

Dossier documentaire

Prescription d'activité physique adaptée

Juin 2020

Rédacteur :

Pierre Caillault, médecin de santé publique, SRAE Nutrition des Pays de la Loire.

Contributeurs :

Elodie Cosset, médecin généraliste, coordinatrice régionale des groupes qualité.

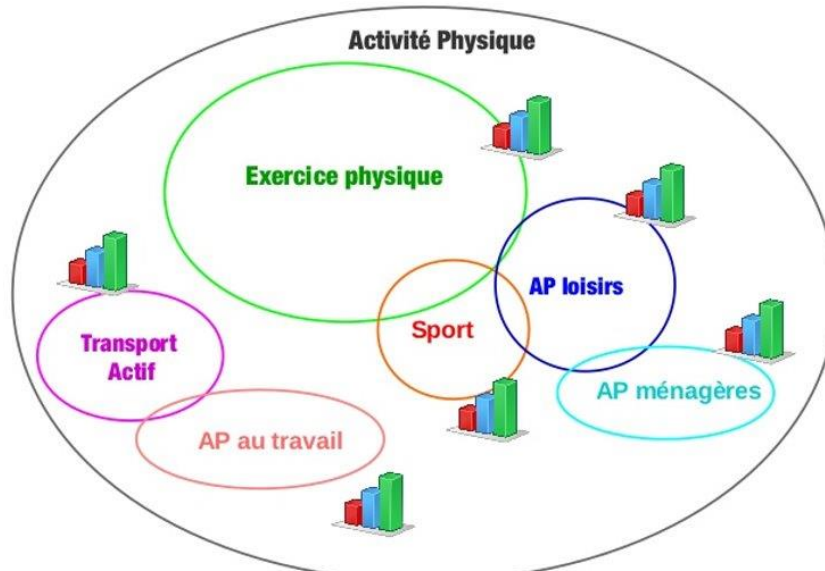
Charles Gaignon, Enseignant en Activité Physique Adaptée, SRAE Nutrition des Pays de la Loire.

Plan

<i>Activité physique et santé :.....</i>	<i>4</i>
<i>AP et maladies chroniques :.....</i>	<i>5</i>
<i>Recommandations :.....</i>	<i>8</i>
<i>Quelle intensité ?.....</i>	<i>9</i>
<i>En pratique, consultation médicale d'activité physique :.....</i>	<i>10</i>
<i>Comment prescrire ?.....</i>	<i>11</i>
<i>En Pays de la Loire :.....</i>	<i>13</i>
<i>Annexe 1.....</i>	<i>15</i>
<i>Annexe 2 :.....</i>	<i>16</i>
<i>Annexe 3.....</i>	<i>17</i>
<i>Ressources :.....</i>	<i>19</i>

Prescription d'**activité physique** adaptée

Activité physique : Tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs.



Romain & Bernard 2018. Clinicians guide to physical activity for people with mental illness (Bernard, 2019)

- 🔑 **L'activité physique = multiples situations d'être actif. Aucune n'est plus essentielle qu'une autre et le « sport » n'est que l'une des composantes possibles.**
- 🔑 **De fait, chacun est actif à différents moments qui ont tous une progressivité. Autrement dit, une approche binaire « je fais / je ne fais pas » n'est pas appropriée pour les activités physiques du quotidien (transport actif, travail/école, tâches domestiques) et les loisirs.**
- 🔑 **En dehors de situations extrêmes avec un alitement prolongé, chaque personne pratique donc déjà un certain niveau d'activité physique, qui sera à valoriser.**

« Inactivité physique » : Terme utilisé pour désigner une personne qui n'atteindrait pas le niveau d'activité physique recommandé dans la population. Nous reviendrons sur ces recommandations par la suite. En pratique clinique, ce terme est peu utilisable (cf. paragraphe précédent).

Sédentarité : situation d'éveil caractérisée par une **dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée** : déplacements en voiture, regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur...

- 🔑 **Il est aujourd'hui bien démontré qu'il faut distinguer la sédentarité et le manque d'activité car ils ont des effets distincts et non compensatoires sur la santé.**

Le message général est donc double :

- **Bouger plus**, peu importe le niveau d'activité physique initial de chacun (selon ses capacités, son environnement et ses envies)
- **Limiter la sédentarité** (se lever au moins toutes les 2h passées en position assise)

Prescription d'activité physique adaptée

Activité Physique Adaptée (APA) : Pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des **personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.** (décret 20 12 2016)

Lorsqu'un patient souhaite se lancer dans une APA, le recours à un encadrant permet de le rassurer, de l'accompagner et de lui donner les outils pour devenir autonome dans sa pratique. Toute personne trop sédentaire ou éloignée de l'activité physique peut relever d'un programme d'APA.

Quels intervenants peuvent dispenser l'APA ?

Pour des patients présentant des limitations fonctionnelles sévères (Cf. tableau), les séances d'APA seront encadrées par un professionnel de santé (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien) ; si besoin en partenariat avec un enseignant en APA (EAPA, licence 3 ou M2 en STAPS «activité physique adaptée et santé») :

	Critère d'évaluation	Niveau d'altération sévère
Fonctions locomotrices	Fonction neuromusculaire	Altération de la motricité et du tonus affectant gravement la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéoarticulaire	Altération importante d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant gravement la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Fatigue ou dyspnée invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Ne peut vaincre une résistance faible pour plusieurs groupes musculaires lors d'un mouvement quotidien
	Marche	Distance parcourue inférieure à 150 mètres lors du test de marche de 6 minutes
Fonctions cérébrale	Fonctions cognitives	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété ou de dépression
Fonctions sensorielles et douleur	Capacité visuelle	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles non perçues, non localisées
	Capacité auditive	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Douleur constante et très invalidante avec ou sans activité

[Plus d'informations sur les limitations fonctionnelles](#)

(p14 et p15)

Tableau 1 : Limitations fonctionnelles sévères, modifié par bretagne-sport-santé.fr

Les enseignants en APA sont plus souvent sollicités lorsqu'il existe des limitations fonctionnelles, qu'elles soient minimales, modérées ou sévères (cf. ci-avant).

Les patients sans limitation ou présentant des limitations minimales pourront être orientés vers des éducateurs sportifs ou autres professionnels de l'activité physique (titulaires d'un diplôme fédéral, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle).

Limitations / Métiers	DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS			
	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère (*)
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes (**)	(sauf demande)	(sauf demande)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs (***)	+++	+++	+ (****)	non concernés
Bénévoles non-diplômés (*****)	+++	++	non concernés	non concernés

Prescription d'activité physique adaptée

Prescription :

Comme le rappelait la HAS en 2011, la notion de « prescription » est utilisée sur la base d'une acception plus large que son acception classique dans le champ de la médecine. Elle ne se limite pas aux préconisations inscrites sur l'ordonnance, elle peut également comprendre l'« orientation » du patient par le médecin vers certaines thérapeutiques et vers certains professionnels spécialisés aptes à l'accompagner dans le suivi de la thérapeutique (ex. diététiciens, infirmières, kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, etc.).

