

# La promotion, la consultation et la prescription d'**activité physique** par le médecin généraliste :

pour qui ? pour quoi ? comment ?



# Déclaration des liens d'intérêts

- **Pr Martine Duclos** : *Endocrinologue et physiologiste, responsable du service de médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand – aucun lien d'intérêt*
- **Pr François Carré** : *Cardiologue et médecin du sport au CHU de Rennes et professeur émérite à l'Université de Rennes 1 – aucun lien d'intérêt*
- **Dr Ianis Mellerin** : *médecin généraliste, médecin du sport et maître de stage, coordonnateur de la session pour le Collège de la Médecine Générale – aucun lien d'intérêt*
- **Dr Valérie Ertel-Pau** : *adjointe au chef de service des bonnes pratiques de la HAS – aucun lien d'intérêt*
- **Dr Albert Scemama** : *chef de projet au service des bonnes pratiques de la HAS – aucun lien d'intérêt*

16<sup>E</sup> CONGRÈS  
MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
FRANCE



VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



23 - 25  
MARS  
2023  
PARIS  
PALAIS DES CONGRÈS

congresmg.fr  
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec leGeneraliste

# Introduction et présentation

Dr Ianis Mellerin, Médecin Généraliste, Médecin du sport, Biot  
Collège de la Médecine Générale



# Sommaire

## PARTIE I – L'activité physique

- Pour quoi ? Pour qui ?
- Comment ?

## PARTIE II – Les travaux de la HAS

## PARTIE III – Cas cliniques

## PARTIE IV – L'AP et l'APA en pratique quotidienne de médecine générale

## PARTIE V – Questions & réponses

16<sup>E</sup> CONGRÈS  
MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
FRANCE



VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



23 - 25  
MARS  
2023  
PARIS  
PALAIS DES CONGRÈS

congresmg.fr  
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec leGeneraliste

# Partie I – L'activité physique : pour quoi ? pour qui ?

Pr Martine Duclos, Service de Médecine du Sport, CHU de Clermont-Ferrand

# Inactivité physique : 1<sup>ère</sup> cause de mortalité évitable dans le monde

Nombre de décès par an dans le monde

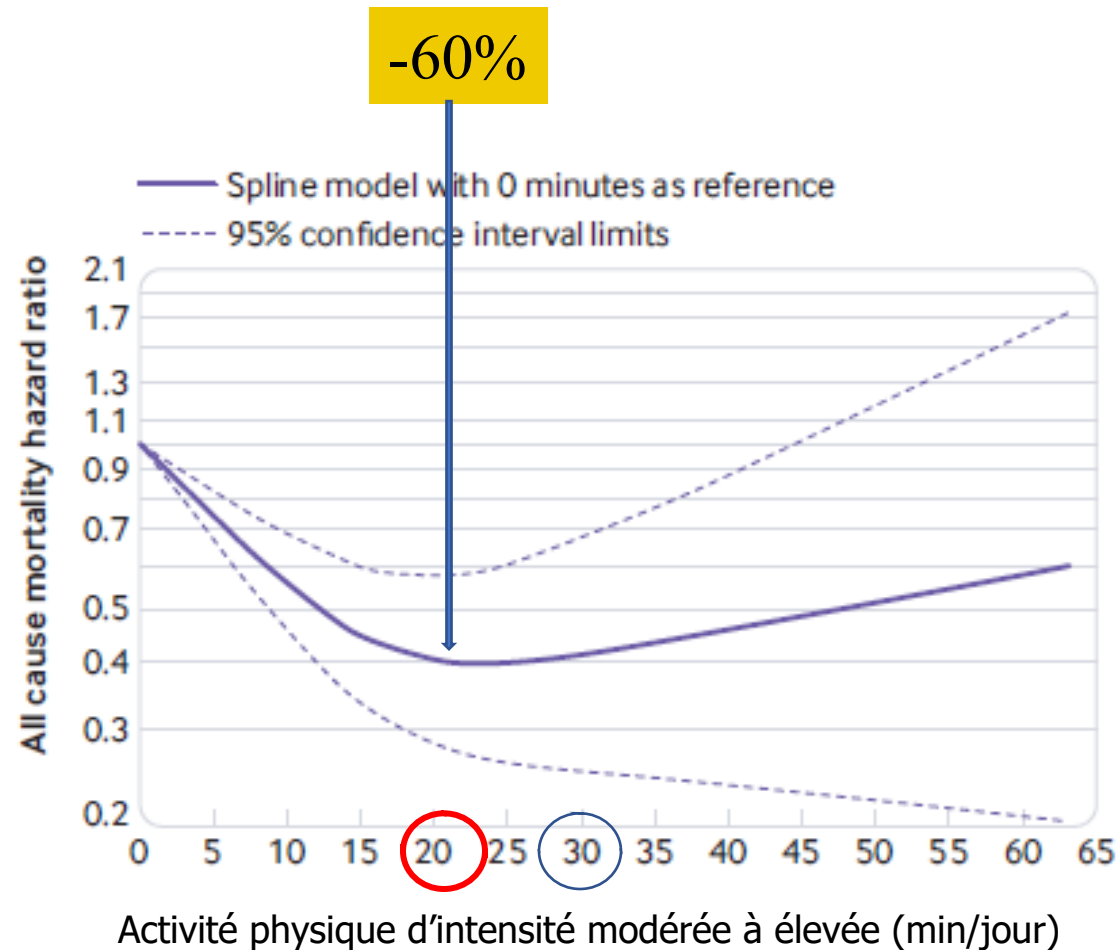


L'insuffisance d'activité physique tue plus que le tabagisme

5,3 millions de décès par an dans le monde pourraient être évités

**OMS : l'inactivité physique est responsable de 10% des décès dans la Région Européenne.**

# L'activité physique diminue la mortalité



n=36 383 (8 études); 62,6 ans; 72.8% femmes  
suivi médian 5,8 ans [3.0-14.5 ans]  
2149 (5.9%) décès analysés



# Quelques définitions



## Activité physique

Tout mouvement produit par la contraction des muscles entraînant une *augmentation de la dépense énergétique au dessus de la dépense de repos.*

Activité physique :

- lors des activités professionnelles
- lors des déplacements
- dans le cadre de la vie domestique (ménage, bricolage)
- lors des activités de loisirs (activités sportives, jardinage...)





# Quelques définitions



## **Inactivité physique**

niveau d'AP inférieur au niveau d'AP recommandé pour la santé

Physiquement inactive :

- si <150 minutes d'AP d'intensité modérée par semaine : adultes
  - si <60 min/j : enfants et adolescents
- (OMS 2010, ANSES 2016)

# Sédentarité : détection



## Inactivité physique

niveau d'AP inférieur au niveau d'AP recommandé pour la santé

### Physiquement inactif

- si <150 minutes d'AP d'intensité modérée par semaine : adultes
  - si <60 min/j : enfants et adolescents
- (OMS 2010, ANSES 2016)

