique sportive. Nous avons aussi demandé la supervision d'un cardiologue.

Outre leur aspect médico-légal ces bilans permettaient d'encadrer l'activité.

Un bilan des habitudes alimentaires était fait, si besoin, par **une diététicienne**

Le bilan **kinésithérapique** Il commence par un entretien. Nous nous appuyons sur un questionnaire de qualité de vie (SF36 modifié), nous essayions de repérer des facteurs de risques ou des contre – indications (Q-AAP, ACSM voir annexe).

Il s'agit aussi de préciser la demande (remise en forme, perte de poids, objectif particulier...).

Néanmoins il faut que ces objectifs soient motivants, réalistes et chiffrés.

Un examen de la morphologie et de la statique suivra, nous recherchons des anomalies (scolioses, cyphose, genu varum....)



Nous nous intéressons ensuite à l'amplitude articulaire, à la recherche de limitations ou au contraire d'hyperlaxité. Pour cela nous utilisons des tests simples et validés (Straight leg raise, test de Ober, test de Thomas...)

Concernant la force, nous nous intéressons à la force des membres en utilisant un « Myotest » ou un dynamomètre « Micro Fet 2 ». A cela nous ajoutons une évaluation de la force et/ou de l'endurance des muscles du tronc.

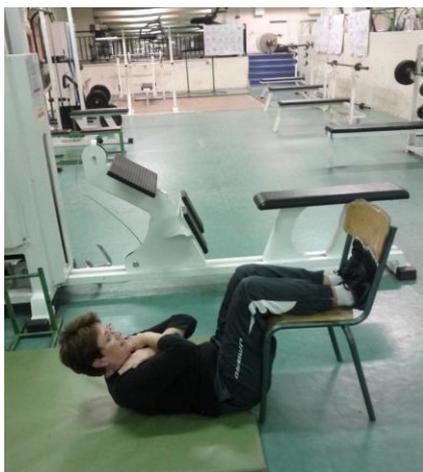


Bilan des qualités aérobies :

IL nous permet de quantifier la charge de travail. Nous utilisons un test sous maximal (Mercier), différent de ce qui est fait avec les sportifs réguliers. Lorsque ce n'est pas possible (panne de tapis roulant), nous définissons une fréquence cardiaque de travail, tenant compte de la FC de réserve :
Fréquence cardiaque de travail : $(\% \text{ désiré})(F_{\text{Max}} - F_{\text{repos}}) + F_{\text{repos}}$

La prescription d'exercices :

Elle se fait en fonction du bilan, des priorités et des goûts du patient, des disponibilités de chacun
Les contraintes : Il faut prendre en compte la fatigabilité, de ces patients qui souvent présentent des pathologies et des facteurs de risque intriqués +++. Les participants pouvant venir pour un problème de surpoids et présenter une pathologie d'épaule par exemple.
Il faut donc s'adapter et surtout ne pas mettre en échec



Test de Shirado

Les séances : Elles se déroulent dans une salle de sport, avec un programme individualisé, entre préparation physique et kinésithérapie

Travail aérobique, il se faisait sur tapis roulant avec pente (permettant ainsi d'éviter de courir), à vélo ou sur un elliptique

- Renforcement musculaire
- Assouplissement
- Proprioception

Les recommandations internationales pour les bienfaits de l'activité physique étaient les suivantes :

Générales

150'/semaine (activité modérée, 46/63 % de VO₂ max) ou 75'/semaine (activité vigoureuse, 64/90 % de VO₂ max) en sachant qu'« *Un peu, c'est bien, plus c'est mieux* » et « *Moins, c'est toujours mieux que rien* »

Séances de renforcement musculaire 2 à 3/semaine

Lutte contre la sarcopénie (fonte musculaire). Il faut travailler tous les grands groupes musculaires, l'aspect préventif de l'activité physique étant limité aux muscles ayant travaillé.



Intensité : De 60 à 70% de 1 RM (débutants), > 80 % pour les plus expérimentés, 40 à 50% (personnes âgées, sédentaires)

Nombre de répétitions : 10-12 répétitions pour la plupart, 10-15 reps pour les sédentaires ou les plus âgés et sur 2 à 4 séries

Séance d'assouplissement :

2/3 séance par semaine, d'une durée de 60s (2x30s, 3x 20s...) avec 2 à 4 répétitions.

Exercices neuro-moteur 2 à 3/semaine

Il y a peu de publications. Nous ferons des exercices d'équilibre,

Des exercices d'alignement (fonctionnels)

Des exercices de travail du « core ». Le « core » étant un terme anglo-saxon sans réelle traduction française satisfaisante, qui désigne les muscles profonds qui entourent et stabilisent la colonne.



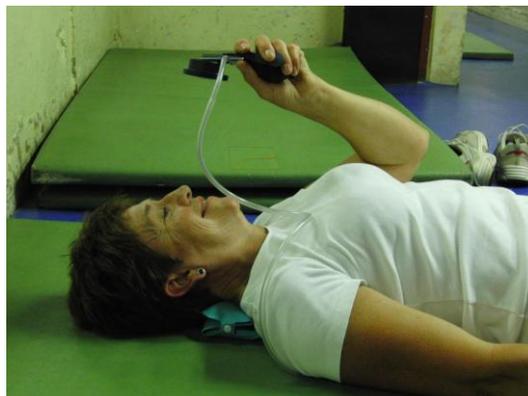
Travail cardio vasculaire : Il s'agit d'une combinaison d'activités modérées et vigoureuses, mais il y a la nécessité d'exercices vigoureux contrôlés et adaptés plutôt discontinus (sur la séance ou en interval training). Ils se font sur vélo ou elliptique, pour être portés. Les séances de tapis roulant se font, en marche active avec pente. La pente permettant d'augmenter la difficulté sans être obligé de courir.

Conclusion

Cette action a une efficacité en termes d'amélioration de la santé. Les sujets ont la sensation d'être en meilleure santé, ils présentent une amélioration des qualités aérobies, une perte de poids, une diminution de l'intensité et de la fréquence des douleurs, une amélioration de l'image de soi (« bien dans sa peau »)

Néanmoins elle nécessite un effort de formation de l'encadrement kinésithérapique et des éducateurs sportifs.

Une grande partie de ces patients pourraient trouver leur place dans les sections athlé/santé, mais cette possibilité n'est pas présente partout et nous avons beaucoup de difficultés à trouver une structure capable d'accueillir ces personnes.



La prise en compte de l'activité physique dans les politiques de santé et d'urbanisme devrait être une priorité. Nous citerons l'exemple Finlandais (comme un clin d'œil à Arja Meyer)



.According to the Sports act, all Finnish residents (also) have a right to exercise. This law obliges municipalities to guarantee equal access to exercise services to all residents regardless of their age or health status. (Scand J Med Sci Sports 2007; 17: 156–164)



Serge Olivares
Kinésithérapeute
Entraîneur demi-fond
Responsable de l'action Réadaptation à
l'Activité Physique de la ville de Gentilly



Pour adhérer à notre association ou avoir des renseignements, une seule adresse :
AEIFA, 16 rue Vincent Compout 75018 PARIS
Courriel : aeifa@aeifa.com Internet : www.aeifa.com