Ces prescriptions peuvent donc prendre diverses formes :

- elles peuvent être inscrites sur l'ordonnance ;
- elles peuvent être énoncées seulement oralement ;
- elles peuvent donner lieu à la distribution de brochures d'information ;
- elles peuvent donner lieu à la mise à disposition par le médecin de coordonnées de professionnels spécialisés.

(HAS, 2011)



Une ordonnance écrite aurait en moyenne deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral. (B A Swinburn, 1998)

Remarque sur le « sport sur ordonnance » :

A la lecture de ces premiers éléments, il convient donc de souligner l'ambiguïté du « **Sport sur ordonnance** ». Bien qu'elle se soit avérée intéressante pour engager une dynamique sur le sujet, cette expression s'avère finalement assez incomplète :

- L'enjeu est bien l'activité physique dans toutes ses occasions, avec ou sans sport.
- La mise à l'écrit sur une « ordonnance » est pertinente et efficace, mais c'est bien l'acte de prescription dans son ensemble qu'il faut considérer. « Ordonnance » peut sous-entendre une « prise en charge financière » ; à ce jour, il n'y a pas de prise en charge financière par la sécurité sociale. Certaines complémentaires santé (pour certains contrats) le font. A ce jour, chaque patient devra donc se renseigner auprès de sa complémentaire, si existante.

Activité physique et santé :

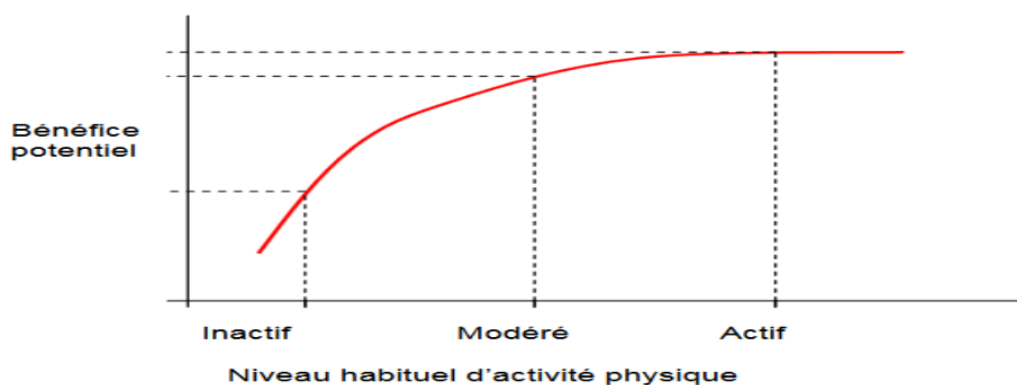
Selon les études, une activité physique régulière et le suivi des recommandations sont associés à une diminution de la mortalité précoce comprise entre 29 et 41 %. (ANSES, 2016)

Les bénéfices de l'activité physique sont solidement établis, tant en prévention primaire, qu'en prévention secondaire et tertiaire.

Pourtant, les études disponibles montrent que le niveau d'activité physique des patients atteints de pathologies chroniques est inférieur à celui de la population générale non malade. L'analyse de la littérature

fait clairement ressortir que la plupart des patients atteints de maladies chroniques aux stades les plus sévères seront ceux qui réaliseront le moins d'activité physique quotidienne, inactivité qui contribue à renforcer les limitations fonctionnelles et la dépendance. (Inserm, 2019)

Schéma 1. Relation entre le volume d'AP et de bénéfices pour la santé, en fonction du niveau d'AP habituel.



- 🔑 Il n'y a pas un volume minimal d'AP nécessaire pour avoir des bénéfices pour la santé et/ou la condition physique. (HAS, 2019)
- 🔑 Et surtout, les bénéfices sont d'autant plus marqués que l'on part d'un niveau bas d'AP et sont obtenus pour des volumes modérés d'AP.

Activité physique et maladies chroniques :

Le manque d'activité physique est l'un des quatre facteurs de risque principaux de pathologies chroniques accessibles à la prévention avec la consommation de tabac, la consommation d'alcool et une mauvaise alimentation.

Publiée en 2019, une expertise collective menée par l'Inserm a étudié le rôle de l'activité physique en traitement et en prévention des maladies chroniques. 10 pathologies chroniques ont été étudiées. Il s'agit là d'un choix fait par les auteurs en début d'expertise pour centrer leur travail. Ils soulignent bien que cette liste n'est pas exhaustive, et que l'activité physique a montré de réels bénéfices dans d'autres situations cliniques (ex : maladies neurodégénératives).

- 🔑 « L'enjeu aujourd'hui n'est plus de savoir si l'activité physique est nécessaire ou pas, mais de construire les conditions d'une pratique d'activité physique durable et adaptée en créant un environnement et un accompagnement favorable à la pratique, inscrite dans le parcours de soin, favorisant l'autonomie des personnes, et prenant en compte leur environnement social. » (Inserm, 2019)
- 🔑 Le groupe d'experts recommande que la prescription d'activité physique soit systématique en première intention et aussi précoce que possible dans le parcours de soin des pathologies étudiées.



Le groupe d'experts recommande que l'activité physique soit prescrite **avant tout traitement médicamenteux** pour :

- la **dépression légère à modérée**,
- le **diabète de type 2**,
- l'**obésité**,
- l'**AOMI**.

Focus : Activité physique et surpoids/obésité :

Contrairement aux idées reçues, la pratique d'une activité physique a un effet modeste sur la perte de poids. (Annexe 1) Mais associée à un régime hypocalorique, elle limite la perte de masse musculaire et permet une réduction de la graisse abdominale et donc du tour de taille.



Suivre le tour de taille plutôt que le poids. (entre la dernière côte et la crête iliaque, à la fin d'une expiration normale).

Paradoxalement, les patients en surpoids ou obèses qui maigrissent et qui participent à des programmes d'AP peuvent éprouver une augmentation des douleurs, en particulier du dos. C'est habituellement dû à une redistribution des charges corporelles au niveau des vertèbres. Le problème est habituellement passager. Il est important d'en informer le patient et de l'encourager à continuer ses AP. (HAS, 2018)

Focus : Activité physique et diabète de type 2 :

L'activité physique régulière en endurance, en renforcement musculaire ou les deux réduit les risques de complications micro et macro-vasculaires du diabète. Elle améliore l'équilibre glycémique et, chez le patient traité par insuline, réduit ses besoins en insuline.

Effets immédiats de l'AP :

Chez les patients traités par diététique ou médicaments non hypoglycémiantes, l'autocontrôle glycémique est inutile car il n'y a pas de risque d'hypoglycémie pour une AP d'intensité modérée à élevée.