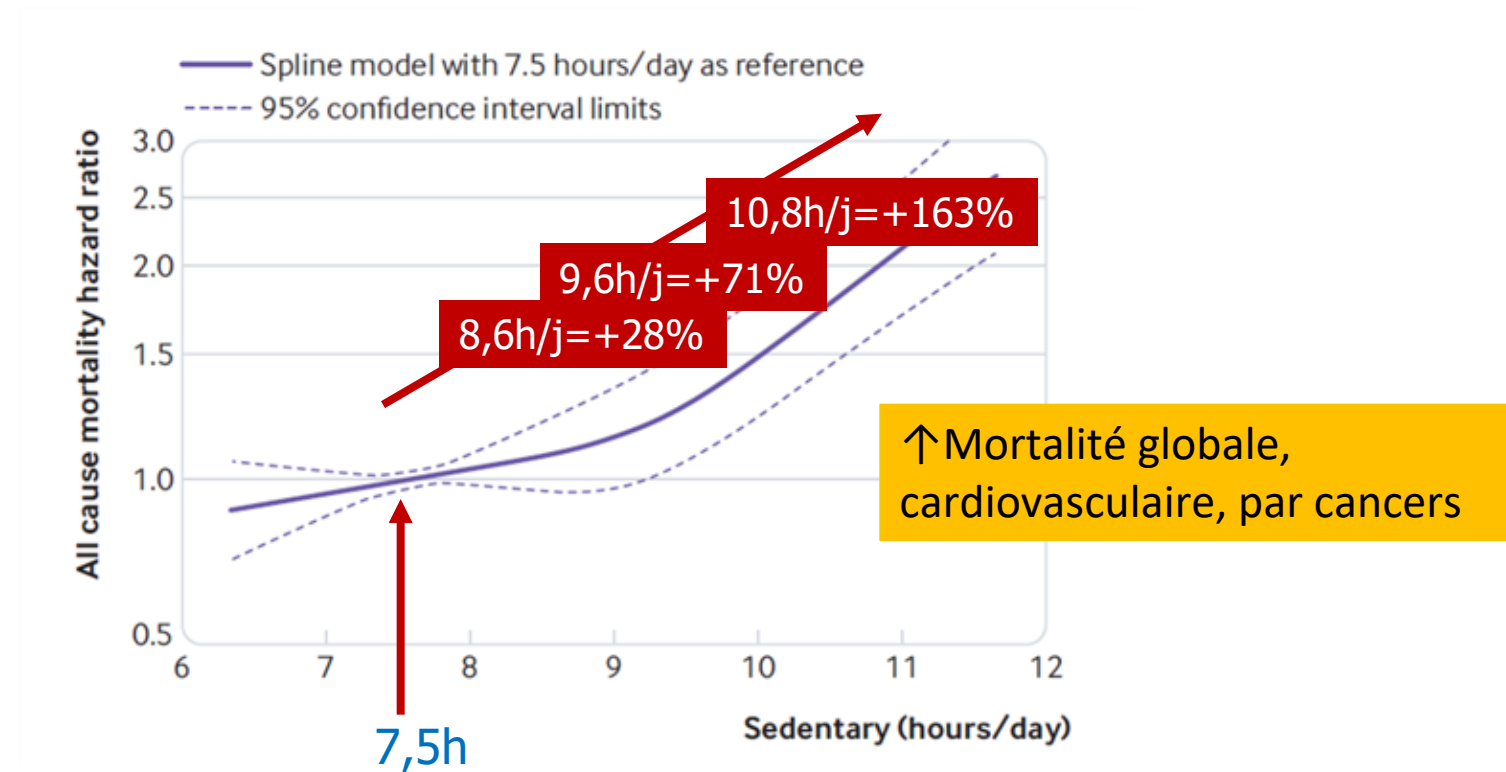
### Sédentarité ou comportement sédentaire

Temps cumulé assis ou allongé, pendant la période d'éveil, au cours duquel la dépense énergétique est égale à la dépense énergétique de repos (<1,6MET)

(Sedentary Behaviour Research Network 2012)

Session HAS/CMG activité physique

# Sédentarité et mortalité : un effet indépendant du niveau d'activité physique



n=36 383 (8 études); 62,6 ans; 72,8% femmes  
suivi médian 5,8 years [3,0-14,5 ans], accéléromètres  
2149 (5,9%) décès analysés

Ajustement pour âge, sexe, IMC,  
nv socioéconomique et MPVA

Ekelund et al. BMJ 2019

# Effets de l'activité physique

- Amélioration de la condition physique (capacités physiques)
- capacités aérobies (capacité cardiorespiratoire, CRF)
- force musculaire



# Capacité en endurance : un signe vital

## Chez l'adulte

### AHA SCIENTIFIC STATEMENT

#### **Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Ross R et al.  
Circulation 2016

## Chez l'enfant et l'adolescent

### Circulation

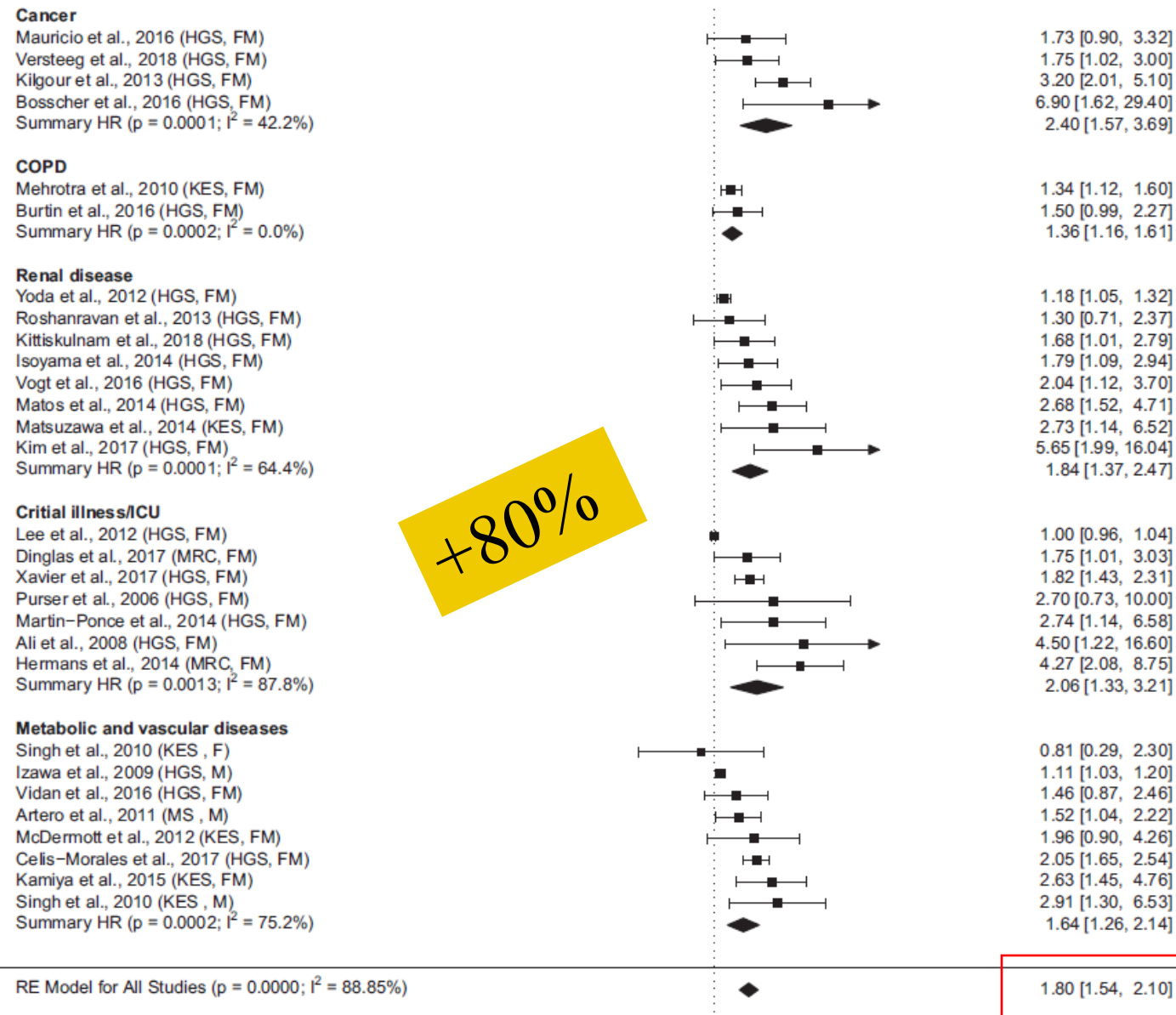
### AHA SCIENTIFIC STATEMENT

#### **Cardiorespiratory Fitness in Youth: An Important Marker of Health**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Raghuveer G et al.  
Circulation 2020

# Une force musculaire basse est associée à un surrisque de mortalité



+80%

# Activité physique et prévention : des relations fortes

## Maladies cardiovasculaires

Path coronariennes: -30-40%  
AVC: -60%

Obésité

DT2: -30 à-50%

Maladies  
ostéo-articulaires

Composition corporelle  
(ostéoporose, masse musculaire)

**Cancer: -25%**

Sein, colon, endomètre  
Vessie, eosophage, estomac

↑ Santé mentale  
↓ Anxiété  
↑ Qualité de vie

Pathologies  
Neurodégénératives  
(Alzheimer, Parkinson)



Maintien santé

Améliore santé

Prise en charge des pathologies

Traitement non médicamenteux des maladies chroniques



# Activité physique et prévention : des relations fortes

↓ Facteurs risques cardiovx

↓ Sd métabolique

↓ Obésité

↓ MG viscérale

↑ Sensibilité insuline

↓ Insulino-résistance

↓ PAS

Profil lipidique

↓ marqueurs infl°

Composition corporelle

↑ santé osseuse

Cognition

Santé mentale  
Qualité de vie



Maintien santé

Améliore santé

Prise en charge des pathologies



Review

# Physical Activity and Academic Achievement: An Umbrella Review

Ana Barbosa <sup>1</sup>, Stephen Whiting <sup>1,2,3</sup>, Philippa Simmonds <sup>3</sup>, Rodrigo Scotini Moreno <sup>3</sup>,  
Romeu Mendes <sup>1,2,3</sup> and João Breda <sup>2,3,\*</sup>

41 études scolaires de 6 à 18 ans



### Types of PA that Improve AA

- Increased time in physical education
- Active classrooms
- Regular PA during the week

### PA and subject-specific AA effects

- |  |   |
|--|---|
| <b>Large</b> effects on <b>Language</b>  | <b>Medium</b> effects on <b>Mathematics</b> |
| <b>Large</b> effects on <b>Geography</b> | <b>Medium</b> effects on <b>Reading</b>     |
|  | <b>Medium</b> effects on <b>Spelling</b>    |

# Activité physique et prévention : des relations fortes

## Maladies cardiovasculaires

Path coronariennes: -30-40%  
AVC: -60%

**Cancer: -25%**

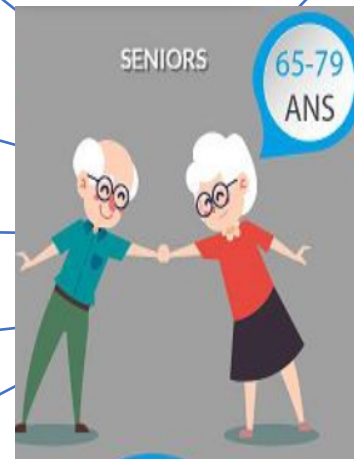
Sein, colon, endomètre  
Vessie, eosophage, estomac

Obésité

DT2: -30 à-50%

Maladies  
ostéo-articulaires

Composition corporelle  
(ostéoporose, masse musculaire)



↑ Santé mentale  
↓ Anxiété  
↑ Qualité de vie

**Pathologies  
Neurodégénératives**  
(Alzheimer, Parkinson)

Maintien santé

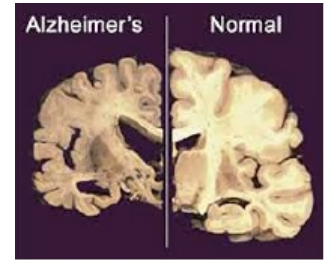
Améliore santé

Prise en charge des pathologies

Traitement non médicamenteux des maladies chroniques

Session HAS/CMG activité physique

# L'activité physique diminue le risque de démence



<i>All-cause dementia</i>	15	20,771	Moderate PA vs Low PA	OR: 0.76	0.61, 0.94	$\tau=0.06$
	24	30,980	High PA vs low PA (participants $\geq 65$ years)	OR: 0.74	0.63 to 0.83	$\tau=0.06$
Guure et al., 2017 <i>Alzheimer's disease</i>	21	32,057	High PA vs low PA	OR: 0.62	0.49 to 0.75	$\tau=0.12$
	12	15,326	Moderate PA vs Low PA	OR: 0.71	0.56 to 0.89	$\tau=0.04$
Guure et al., 2017 <i>Vascular Dementia</i>	8	NS	High PA vs low PA	OR: 0.92	0.62 to 1.30	NS
Guure et al., 2017 <i>Cognitive Decline</i>	22	38,343	High PA vs low PA	OR: 0.67	0.55, 0.78	$\tau=0.06$
	11	27,596	Moderate Pa vs Low PA	OR: 0.74	0.60, 0.90	$\tau=0.04$
	16	21,342	High PA vs low PA (participants $\geq 65$ years)	OR: 0.64	0.50 to 0.77	$\tau=0.40$
Lee, J. 2019 <i>All-cause dementia</i>	3	3,117	Vigorous PA vs Low intensity PA	OR: 0.72	0.59 to 0.86	43.51%
Lee, J. 2019 <i>Vascular dementia</i>	8	31,372	Highest PA vs lowest levels of PA	OR: 0.54	0.42 to 0.69	32.47%
	5	22,111	Moderate PA vs lowest levels of PA	OR: 0.72	0.54 to 0.97	44.68%
<b>Cognitive impairment/decline, Dementia and Alzheimer's disease</b>						
Beydoun et al., 2014 <i>Alzheimer's disease</i>	8	17,595		0.58	0.49 to 0.70	NS
<b>Alzheimer's disease</b>						
Beckett et al., 2015	9	20,326	More active vs inactive	0.61	0.52 to 0.73	NS
Santos-Lozano, A. et al., 2016	10	23,345	More active vs less active	0.65	0.56 to 0.74	NS
	5	10,615	$\geq 150$ min/wk of MVPA	0.60	0.51 to 0.71	NS
Lee, J. 2019	12	40,994	Highest PA vs lowest levels of PA	OR: 0.72	0.66 to 0.80	69.80%
	12	37,165	Moderate PA vs lowest levels of PA	OR: 0.68	0.60 to 0.77	67.60%
<b>Incident depression</b>						
Schuch, 2018	36	266,939	High PA vs low PA (overall)	OR: 0.83 (ADJ)	0.79 to 0.88	NS
	4	NS	$\geq 150$ min/wk of MVPA	OR: 0.78 (ADJ)	0.62 to 0.99	NS
				RR/HR: 0.69 (ADJ)	0.49 to 0.95	NS
	16	NS	High PA vs low PA (participants $\geq 65$ years)	OR: 0.79 (ADJ)	0.73 to 0.87	NS
	7	NS	High PA vs low PA (participants $\geq 65$ years)	RR/HR: 0.70 (ADJ)	0.57 to 0.88	NS

-30%

Cunningham Scand J Med Sci Sports 2020

# Ce que prévient la condition physique

La condition physique (endurance, force, souplesse) prévient :

- Risque de chute
- La dépendance future pour les activités de la vie quotidienne



Guralnik *et al.* N Engl J Med 332: 556, 1995  
Toraman *et al.* Arch Gerontol Geriatr 51: 222, 2010  
Nelson *et al.* Med Sci Sports Exerc 39: 1435, 2007

# RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES d'activités physiques et sportives

Enfants de moins de 5 ans

- Lutter contre la sédentarité
  - éviter les écrans avant l'âge de 2 ans
  - restreindre les écrans entre 2 et 5 ans < 1h/j
- 3 h d'activités physiques par jour
  - jeux actifs, marche, course, sauts, lancers, jeux d'équilibre, initiation à la natation...

# RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES d'activités physiques et sportives

Enfants et jeunes âgés de 5 à 17 ans

- Lutter contre la sédentarité
  - restreindre écrans
    - Entre 5 et 6 an à 1h/jour
    - Entre 7 et 11 ans < 2h/jour
    - 12-17 ans **ne pas rester assis** plus de 2h consécutives
- Au moins 1h d'AP par jour d'intensité modérée à soutenue
  - Pratiquer AP>60 min apporte un bénéfice supplémentaire pour la santé
  - L'AP quotidienne devrait être essentiellement une **activité d'endurance**
  - + au moins 3x/sem : **activités d'intensité soutenue**, notamment celles qui **renforcent le système musculaire et l'état osseux**



Au moins **60** minutes par jour



**activité physique d'intensité modérée à soutenue** tout au long de la semaine ; cette activité physique doit être principalement aérobique.



- › Des activités aérobiques d'intensité soutenue, ainsi que des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être intégrées au moins trois fois par semaine.

*Recommandation forte, preuves de certitude modérée*

Il est recommandé ce qui suit :


- › Les enfants et les adolescents devraient pratiquer au moins 60 minutes par jour en moyenne d'activité physique essentiellement aérobique d'intensité modérée à soutenue, et ce tout au long de la semaine.

*Recommandation forte, preuves de certitude modérée*

Au moins **3** fois par semaine



il convient d'intégrer des **activités aérobiques d'intensité soutenue**, ainsi que des activités qui **renforcent le système musculaire et l'état osseux**.



## DÉCLARATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique.
- Si les enfants et adolescents n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité inférieure d'activité physique sera néanmoins bénéfique pour leur santé.
- Les enfants et les adolescents devraient commencer par de petites quantités d'activité physique et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée.
- Il est important d'encourager tous les enfants et adolescents à participer à des activités physiques agréables, variées et adaptées à leur âge et à leurs aptitudes, et de leur fournir des occasions sûres et équitables de le faire.