À l'inverse, l'autocontrôle glycémique est indispensable pour les AP nouvelles ou inhabituelles chez les patients traité par hypoglycémiantes oraux ou par insuline.

Effets à long terme de l'AP :

Chez les patients pré-diabétiques, l'AP réduit de 30 à 50 % le risque de développer un DT2, indépendamment des effets des conseils alimentaires, de l'IMC de départ et de ses variations. Ces bénéfices sont obtenus pour des AP d'intensité modérée à élevée, mais aussi pour des AP de faible intensité. (Cf. suite du dossier)

Chez les patients DT2, une AP régulière réduit de 25 à 30 % le risque de survenue des complications micro-vasculaires et réduit aussi le risque de maladies cardio-vasculaires. Elle réduit le risque de mortalité cardio-vasculaire indépendamment des autres facteurs de risque cardio-vasculaire, avec une relation dose-réponse.

Chez les patients DT2 traités par insuline, l'AP régulière permet de réduire les besoins en insuline.

EFFETS BÉNÉFIQUES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS CERTAINES PATHOLOGIES

MÉTABOLIQUES

diabète de type II



↘ mortalité toutes causes et cardiovasculaires

↘ contrôle de l'équilibre glycémique

diabète de type I



↗ aptitude physique aérobie

↗ profil lipidique

↘ insulino-résistance et besoins en insuline

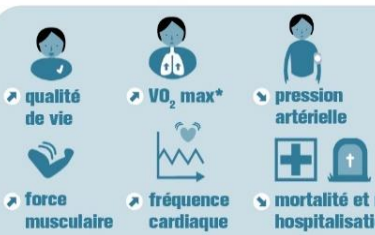
obésité



↘ masse grasse viscérale

↘ maintien du poids après perte initiale

Pathologies coronaires



↗ qualité de vie

↗ VO₂ max*

↘ pression artérielle

↗ force musculaire

↗ fréquence cardiaque

↘ mortalité et ré-hospitalisation

Insuffisance cardiaque chronique

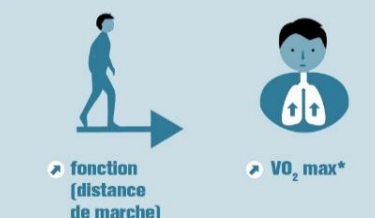


↗ marqueurs biologiques

↗ qualité de vie

↗ VO₂ max*

AVC

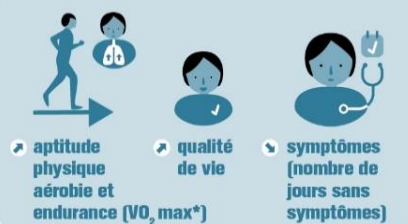


↗ fonction (distance de marche)

↗ VO₂ max*

PULMONAIRES

Asthme



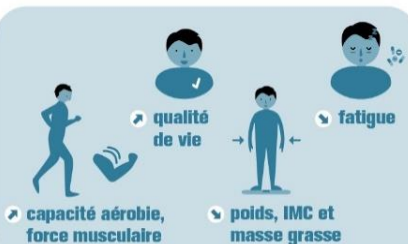
↗ aptitude physique aérobie et endurance (VO₂ max*)

↗ qualité de vie

↘ symptômes (nombre de jours sans symptômes)

CANCER

Cancer



↗ capacité aérobie, force musculaire

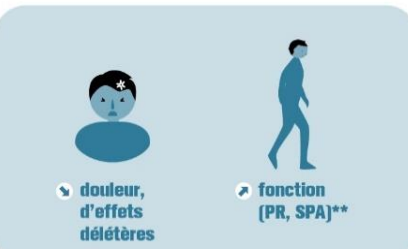
↘ poids, IMC et masse grasse

↗ qualité de vie

↘ fatigue

OSTÉO-ARTICULAIRES

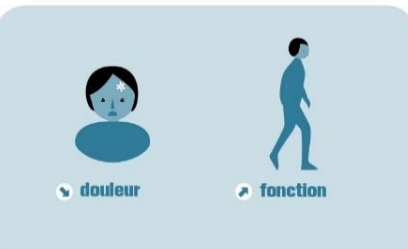
Rhumatisme inflammatoire



↘ douleur, d'effets délétères

↗ fonction (PR, SPA)**

Arthrose membre inf

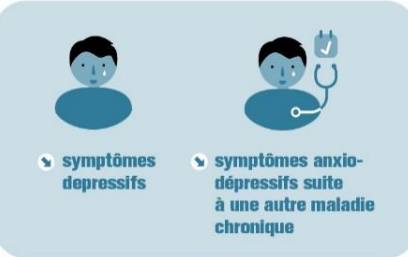


↘ douleur

↗ fonction

MENTALES

dépression



↘ symptômes dépressifs

↘ symptômes anxio-dépressifs suite à une autre maladie chronique

* VO₂ max : Volume maximal d'oxygène consommé

** PR : Polyarthrite rhumatoïde

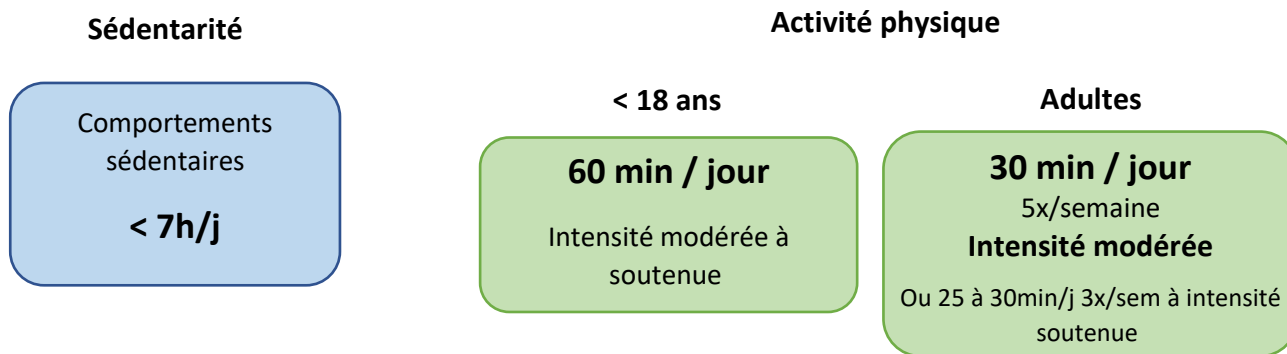
** SPA : Spondylarthrite ankylosante

↗ Améliorations

↘ Limitations

Illustrations : Flore Avram

Recommandations :



Ne pas confondre les recommandations générales et la prescription individuelle.

Utiles pour la recherche ou l'épidémiologie, les recommandations ne sont pas des dogmes ou des normes mais plutôt des repères pour les praticiens.