Session HAS/CMG activité physique

# RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES d'activités physiques et sportives

Adultes 18 à 64 ans

- Lutter contre la sédentarité
  - diminuer le temps total assis + breaks d'au moins 1 min toutes les heures
- Augmenter l'AP de la vie quotidienne
- Activités physiques ou sportives structurées



› Les adultes devraient pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

*Recommandation forte, preuves de certitude modérée*



Au moins  
**150**  
à **300**  
minutes

d'activité physique  
aérobique d'intensité  
modérée



ou

au moins  
**75**  
à **150**  
minutes

d'activité physique  
aérobique d'intensité  
soutenue



ou une combinaison équivalente tout au long de la semaine

Pour retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé :

Au moins



**2**

fois par  
semaine

des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires.



› Les adultes devraient également pratiquer des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires deux fois par semaine ou plus, au vu des bénéfices supplémentaires que ces activités apportent sur le plan de la santé.

*Recommandation forte, preuves de certitude modérée*

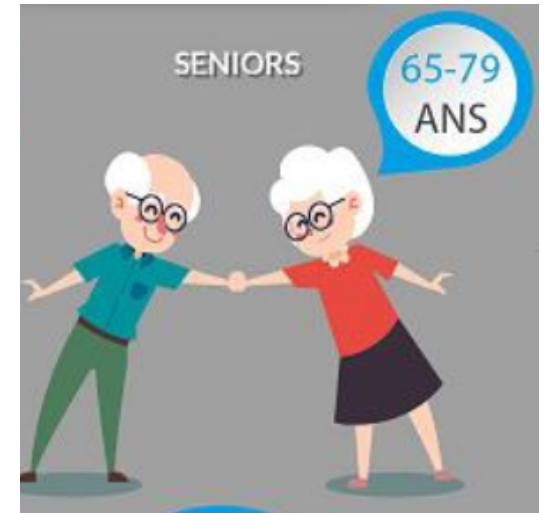


# RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES d'activités physiques et sportives

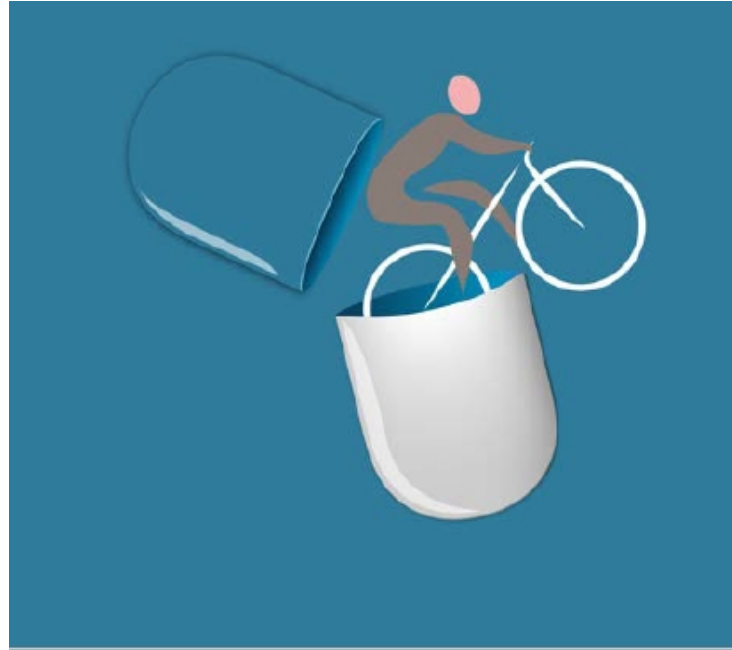
- Lutter contre la sédentarité
- Augmenter l'AP de la vie quotidienne
- Activités physiques ou sportives structurées
  - Endurance
    - intensité modérée : 150 min/sem (5 fois 30 min/sem)
    - forte intensité « vigoureux » : 75 min/sem
  - Renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires : **au moins 2x/sem**
  - Étirements : **au moins 2 à 3 fois/sem**

Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à **améliorer l'équilibre** et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine

**Si limitations: les personnes devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.**



# Activité physique = thérapeutique non médicamenteuse



**LIMITER**  
le temps de sédentarité,  
et en particulier le temps  
de loisir passé devant  
un écran.

A red silhouette of a person sitting at a desk with a laptop, next to a red warning triangle with an exclamation mark, indicating the need to limit sedentary time.

16<sup>E</sup> CONGRÈS  
MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
FRANCE



VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par COLLEGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



23 - 25  
MARS  
2023  
PARIS  
PALAIS DES CONGRÈS

congresmg.fr  
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec leGeneraliste

# Partie I – L'activité physique : comment ?

Pr François Carré, CHU de Rennes



# Comment prescrire l'activité physique dans un but de santé pour une bonne observance ?





# Quand prescrire de l'activité physique dans un but de santé à un patient ?

Pour tout patient : évaluer les niveaux d'inactivité physique et de sédentarité.

- **Prévention primaire y compris de la perte d'autonomie**

- Augmenter AP quotidienne et diminuer sédentarité avec ruptures des périodes assises prolongées  $\geq 90$  minutes
- Toujours cardio et renforcement musculaire
- Personnes âgées insister sur renforcement musculaire

- **Préventions secondaire et tertiaire**

- Pour toute maladie chronique STABLE
- En plus des AP quotidiennes prescrire de l'AP
  - adaptée aux capacités et limites du patient
  - et encadrée par un professionnel de l'APA au moins au début



NON PRESCRIPTION =  
PERTE DE CHANCE POUR LE PATIENT

# Consultation pour une prescription individualisée et adaptée d'activité physique dans un but de santé

## ÊTRE CONVAINCU POUR ÊTRE CONVAINCANT

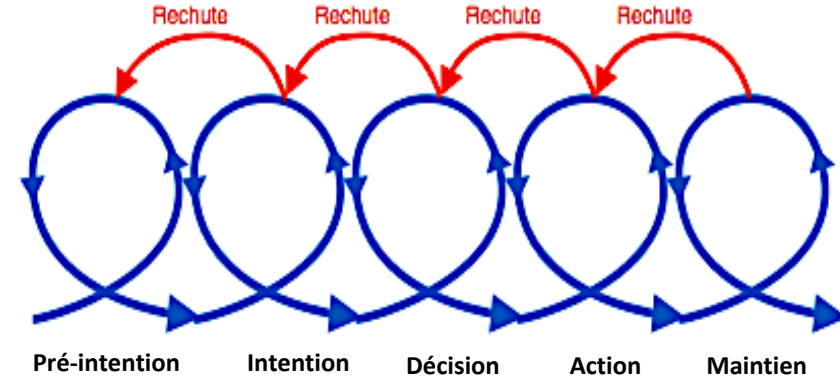
Informer	Informer le patient sur les bienfaits de l'AP ± APA
Motiver	Evaluer et développer la motivation du sujet
Evaluer	<b>Evaluer les capacités et les limites</b> (cardiorespiratoire, locomotrices, cérébrales/sensorielles) du patient
Rassurer	Si besoin <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>consultation médicale d'AP dédiée,</b></li><li>➤ examens complémentaires et avis spécialisés</li></ul>
Guider	Renseigner sur les structures d'accueil pour l'AP adaptée
Accompagner	<b>S'intéresser</b> et encourager

# Entretien motivationnel

Conduire le patient vers un mode de vie plus actif et moins sédentaire puis si besoin vers l'APA

- Un changement de mode de vie ne se prescrit pas
- Moyens pour un changement à long terme :
  - Renforcer **motivation intrinsèque**
  - Diminuer **ambivalence**
- Se rappeler que le changement est très **difficile**
- Ecoute **attentive**, attitude **empathique**, non directive ni moralisatrice
- Connaissance de la **perception du risque** encouru par le patient
- Insister sur **bénéfice**, **plaisir** et sensation d'**efficacité personnelle** plutôt que sur les dangers et la peur

## Spirale des stades du changement comportemental

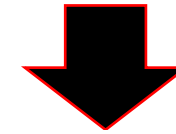


Modifié d'après Prochaska et Diclemente 1982

# Examens complémentaires toujours ciblés

QUAND DEMANDER/FAIRE UNE **ÉPREUVE D'EFFORT** ?

AP d'intensité élevée (> 6 METs)



**TOUJOURS, si au niveau cardiovasculaire :**

- Symptôme et/ou
- Antécédent personnel /familial et/ou
- Examen physique ± ECG anormal

Sujet asymptomatique et pour les AP d'intensité élevée	Risque CV faible	Risque CV modéré	Risque CV élevé ou très élevé
Inactif	EE non préconisée	EE peut être réalisée	EE recommandée
Actif	EE non recommandée	EE non préconisée	EE recommandée

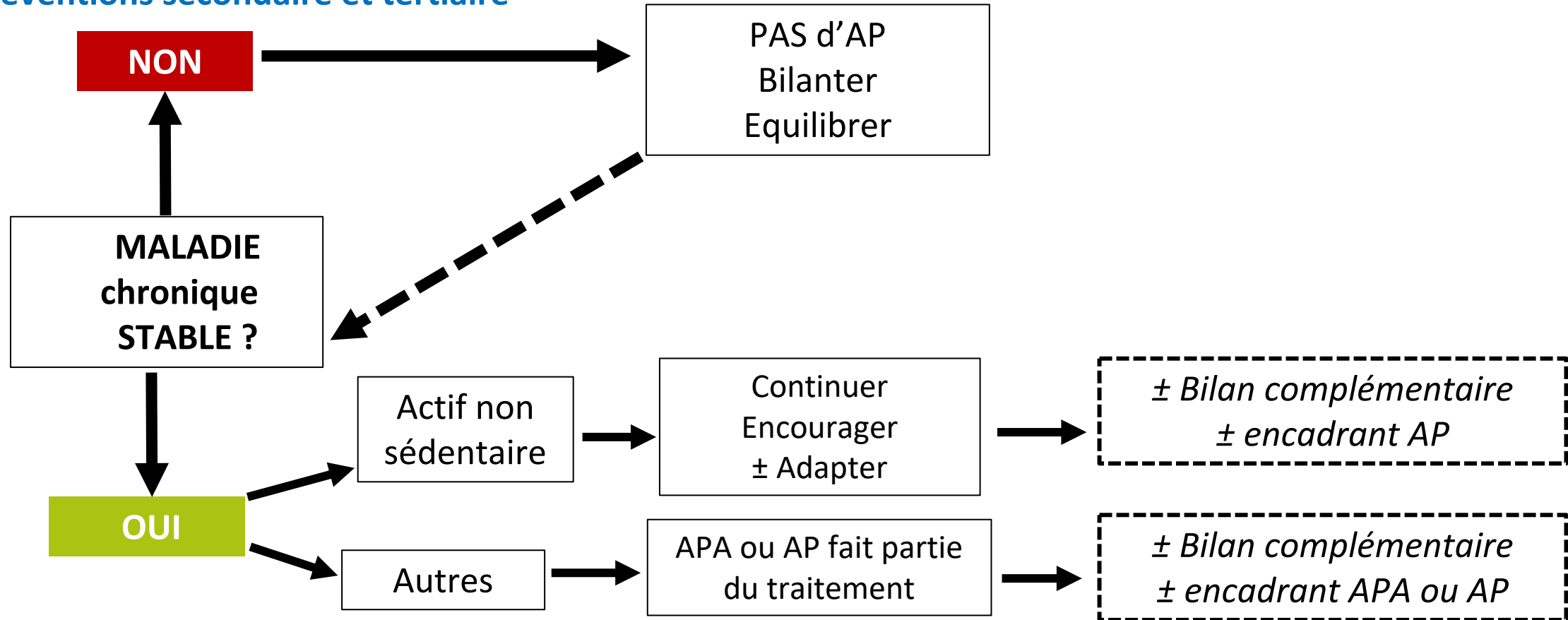
# Algorithme d'orientation du patient

Toujours recommandations quotidiennes

## Prévention primaire

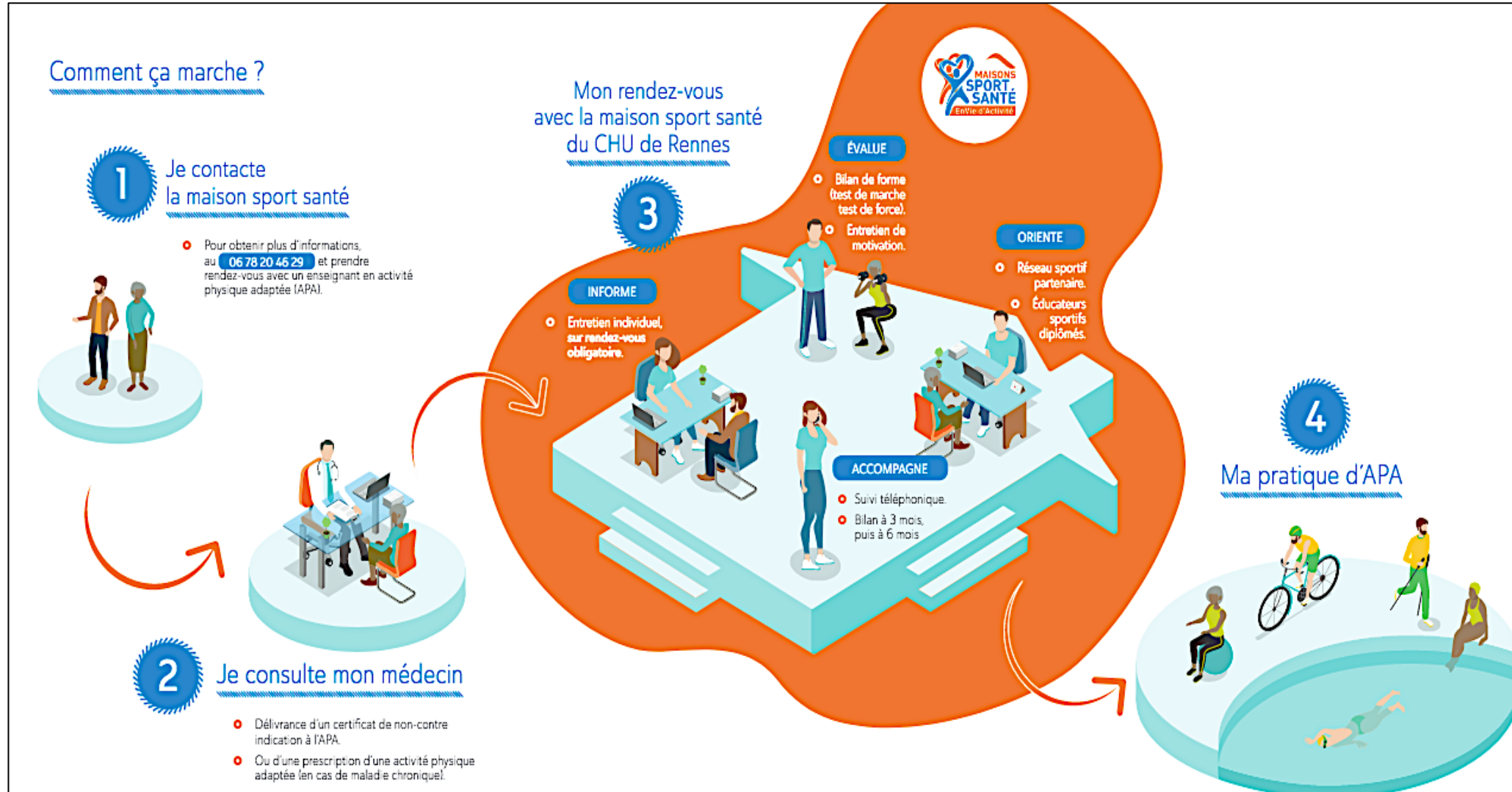
Si demande du patient pour une activité sportive le guider selon ses souhaits, but le plaisir  $\pm$  encadrant

## Préventions secondaire et tertiaire



# Les maisons sport-santé

Loi de mars 2022 reconnaissance des "maisons sport-santé" lancées en 2019



Informations

ARS

Ministère  
des sports

Exemple de la  
maison sport-santé  
du CHU de Rennes

# Partie II – Les productions de la HAS

Dr Albert SCEMAMA,

Chef de projet

Haute Autorité de santé, Saint Denis



# Une politique de promotion de l'AP sur ordonnance

- **Une politique de promotion de l'activité physique (AP) sur ordonnance** basée sur :
  - le lien de confiance qui unit le médecin à son patient. Il permet d'atteindre les personnes les plus éloignées de l'AP : personnes âgées fragiles, personnes en situation de handicap, patients atteints d'une maladie chronique.
  - la prescription médicale écrite, l'ordonnance, qui est un facteur de motivation et d'adhésion au programme d'AP.
- **La législation en France**
  - La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ouvre la prescription d'APA au médecin traitant dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée.
  - La Loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France ouvre la prescription d'APA à l'ensemble des médecins et élargit ses indications aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et aux personnes en perte d'autonomie.