Pour une personne éloignée de l'AP, « 30min/j » sera un premier objectif bien trop élevé. Lui recommander cela risquerait fortement de la mettre dans une situation d'échec et ainsi compromettre la pérennité de l'action. Un objectif du type « faire de votre mieux » ou « être plus actif » sera plus efficace pour cette personne. (Swann & Rosenbaum, 2017) (Kino-Québec, 2019)

« 10.000 pas / jour » ? Le vrai du faux :

Cet élément est fréquemment repris par les médias et les professionnels, parfois même avec le cachet « OMS ». Or, **il ne s'agit pas d'une recommandation**. Ce chiffre est apparu dans les années 60 par une société japonaise qui souhaitait développer un podomètre.

10.000 pas ≈ 90 min de marche (100 pas/min), bien au-dessus des 30min/jour !

Certes, sur le papier, ces 10.000 pas ne sont pas « mauvais » pour la santé. Mais en pratique, ils sont un repère très élevé pour qui voudrait s'évaluer et s'améliorer. Le risque de découragement serait grand. Pourquoi commencer par se mettre des bâtons dans les roues ? Gardons ce repère pour ceux qui sont à 9000 pas par jour et retenons plutôt que « **chaque pas en plus est bénéfique pour sa santé** ». (HAS, 2019)

Au-delà des chiffres, l'idée du **nombre de pas par jour** peut être un excellent appui pour plusieurs raisons. D'abord, il existe bien un lien entre le nombre de pas effectué chaque jour et les résultats pour la santé. Ensuite, cela **valorise la marche** qui est la principale AP à mettre en avant. Accessible, peu coûteuse, elle peut s'exercer à plusieurs intensités et à tout âge. La marche peut être « utilitaire » ou de loisirs ; elle est même souvent réalisée à notre insu ! L'observance au long court est souvent très bonne. (HAS, 2019)

Quasiment tous les smartphones ont désormais un podomètre intégré. Utiliser cette donnée avec un patient peut être un bon support pour débiter un accompagnement. Par la suite, les bénéfices ressentis et perçus seront bien plus intéressants à explorer et à valoriser que le nombre de pas en lui-même.

Quelle intensité ?

Généralement, l'intensité est classée en plusieurs catégories : légère, modérée, élevée et très élevée.

L'intensité modérée est l'intensité recommandée. Les AP à faible intensité ne sont pas inutiles pour la santé, bien au contraire, c'est la grande majorité de notre temps passé à être actif. Pour les personnes les plus éloignées de l'AP, elles seront mêmes une excellente cible et un prérequis indispensable pour aller vers une intensité modérée.

Quel que soit le point de départ, la progressivité est un élément phare pour réduire le risque d'événements cardio-vasculaires et musculo-squelettiques et ainsi envisager la pérennité du changement. (progressivité d'une séance à l'autre, et au sein d'une même séance).

Il existe plusieurs manières que quantifier l'intensité. Celle utilisant la fréquence cardiaque peut parfois être utilisée avec certains patients.

A partir de la fréquence cardiaque de réserve (FCR) : $FCR = FC \text{ max} - FC \text{ repos}$

Une AP d'intensité modérée sera <60 % de la FCR.

Plus largement, la mesure de l'intensité par des **indicateurs subjectifs sera à privilégier**, car ils sont parfaitement utilisables en autonomie par les patients. Voici les principaux indicateurs :

L'échelle de Borg modifiée estime l'intensité de l'effort sur une échelle de 0 à 10.

Perception	Rien du tout	Très très facile	Très facile	Facile	Moyen	Un peu difficile	Difficile		Très difficile			Presque maximal
Cote	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intensité		Faible			Modérée			Élevée				

Source expertise collective de l'Inserm 2008 (24)

La parole et la respiration sont de très bons indicateurs pour la pratique courante :

Modérée	★ essoufflement modéré ★ conversation possible transpiration modérée pénibilité : 5 à 6 peut être maintenu 30 à 60 min*	marche (4 à 6,5 km/h)**, course à pied (< 8 km/h)** , vélo (15 km/h)** monter les escaliers (vitesse faible) nager (loisirs), jouer au tennis
---------	---	---

Les patients qui présentent des **signes ou symptômes** évocateurs d'une maladie cardio-vasculaire, métabolique, rénale ou respiratoire **non connue ou instable** relèvent d'une consultation médicale diagnostique, avant de pouvoir envisager de commencer ou poursuivre une AP, quelle que soit son intensité.

Ces **patients ne relèvent pas de conseils ou d'une prescription d'AP** tant qu'un diagnostic n'est pas précisé et la pathologie stabilisée.

Il n'y a quasiment aucune contre-indication à la pratique d'une activité physique d'intensité modérée, c'est-à-dire à une activité qui entraîne un essoufflement modéré et où la conversation normale est possible : marche active, montée lente des escaliers, footing à moins de 8 km/h, jardinage...

Le médecin qui envisage de conseiller ou prescrire une AP d'intensité au moins modérée, au décours d'une consultation médicale, doit réaliser une **évaluation médicale** comprenant :

- un interrogatoire et un examen clinique complet
- une évaluation du **niveau de risque CV** du patient : pathologies chroniques, facteurs de risques, traitements...
- une estimation des **autres risques** du patient à la pratique d'une AP (musculo-squelettiques, traitements...)
- une estimation de l'**intensité envisagée** de l'AP ;
- une estimation du **niveau habituel** d'AP du patient ; (ex : questionnaire de Marshall, Annexe 2)
- une estimation de l'état de **motivation** du patient pour un mode de vie physiquement plus actif et/ou vis-à-vis de la pratique d'un sport de loisir qu'il a lui-même choisi.

NB : L'absence de motivation pour modifier son comportement est une situation courante et normale. Dans ce cas, votre posture est essentielle : écouter, respecter et exprimer votre disponibilité. Comme pour le tabac, un conseil minimal lors d'un renouvellement d'ordonnance sera efficace avec votre patientèle. (Vallée, 2017)

« Pratiquez-vous une activité physique régulière ? Souhaitez-vous modifier cela ? Aujourd'hui les recommandations pour la santé sont d'avoir une activité physique dynamique 30 minutes cumulées par jour et de limiter le temps passé assis. Je suis disponible pour en discuter avec vous lorsque vous le souhaitez. »

Dans quel cas faire un électrocardiogramme (ECG) de repos ?

L'enregistrement d'un ECG de repos n'est pas recommandé chez un patient asymptomatique, au préalable d'une AP. Toutefois, avant une AP d'intensité élevée, un avis cardiologique spécialisé et un ECG de repos sont recommandés chez :

- les patients avec des antécédents personnels de maladie cardio-vasculaire (hors hypertension artérielle équilibrée) ;
- les adultes de moins de 35 ans, en cas d'antécédents familiaux de pathologies cardiovasculaires héréditaires ou congénitales ou de mort subite avant 50 ans.

Dans quel cas demander une épreuve d'effort (EE) ?

L'EE est faiblement prédictive de la survenue d'un événement cardio-vasculaire grave chez les sujets asymptomatiques.

Il n'est pas nécessaire de faire pratiquer une EE aux patients qui désirent reprendre une activité physique d'intensité faible à modérée.

Chez les patients avec un niveau de risque CV élevé ou très élevé, une EE est recommandée, qu'ils soient actifs ou « inactifs ». (Annexe 1)

Cet examen reste indispensable lorsqu'une activité physique d'intensité forte est envisagée et/ou lorsque le risque cardiovasculaire est très élevé.

Pour aller plus loin : [Evaluation du risques cardiovasculaire du patient – HAS](#)

Il n'y a jamais d'urgence à débiter une activité physique à intensité élevée. De ce fait, une prise en charge pluriprofessionnelle sera à rechercher si vous en avez le besoin :

- En premier lieu avec le ou les spécialistes qui suivent votre patient.
- Avec une expertise ciblée si besoin (cardiologie, EFR...).
- Enfin, plusieurs lieux d'expertise en médecine du sport sont disponibles dans la région :
 - CHU Nantes : 02.40.84.60.60
 - Centre Ressources Sport Santé, à Angers : 02.41.05.59.30
 - CHU Angers : 02.41.35.40.93
 - CH Cholet : 02.41.49.64.30
 - CH Laval : 02.43.66.51.60

NB : La pratique d'une activité sportive, toujours adaptée aux limites fonctionnelles des patients, peut nécessiter la présentation d'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport lorsqu'elle nécessite que le pratiquant soit titulaire d'une licence délivrée par une fédération sportive. Le certificat médical est alors délivré dans les conditions prévues par le code du sport.

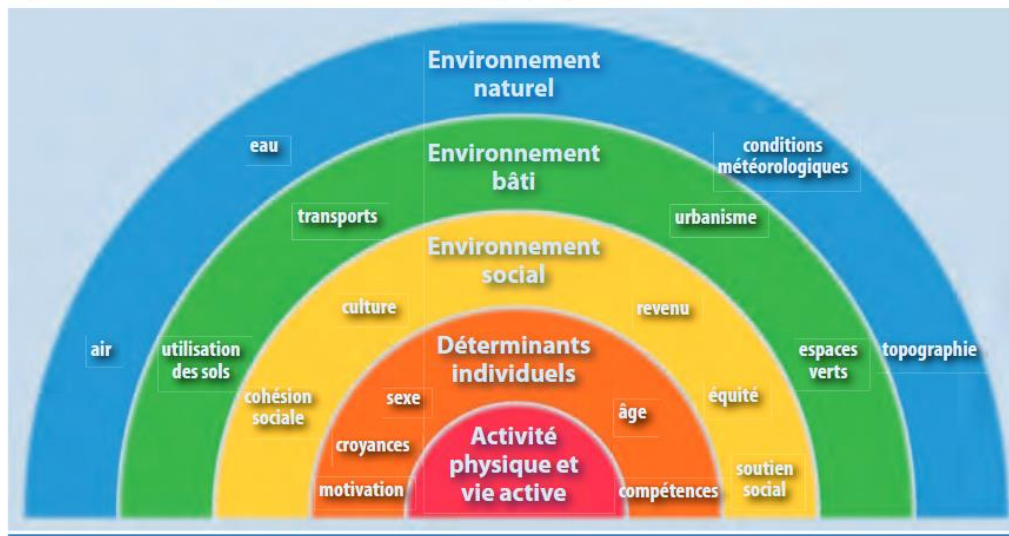
Comment prescrire ?

Lors de la consultation, l'objectif du médecin n'est pas seulement d'informer son patient sur les bienfaits de l'AP, mais de l'informer, de l'encourager et de l'accompagner vers un changement de mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire, en autonomie et sur le long terme.

Pour prescrire de l'activité physique, il faut d'abord reconnaître qu'il s'agit d'une tâche complexe. (Swann & Rosenbaum, 2017) En effet, bien que bouger ou marcher soient des activités quasi automatiques, il faut avoir en tête qu'intégrer plus de mouvement dans son quotidien est un

changement de comportement qui met en jeu de multiples ressorts : accessibilité, planification, fixation d'objectifs, estime de soi, acceptation sociale et culturelle... Comme l'illustre le schéma ci-dessous, la motivation n'est pas l'alpha et l'oméga du changement de comportement.

Figure 1. Facteurs qui influent sur l'activité physique



Source : d'après Dahlgren (15)..

🔑 « Le changement de comportement ne se prescrit pas. »

Pour accompagner un patient, il faudra entrer dans cette connaissance fine de son contexte, de ses envies et de sa motivation. A partir de là, votre prescription construite, avec le patient, aura du sens pour lui et aura plus de chance de se maintenir sur la durée.

Votre rôle sera de questionner le contexte, les barrières éventuelles, les bénéfices attendus, les craintes, et de rendre les objectifs réalisables. Cela pourra être confié à un partenaire (Cf. chapitre suivant).

- 🔑 **2 à 3 objectifs maximum**, exprimés par le patient, dans les domaines qu'il souhaite.
- 🔑 **Objectifs simples, réalisables et contextualisés** → Enchaîner les succès.
- 🔑 **Ecrire la prescription : pour le patient et pour vous** (pour faciliter le suivi.)

Education thérapeutique du patient (ETP)

Dans le cadre d'une maladie chronique, la modification de son activité physique peut avoir des conséquences sur la gestion de sa maladie au quotidien : modification des symptômes, des traitements, des émotions, gestion des proches...

Ces points pourront être accompagnés lors d'un programme d'ETP dédié à la maladie chronique ou non. Pour connaître les programmes d'ETP proche de vous :

[CART'EP](http://www.educationtherapeutique-pdl.fr) sur www.educationtherapeutique-pdl.fr

En Pays de la Loire :

A partir d'un constat fait auprès des médecins généralistes de la région (ORS, 2016), puis une enquête plus rapide en 2019 dans le 49, plusieurs limites ont été identifiées. Elles sont d'ailleurs retrouvées dans plusieurs travaux :

- Difficultés à connaître les offres locales
- Difficultés pour orienter les patients
- Manque de temps
- Manque de connaissances sur la prescription d'activité physique

Pour cela, la SRAE (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise) en Nutrition va mettre en place le dispositif régional « On y va ! » qui sera effectif en septembre prochain avec :



- Un site internet dédié; pour les médecins, les patients et les encadrants d'APA.
- Une cartographie des offres d'APA de la région (lieux et encadrement)
- Un numéro régional unique pour que les patients bénéficient d'un bilan personnalisé*
- Des outils d'aide à la prescription (formulaire en ligne, partage sécurisé...)
- Des sensibilisations et formations sur site pour vous et vos équipes

***Bilan personnalisé :** ce bilan personnalisé ne sera pas une évaluation médicale. **Il vous permettra de déléguer à un professionnel formé** ce qui correspond au chapitre précédent de ce document :

- Evaluation de la motivation,
- Evaluation des habitudes de vie et de l'environnement,
- Co-construction avec le patient de ses objectifs,
- Orientation vers une offre adaptée,
- Suivi de son engagement.