*Art. 2. Un décret doit fixer la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'APA ;  
Art 3. Le Gouvernement doit présenter au Parlement, un rapport sur la prise en charge par l'assurance maladie des séances d'APA prescrites.*

# Les freins à la prescription d'AP par les médecins en France

1. Un manque de connaissance concernant l'AP et ses impacts sur la santé
2. Des craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardiovasculaires graves à l'exercice
3. L'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP
4. L'absence de parcours structurés centrés sur la prescription d'AP
5. Le coût pour le patient de l'AP prescrite

*Les documents publiés par la HAS ont pour objectif de lever les freins 1, 2 et 3.*

*La loi du mars 2022 visant à démocratiser le sport en France pourrait lever les freins 4 et 5*

# Les productions HAS

- Un guide de consultation et prescription médicale d'AP à des fins de santé chez les adultes (2e version)
- Un guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité
- 16 référentiels d'aide à la prescription par pathologie
- Des fiches de synthèse
- Des fiches patient



RECOMMANDER  
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte

Validé par le Collège le 13 juillet 2022



RECOMMANDER  
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité

Validé par le Collège le 13 juillet 2022



ORGANISATION DES PARCOURS

## Prescription d'activité physique et sportive Diabète de type 2

Ce référentiel compile les données du guide HAS sur la promotion, la consultation et la prescription d'activité physique et sportive pour la santé chez l'adulte. Il précise les spécificités de la consultation et de la prescription pour les patients atteints de diabète de type 2.

### Contexte

En France, la prévalence du diabète sous traitement médicamenteux est à 4,6 % de la population, soit environ 3 millions de personnes. Cette prévalence augmente avec l'âge. À âge égal, elle est plus élevée chez les hommes, 55 % versus 45 % pour les femmes. Elle augmente de façon plus importante dans les populations et régions défavorisées.

Les adultes diabétiques de type 2 (DT2) sont souvent sédentaires et près de 70 % n'ont pas d'activité physique (AP) régulière de loisir. L'obésité et l'inactivité physique sont les deux causes principales et indépendantes du développement du DT2 en population. Indépendamment du niveau d'AP, les comportements sédentaires sont associés à un risque plus élevé de développer un DT2.

Le DT2 est fréquemment associé à d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire : un surpoids 30 %, une obésité 41 %, une HTA (46 %), une hypercholestérolémie (LDL > 1,3 g/L) (18 %) et un tabagisme (13 %) (étude Entree en France métropolitaine, 2007-2010). Le risque de surmortalité liée au DT2, tous âges confondus, est de 1,45.

### Définitions

Le diabète sucré est un groupe de maladies métaboliques caractérisé par une élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang, qui résulte d'une carence de sécrétion en insuline et/ou d'une résistance tissulaire à l'action de l'insuline. Cette hyperglycémie chronique expose les patients à des risques de complications micro et macrovasculaires et de neuropathies périphériques et autonomes.

On distingue plusieurs types de diabètes selon leurs étiologies : diabète de type 1, diabète de type 2, diabète gestationnel (diagnostiqué pendant la grossesse), diabètes monogéniques et diabètes secondaires. 90 % des patients diabétiques ont un diabète de type 2 et 5-10 % ont un diabète de type 1.

Le diabète de type 1 est le plus souvent causé par une destruction auto-immune des cellules bêta du pancréas sécrétant l'insuline, à l'origine d'une déficience absolue en insuline et une forte propension à l'acidocétose (le diabète de type 1 n'est pas traité dans ce référentiel).

Le diabète de type 2 est causé par une résistance à l'action des muscles squelettiques, du tissu adipeux et du foie, combinée à un défaut relatif de sécrétion en insuline.

Le pré-diabète se caractérise par des anomalies de la glyco-régulation avec une augmentation du risque de progression vers un DT2. Il est défini par une hyperglycémie modérée à jeun et/ou par une hyperglycémie au test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (tolérance au glucose) au-dessus des valeurs considérées comme normales, mais en-deçà du seuil défini pour le DT2.

<sup>1</sup> La terminologie de diabète de type 2 est utilisée dans ce référentiel en référence à la terminologie utilisée dans le guide de promotion, consultation et prescription d'APS, HAS 2018, page 9.

# Le guide parcours de consultation et de prescription d'AP

- Le repérage en population générale des individus à risque pour l'AP relevant d'un avis médical préalable (auto-questionnaire Q-AAP +) ;
- L'évaluation médicale minimale avant prescription d'AP, si un avis médical est justifié ;
- La consultation médicale d'AP, selon des indications limitées ;
- La prescription d'examens complémentaires, limitée et ciblée ;
- Les modalités de prescription de l'AP et de l'APA ;
- Le suivi médical de la prescription d'AP ;
- Les modalités de dispensation et de suivi de l'AP prescrite par les professionnels de l'AP .

# Le guide parcours de consultation et de prescription d'AP

- **L'évaluation médicale minimale** avant prescription d'AP, si un avis médical est justifié :
  - Estimation de l'intensité de l'AP ou sportive envisagée
  - Estimation du niveau d'AP régulière et de la sédentarité
  - Estimation du risque de survenue d'un évènement cardio-vasculaire grave à l'AP et des autres risques
  - Estimation de l'état motivation du patient pour l'AP choisie avec lui
- **La consultation médicale d'AP dédié**, selon des indications limitées :
  - Interrogatoire, examen physique et évaluation du niveau de risque cardiovasculaire
  - Entretien motivationnel centré sur les AP choisis avec le patient
  - Évaluation de la condition physique
  - Examens complémentaires et/ou avis spécialisé, si indiqué
  - Prescription d'AP ou d'APA, selon indication

# Une classification en 4 niveaux d'intervention

- **Le niveau 1** pour les patients présentant une maladie/blessure avérée ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un programme de rééducation/réadaptation par un masseur-kinésithérapeute.
- **Le niveau 2** pour les patients présentant une maladie chronique, un facteur de risque ou une situation de perte d'autonomie évalués par le médecin comme justifiant d'un programme d'activité physique adaptée (APA) par un professionnel de l'APA.
- **Les niveaux 3 et 4** pour les patients physiquement inactifs qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'AP et qui sont considérés par le médecin comme capables de participer à une gamme ordinaire d'AP ou sportive, avec ou sans supervision.

*Les interventions par l'AP des niveaux 2, 3 et 4 sont prescrites selon la pathologie ciblée, l'état de santé du patient et ses capacités à pratiquer des AP en autonomie.*

# 3 niveaux d'intervention de l'activité physique

- **Le niveau 3**, une AP supervisée , est appropriée si le patient ne répond pas à l'un des 3 critères du niveau 4.

*Le médecin conseille et prescrit au patient une AP ou sportive encadrée par un éducateur sportif, organisée par une association ou un club sportif, et si indiqué du Sport-santé.*

- **Le niveau 4**, une AP non supervisée, est appropriée si :
  - Le patient est évalué comme réceptif, motivé et capable de suivre les recommandations d'AP seul ou avec l'aide d'un appui social (famille, amis...) ;
  - Le patient est considéré comme étant capable (ayant les ressources psychiques suffisantes) d'augmenter effectivement et sans risque son niveau d'AP par ses propres moyens ;
  - L'état de santé et les besoins (social, émotif, médical) du patient n'exigent pas un programme d'APA, ni un programme de rééducation / réadaptation.

*Le médecin conseille et prescrit au patient des AP ou sportives à réaliser en autonomie.*

# L'APA, une définition selon la HAS

L'APA est prescrite sous forme d'un programme :

- **Structuré :**
  - 2 à 3 séances d'AP par semaine, sur une durée de 3 mois, renouvelable ;
  - chaque séance d'APA dure de 45 min à 60 min et comprend des exercices en endurance aérobie et de renforcement musculaire, auxquels peuvent être associés des exercices d'équilibre, de coordination, d'assouplissement ou respiratoires, selon la pathologie ciblée.
- **Élaboré et supervisé par un professionnel de l'APA** (professionnel de santé de la rééducation ou enseignant APA-santé) et suivi en coordination avec le médecin prescripteur.
- **Adapté** à la pathologie ciblée du patient ;
- **individualisé**, selon la condition physique, les capacités fonctionnelles, les risques, les comorbidités, les besoins et envies de la personne ;
- **toujours associé à un accompagnement** vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire et un relai vers des AP ordinaires.