Ce bilan personnalisé aura lieu soit par téléphone à la SRAE Nutrition, soit par une « Maison Sport Santé » si une d'elles est accessible pour le patient.

7 Maisons Sport Santé existent à ce jour dans la région. Ces lieux permettent d'accueillir et d'orienter toutes les personnes souhaitant s'engager vers plus d'activité physique et sportives. Elles seront des lieux ressources pour vous. Pendant leur développement, le numéro régional unique permet une réponse à chaque ligérien.

Les 7 Maisons Sport Santé actuelles :

- 44 : Labs'Port, Agglomération de Saint Nazaire. 06 65 19 59 80, contact@labsport.org, www.labsport.org
- 49 : Centre Ressources Sport Santé, Angers. 02 41 05 59 30, sport-sante@ville.angers.fr, www.angers.fr/CRSS
Ma Salle Santé, Beaucouzé. 07 71 67 57 70, floriane.gandubert@sielbleu.org,
S'CAPAD Santé, Angers. 09 88 35 28 92, scapad.sante@gmail.com, www.scapad-sante.com
- 53 : CDOS 53, Laval. 02 43 67 10 30, mayenne@franceolympique.com, www.mayenne.franceolympique.com
- 72 : Brûlon Sport Santé, Brûlon. 07 66 51 00 87, benjamin.froger@profession-sport-loisirs.fr, Espace Sport Santé
- 85 : CDOS 85, La Roche sur Yon. 02 51 44 27 59, sportsante.vendee@franceolympique.com, www.cdos85.fr

Une plaquette spécifique et précise de votre rôle vous sera transmise lors d'un prochain groupe qualité, lorsque le dispositif sera effectif.

Pour plus d'informations :

- Pierre Caillault, médecin de santé publique, pierre.caillault@sraenutrition.fr
- Charles Gaignon, enseignant en activité physique adaptée, charles.gaignon@sraenutrition.fr



10, rue Gaëtan Rondeau
Immeuble Le Mercure, Bâtiment A
44200 Nantes
Tél. 02 40 09 74 52
accueil@sraenutrition.fr
www.sraenutrition.fr

Annexe 1

Tableau 3. Effets de l'AP sur les indicateurs de surpoids et d'obésité (6) (7)

Effets de l'AP	Niveau de preuve
Prévention de prise de poids excessive	Très fort
Perte de poids sans régime	Insuffisant
Perte de poids sous régime	Insuffisant
Maintien de perte de poids	Très fort
Maintien de la santé chez les sujets obèses	Très fort

Tableau 4. Tour de taille et risque cardio-métabolique

Tour de taille	Risque élevé	Risque très élevé
Hommes	≥ 94	≥ 102
Femmes	≥ 80	≥ 88

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_surpoids_obesite_vf.pdf

Tableau 9. Classification du risque cardio-vasculaire modifiée, d'après l'European Society of Cardiology, 2016 (27)

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Très élevé	SCORE ≥ 10 %
	Insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m ²)
	Maladie CV documentée : antécédents d'IDM, de syndrome coronarien aigu, revascularisation coronaire ou artérielle, AVC, AIT, anévrisme aortique et AOMI (Prévention secondaire)
	Diabètes avec : <ul style="list-style-type: none"> - une complication macro ou micro-vasculaire, dont une protéinurie ; - ou un facteur majeur de risque CV associé (tabagisme, hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie)
Élevé	5 % ≤ SCORE < 10 %
	Insuffisance rénale chronique modérée (DFG : 30-59 mL/min/1,73m ²)
	Un facteur majeur de risque CV nettement augmenté, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> - une hyper-cholestérolémie totale > 3,1g/L (8 mmol/L) ; - ou une hypertension artérielle ≥ 180/110 mm Hg
	Les autres diabètes, à l'exception des individus jeunes avec un diabète de type 1 et sans autres facteurs majeurs de risque CV qui peuvent être considérés comme à risque modéré ou faible
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %
Faible	SCORE < 1 %

Annexe 2 :

Auto- questionnaire de Marshall :

(A) Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter (être essoufflée) ? (par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide)

Score :

- plus de 3 fois par semaine (score : 4)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 2)
- jamais (score : 0)

(B) Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? (par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer au tennis en double).

Score :

- plus de 5 fois par semaine (score : 4)
- 3 à 4 fois par semaine (score : 2)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 1)
- jamais (score : 0)

Total score A + score B =

Interprétation :

Score ≥ 4 = « Suffisamment » actif (encourager le patient à continuer)

Score 0 - 3 = « Insuffisamment » actif (encourager le patient à en faire plus).

Annexe 3

HAS, 2019, « [et pour vos patients... »](#)

En surpoids ou obèses

Effets de l'AP

- **Lors de la phase d'amaigrissement.** La combinaison d'une réduction modérée d'apports énergétiques et d'un niveau adéquat d'AP permet de maximiser la perte de poids et surtout de limiter la perte de masse musculaire associée.
- **Lors de la phase de maintien du poids.** L'AP prévient la reprise de poids, en limitant la perte de masse musculaire et en favorisant l'utilisation des lipides. Elle améliore les capacités cardio-respiratoires.

Points de vigilance

Les AP dites « en décharge » (en piscine avec la natation ou l'aquagym) ou à faibles impacts articulaires (telles que le vélo) sont à privilégier. Le vélo à assistance électrique permet une meilleure pratique.

Les patients en surpoids ou obèses qui maigrissent et qui participent à des programmes d'AP peuvent éprouver une augmentation des douleurs, en particulier du dos. Ce problème est lié à une redistribution des charges corporelles au niveau des vertèbres. Il est généralement passager. Il est important d'en informer le patient et de l'encourager à continuer ses AP.

Atteints du diabète de type 2

Effets de l'AP

Une AP régulière en endurance ou en renforcement musculaire réduit le risque de complications micro et macro-vasculaires du diabète. La combinaison de ces deux types d'AP est encore plus efficace sur le contrôle glycémique. L'AP réduit les besoins du patient en insuline.

Contre-indications

- hyperglycémie > 2,5 g au moment de débiter l'exercice ;
- glycémie mal contrôlée ;
- Les AP d'intensité élevée doivent être évitées chez les patients présentant :
 - une rétinopathie sévère proliférative ou non proliférative évolutive, ou ayant été traitée récemment au laser ;
 - une atteinte rénale sévère ;
 - une dysautonomie sévère ;
 - une hypertension artérielle non contrôlée associée ;
 - un mal perforant plantaire (pour les AP mobilisant les membres inférieurs).