# L'APA, des conditions pour sa prescription

4 conditions à une prescription initiale d'APA par un médecin, afin de garantir son efficacité à court, moyen et long terme (avis d'experts)

- Le patient est atteint d'une maladie chronique ou d'un état de santé pour lequel l'APA a démontré des effets bénéfiques
- Il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations de l'OMS
- Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et sécuritaire ;
- Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement physiquement plus actif est à terme envisageable.

# L'APA, des conditions pour sa prescription

**Des conditions à son renouvellement**, par un médecin, ou un masseur-kinésithérapeute :

- Les 4 conditions de la prescription initiale sont respectées ;
- La maladie, son évolution ou l'état de santé général du patient ne lui permettent pas de passer à une pratique d'AP ordinaire, supervisée ou en autonomie ;
- Et la reprise ou la poursuite d'une APA permet une stabilisation ou une évolution favorable de la pathologie du patient.

*Dans tous les cas, le professionnel de l'APA qui a assuré la dispensation initiale transmet un compte rendu de fin de programme au médecin prescripteur. Il en remet une copie au patient ([Art. D1172-5 du CSP](#)).*

*Dans le cadre d'une consultation de suivi, le médecin prend connaissance de ce compte-rendu et évalue les conditions médicales du renouvellement de l'APA ([article R.4127- 8 et article L4321-1 du CSP](#)).*

# L'APA, des conditions pour sa prescription

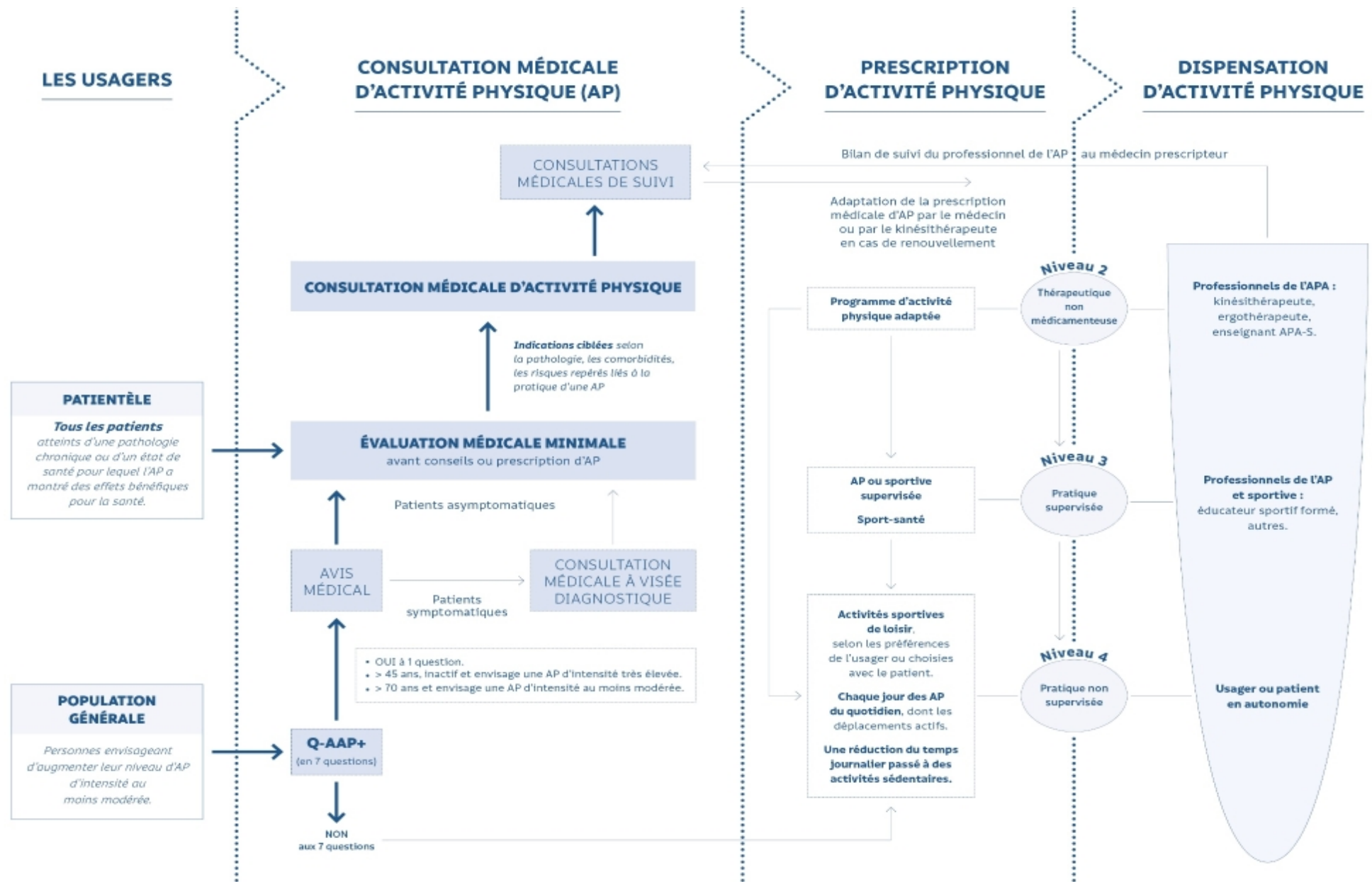
Les conditions d'arrêt d'un programme d'APA se réfèrent à la capacité de la personne à pratiquer des AP en autonomie ou à son refus de suivre cette thérapeutique (avis d'experts) :

- Le programme d'APA arrive à son terme. Le patient pratique des AP régulières en autonomie ou encadrées par un éducateur sportif
- Le programme d'APA est interrompu avant son terme à la demande du médecin : la maladie est déstabilisée ou le patient présente une contre-indication à l'AP. Au besoin, ce programme est relayé par un programme de rééducation/réadaptation ;
- Le programme d'APA est interrompu ou abandonné avant son terme par le patient qui renonce à cette thérapeutique de façon explicite ou de façon implicite (absences répétées et non justifiées aux séances).

*Le patient est alors redirigé vers son médecin par le professionnel de l'APA avec un compte rendu qui précise en particulier les motifs de l'arrêt.*

# Les messages clés

- Toutes les personnes n'ont pas besoin d'un avis médical ou d'une consultation médicale avant de commencer ou d'augmenter une AP ;
- Les indications des examens complémentaires sont limitées et doivent rester ciblées.
- L'AP, sous toutes ses formes, agit en préventions primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques, facteurs de risques et situations de perte d'autonomie ;
- L'APA est une thérapeutique non médicamenteuse validée ;
- Tous les médecins peuvent prescrire de l'APA, mais tous les patients n'ont pas besoin d'un programme APA.







Des activités physiques et sportives pour tous et toute la vie.

16<sup>E</sup> CONGRÈS  
MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
FRANCE



VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



congresmg.fr  
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec leGeneraliste

# Partie III – Cas cliniques

Pr Martine Duclos, CHU Clermont Ferrand

Pr François Carré, CHU Rennes



# Cas clinique : diabète de type 2

Pr Martine Duclos, Clermont Ferrand



# Cas clinique d'un patient atteint de diabète de type 2

Mr Z., 46ans :

- obésité ancienne (IMC 33kg/m<sup>2</sup>)
- DT2 découvert et traité depuis 10 ans (metformine+sulfamides+incrétines)

HbA1c 7,4%

mais (lecteur flash de glycémie) variations glycémiques post-prandiales élevées (~3g).