Atteints de BPCO

Effets de l'AP

L'AP d'endurance augmente la capacité cardio-respiratoire.

L'AP en renforcement musculaire améliore la force et l'endurance musculaires (en particulier des membres inférieurs), ainsi que la capacité cardio-respiratoire.

Les AP combinées d'endurance et en renforcement musculaire améliorent encore plus la force musculaire et la capacité cardio-respiratoire du patient atteint de BPCO.

Contre-indications

- Hypertension artérielle pulmonaire (pour les AP d'intensité au moins modérée) mais la réadaptation respiratoire n'est pas contre-indiquée ;
- BPCO sévère avec désaturation à l'exercice ou insuffisance respiratoire chronique sous oxygène de longue durée (pour les AP d'intensité élevée) ;
- épisode récent d'exacerbation respiratoire (moins de 3 semaines) ou insuffisance respiratoire non contrôlée.

Atteints d'hypertension artérielle

Effets de l'AP

L'AP en endurance réduit la pression artérielle de 5 à 7 mmHg chez le patient hypertendu (ceci indépendamment de la réduction du poids et de la masse grasse).

L'AP en renforcement musculaire d'intensité modérée réduit les niveaux de pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD) d'environ 3 à 4 mmHg.

Les effets de l'AP sur la pression artérielle ne se maintiennent que si l'AP est régulière et poursuivie sur le long cours. L'impact de l'AP chez les patients hypertendus âgés semble moins important et porte essentiellement sur la PAD.

Points de vigilance

Chez les patients hypertendus traités, une AP d'endurance d'intensité élevée ne doit pas être systématiquement interdite, mais il faut leur expliquer qu'une AP d'intensité modérée semble préférable pour optimiser le rapport bénéfice/risque.

Une thérapeutique pharmacologique mal adaptée peut favoriser une déshydratation, des troubles électrolytiques, et/ou une majoration de l'hypotension post-exercice.

Contre-indications

- **Contre-indication absolue** : HTA symptomatique en particulier à l'exercice PAS \geq 200 mmHg ou PAD \geq 115 mmHg (pour les AP d'intensité au moins modérée) ;
- **Contre-indication relative** : HTA symptomatique en particulier à l'exercice PAS \geq 180 mmHg ou PAD \geq 105 mmHg (pour les AP d'intensité au moins modérée) ;

Des précautions particulières sont à prendre en cas d'HTA mal équilibrées et/ou symptomatiques et/ou avec une atteinte d'un organe cible (pour les AP d'endurance d'intensité très élevée ou les AP en renforcement musculaire d'intensité élevée).

Après un AVC

Effets de l'AP

Après un AVC, une AP adaptée mise en place précocement, au mieux dans un centre de réadaptation, puis poursuivie régulièrement toute la vie, améliore l'état de santé, l'autonomie et la condition physique du patient.

L'AP en endurance améliore la capacité physique, l'adaptation générale à l'effort et l'indépendance fonctionnelle.

Les AP d'intensité faible peuvent améliorer la performance motrice, la démarche, l'équilibre et diminuer les facteurs de risque cardio-vasculaire.

Les AP d'intensité modérée améliorent le volume d'oxygène maximum (VO₂ max), l'endurance à la marche, les fonctions cognitives et neuromotrices et réduisent les facteurs de risque cardiovasculaire.

Les AP d'intensité élevée peuvent être proposées progressivement aux patients qui ont bien toléré les intensités modérées, lors de l'épreuve d'effort.

Atteints d'un cancer du sein, de la prostate ou colorectal

Effets de l'AP

Les bénéfices d'une AP chez les patients atteints d'un cancer sont supérieurs aux risques, à condition qu'elle soit personnalisée selon la condition physique et l'état de santé du patient.

Les risques et la tolérance à l'AP varient :

- avec l'évolution du cancer ;
- selon les différentes périodes de traitements spécifiques ;
- selon les variations de l'état clinique du patient en lien avec les effets secondaires des traitements et des comorbidités préexistantes.

L'activité physique est adaptée, voire suspendue en cas de symptômes inhabituels (vertiges, nausées, douleur thoracique, douleurs osseuses, etc.).

Points de vigilance

Durant la phase active de traitement, en particulier lors des chimiothérapies ou des thérapies ciblées, les patients peuvent avoir des périodes fluctuantes et peuvent requérir de fréquentes modifications de leur programme d'AP, avec une réduction de l'intensité et/ou de la durée des sessions.

Atteints de dépression

Effets de l'AP

Chez les patients atteints de dépression légère à modérée :

- un programme d'AP adaptée mixte (en endurance et en renforcement musculaire) sur trois mois est aussi efficace qu'un traitement médicamenteux ou une psychothérapie sur la symptomatologie dépressive et le taux de rémission.
- Un minimum de 3 séances supervisées est recommandé par semaine.
- On observe un taux de récurrence plus faible pour les patients traités par AP seule, à six mois de suivi après la fin du traitement.

Pour les patients atteints d'épisodes dépressifs chroniques d'intensité modérée à sévère :

- ce programme d'AP peut être associé aux autres thérapies médicamenteuses ou psychothérapeutiques prescrites.

Points de vigilance

Une évaluation médicale minimale est recommandée chez les patients déprimés, avec une estimation du niveau de risque cardiovasculaire, compte tenu de l'association fréquente entre maladies chroniques et dépression.

Les patients déprimés peuvent bénéficier d'une consultation médicale (longue) d'AP.

Atteints d'une maladie coronarienne stable

Effets de l'AP

L'AP a des effets bénéfiques indirects sur la maladie coronarienne stable par une amélioration des facteurs de risque cardio-vasculaire modifiables (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie).

Elle possède aussi 4 effets directs : anti-inflammatoire systémique, anti-ischémique, antithrombotique et antiarythmique. Au total, l'AP régulière :

- améliore la tolérance myocardique à l'exercice et élève le seuil ischémique ;
- a un effet antiarythmique ;
- paraît potentialiser les effets des traitements médicamenteux et de l'angioplastie coronaire.

Atteints d'insuffisance cardiaque chronique (ICC)

Effets de l'AP

La prescription d'une AP fait partie du traitement optimal du patient atteint d'ICC stable. À long terme, la pratique d'une AP adaptée régulière dans l'ICC :

- améliore les capacités cardio-respiratoires, la force musculaire, l'autonomie et la qualité de vie ;
- réduit le nombre de réhospitalisations.

Le volume d'AP recommandé est :

- d'au moins 5 séances de 30 minutes d'activité en endurance d'intensité modérée ;
- et de 2 ou 3 séances de renforcement musculaire par semaine.

Les sessions d'exercices sont précédées d'une période d'échauffement et suivies d'une période de récupération de 10 minutes, incluant des étirements statiques, des mobilisations des amplitudes articulaires et des exercices aérobies de faible intensité.

Contre-indications

- Dysfonction myocardique sévère ;
- Péricardite chronique constrictive ;
- Faible capacité d'effort (< 5 à 6 METs) ;
- Échocardiographie d'effort avec ischémie, majoration d'une fuite mitrale, d'un asynchronisme de contraction, et/ou d'une hypertension artérielle pulmonaire.

Pendant la grossesse et le post-partum

Effets de l'AP

Une activité physique régulière de 150 à 180 minutes/semaine, d'intensité modérée, répartie sur au moins 3 jours, a des effets bénéfiques sur la santé de la mère et du bébé. Elle permet de :

- Réduire le risque de prise de poids excessif ;
- Diminuer le risque de diabète gestationnel.

Une AP d'intensité modérée n'est pas dangereuse pour le fœtus.

Pour les femmes inactives avant leur grossesse, on peut prévoir des séances de 15 minutes trois fois par semaine, puis augmenter la durée à 30/40 minutes au 2^e trimestre.

Les AP privilégiées sont celles qui sollicitent les groupes musculaires importants sans mise en charge ou à faible impact :

- la marche ;
- le vélo stationnaire ;
- la natation ;
- les exercices en piscine.

Les activités physiques en renforcement musculaire doivent être d'intensité modérée et concerner l'ensemble des principaux groupes musculaires.

Les contre-indications

Contre-indications absolues

- Rupture prématurée des membranes ;
- Travail prématuré pendant la grossesse actuelle, ou antécédents d'au moins 2 naissances prématurées ;
- Saignement vaginal persistant inexplicable ou placenta prævia après 24 semaines de gestation ;
- Préeclampsie ;
- Béance du col utérin/cerclage ;
- Indices de retard de croissance intra-utérine ;
- Grossesse de rang élevé (triplés) ;
- Épilepsie non contrôlée ;
- Autres maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires aiguës ou chroniques graves, hémoglobinopathies, troubles systémiques.

Contre-indications relatives

- Antécédents de fausses couches à répétition ;
- Hypertension artérielle gestationnelle ;
- Grossesse gémellaire à partir de 28 semaines ;
- Hémoglobinémie < 9 g/L ou anémie symptomatique ;
- Diabète mal équilibré (HbA1c > 6,5 %) ;
- Malnutrition ;
- Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) ;
- Obésité extrême (IMC > 40) ;
- Limitations orthopédiques (dos, genou, hanches surtout), mais natation possible ;
- Maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires légères à modérées ;
- Diabète de type 1 non contrôlé ;
- HTA non contrôlée ;
- Maladie thyroïdienne non contrôlée ;
- Haut niveau de tabagisme ;
- Autres troubles de santé importants.

Pour vos patients âgés

Effets de l'AP

Selon le « statut » de la personne âgée, les objectifs de l'AP sont différents.

- Chez les personnes âgées robustes, l'AP a pour objectif de les maintenir en bonne santé et autonomes.
- Chez les personnes âgées fragiles, l'AP a pour objectif d'inverser leur statut ou de maintenir leur indépendance.
- Chez les personnes âgées dépendantes, l'AP a pour objectif de ralentir le déclin fonctionnel ou d'améliorer leur statut fonctionnel et de leur (re)donner le plus d'autonomie possible.

Le programme d'AP inclut des exercices en endurance, en renforcement musculaire, d'assouplissement, ainsi que des exercices d'équilibre. Chez les personnes très âgées, fragiles ou en perte d'autonomie physique ou cognitive, les volumes d'AP sont faibles au début avec des intensités légères et des durées courtes. La progression est individualisée et adaptée à la personne.

Points de vigilance

Certains signes peuvent révéler une intolérance à l'activité physique :

- Impression de manque d'air ;
- Douleur/oppression dans la poitrine ;
- Palpitations ;
- Étourdissement ou évanouissement ;
- Difficultés pour maintenir une conversation confortablement pendant que l'on réalise l'AP ;
- Fatigue intense ;
- Couleur bleutée de la peau au niveau des lèvres ou sous les ongles ;
- Nausées ;
- Peau pâle, humide ou froide.

Ressources :

Pour vos patients :

- [MangerBouger.fr](#) : Site national, refondation récente. Ergonomie et messages de qualité.
- [Quizz Adultes](#)
- [Quizz Enfants](#)
- [Cardiologie "10 réflexes en or pour préserver sa santé dans le sport !"](#)
- [Auto-évaluation – ameli.fr](#)

Pour vous :

- HAS – Dossier « AP sur ordonnance », Novembre 2019
 - [Maladie chronique : une ordonnance d'activité physique sur mesure](#)
 - [Activité : adapter la prescription à la situation du patient](#)
 - [Conseiller l'activité physique à vos patients : le réflexe santé](#)
- <http://www.onaps.fr/> Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
- [Infographies](#) : Supports pour échanger avec vos patients.
- [Cardiologie "10 réflexes en or pour préserver sa santé dans le sport !"](#)
- [MangerBouger.fr/pro](#) : le site national versant professionnel : outils, ressources, repères...
- Inserm 2019 : Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques.
[Synthèse, expertise complète.](#)
- HAS, [Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes](#)

Références

- ANSES. (2016). *Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité.*
- B A Swinburn, L. G. (1998). The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health.*
- Bernard, P. (2019, mai 3). *Le changement de comportement dans le domaine de l'activité physique, juste une question de motivation ?* Récupéré sur <https://actiphysetc.wordpress.com/2019/05/05/le-changement-de-comportement-dans-le-domaine-de-lactivite-physique-juste-une-question-de-motivation/>
- HAS. (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées.*
- HAS. (2018). *Prescription d'activité et sportive - Surpoids et obésité.* Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_surpoids_obesite_vf.pdf
- HAS. (2019). *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes.* Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
- Inserm. (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques.* Éditions EDP Sciences. Récupéré sur https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-09/Inserm_EC_2019_Activit%C3%A9PhysiqueMaladiesChroniques_Complet.pdf
- Kino-Québec. (2019, Mars 11). *Les objectifs que l'on se fixe concernant la promotion de l'activité physique sont-ils appropriés?* Récupéré sur <http://www.kino-quebec.qc.ca/>: http://www.kino-quebec.qc.ca/Fiches/Fiche_530.pdf
- ORS. (2016). Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. 8. Récupéré sur <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/promotion-et-prescription-de-lactivite-physique-attitudes-et-pratiques-des-medecins>
- Swann, C., & Rosenbaum, S. (2017, November). Do we need to reconsider best practice in goal setting for physical activity promotion ? *British Journal of Sports Medicine.* doi:10.1136/bjsports-2017-098186
- Vallée, E. (2017). Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 194-206. doi:j.nupar.2017.07.002