Bilan annuel des complications (il y a 7 mois avec consultation cardiologique) :

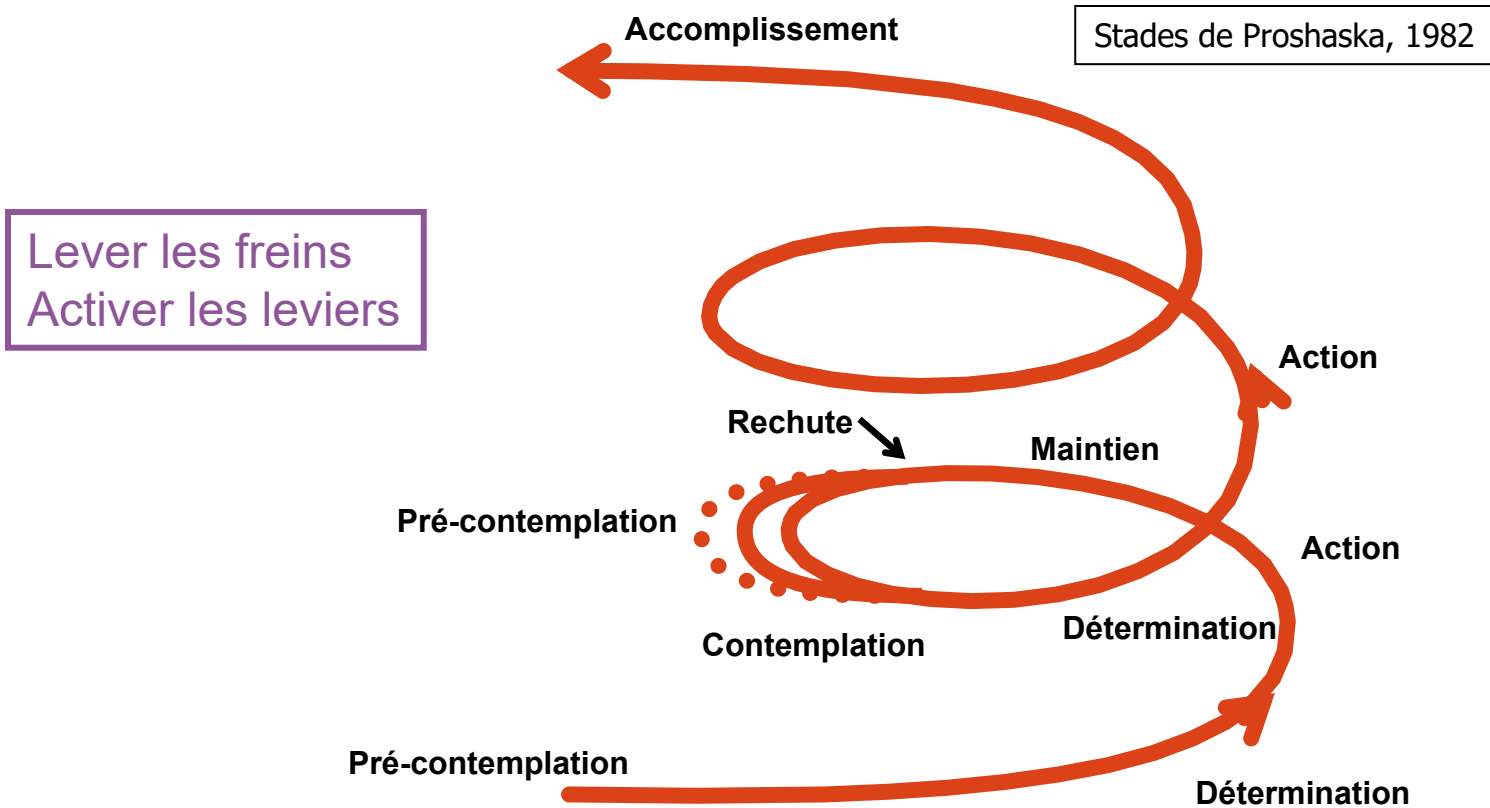
HTA stable sous IEC, hypercholestérolémie normalisée sous statines.

- Ne fera pas d'efforts nutritionnels supplémentaires

Vous lui proposez de démarrer une AP régulière

1) Vous évaluez sa **motivation**

# Évaluer la motivation



# Activer les leviers

## Activer les leviers → effets bénéfiques AP régulière

- amélioration de l'équilibre glycémique : -0,8% HbA1c
- ↓ complications cardiovasculaires : -25% à 40%
- ↓ complications microangiopathiques (œil et rein) :-25%
- diminution de la mortalité globale : -25%
- amélioration du profil lipidique
- ↑ qualité de vie
- ↑ capacités cardio-respiratoires
- ↓ anxiété

## Leviers intrinsèques +++

- ↓ Tour de taille
- ↓ essoufflement
- ↓ fatigue
- ...

## Support interpersonnel

Soutien familial...

# Examens complémentaires

2) Chez ce patient ayant un DT2 :

avant de prescrire une activité physique ou sportive régulière, faut-il faire des examens complémentaires ?

- **Il est inutile de :**
  - ✓ faire une épreuve d'effort systématique
  - ✓ refaire un bilan de toutes les complications dégénératives
  - ✓ envoyer le patient systématiquement chez son diabétologue
  - ✓ envoyer le patient systématiquement chez son cardiologue

# En cas de complications

## 3) Ce patient présente des complications dégénératives stables.

- C'est une contre-indication absolue à la pratique d'une APS régulière ?
- Cela limite la pratique d'AP à la marche d'intensité modérée ?
- Cela interdit toutes les activités sportives collectives ?

Toute complication dégénérative non stabilisée est une contre-indication **temporaire** à la pratique d'une activité physique ou sportive régulière.

A l'inverse une **complication dégénérative stabilisée** est une **indication** à la pratique d'une activité physique ou sportive régulière.

# Activité physique et diabète de type 2

## 4) Votre patient a envie de pratiquer une activité sportive.

### **VIDAL**, rubrique **médicosport-santé**

Plus de 70 fédérations sportives ont adapté leur sport aux pathologies avec des durées plus courtes, un échauffement et des techniques adaptées aux pathologies et des professionnels formés à la pathologie.

Chez votre patient DT2 traité par incrétines+metformine+sulfamides (HbA1c=7,4%) :

- La natation est contre-indiquée à cause des risques liés aux hypoglycémies ?
- Le cyclisme est contre-indiqué à cause des risques liés aux hypoglycémies ?
- Le judo est contre-indiqué à cause des risques liés aux mycoses ?
- Vous préférez lui dire de faire 30 min tous les jours sur son vélo d'appartement en regardant la télé et 2 fois par semaine 20 min de renforcement musculaire à la maison.

# Ordonnance

5) Votre patient a choisi la natation 2x/semaine

Vous réalisez une ordonnance d'activité physique et sportive (APS).

Que précisez-vous sur cette ordonnance ?

- Type d'APS choisie, et sa fréquence (2 fois/semaine)
- Augmenter l'AP de la vie quotidienne, en donnant des exemples précis
- (par exemple: 10 minutes de marche pour aller au travail
- et 10 minutes retour pendant 2 semaines puis augmenter à 15 minutes)
- Diminuer le temps total passé assis
- Se lever régulièrement toutes les heures et bouger pendant au moins une minute

Vous lui donnez un **RV de suivi dans deux mois**



# Cas clinique : syndrome coronarien chronique

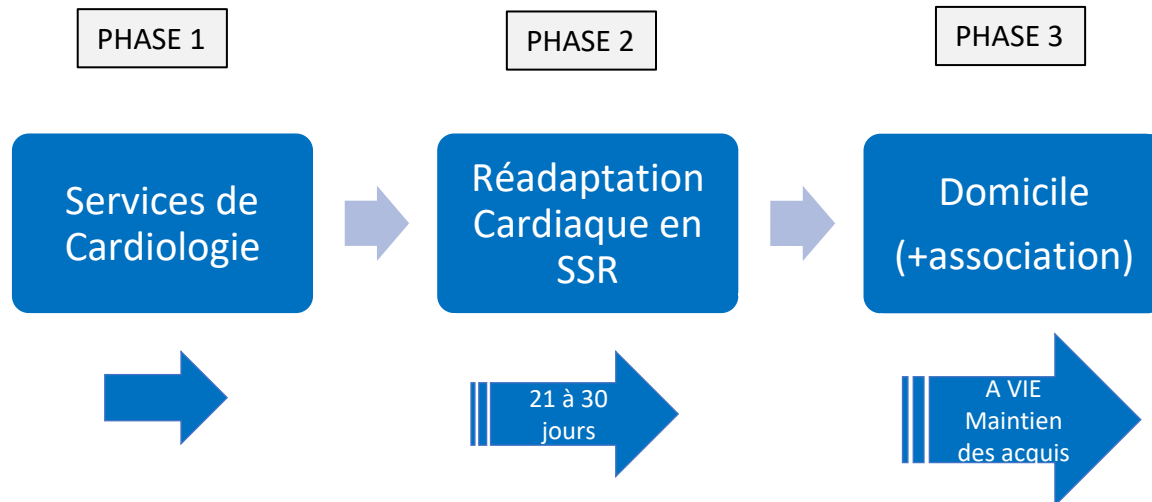
Pr François Carré, Rennes



# Courrier de sortie de réadaptation du patient

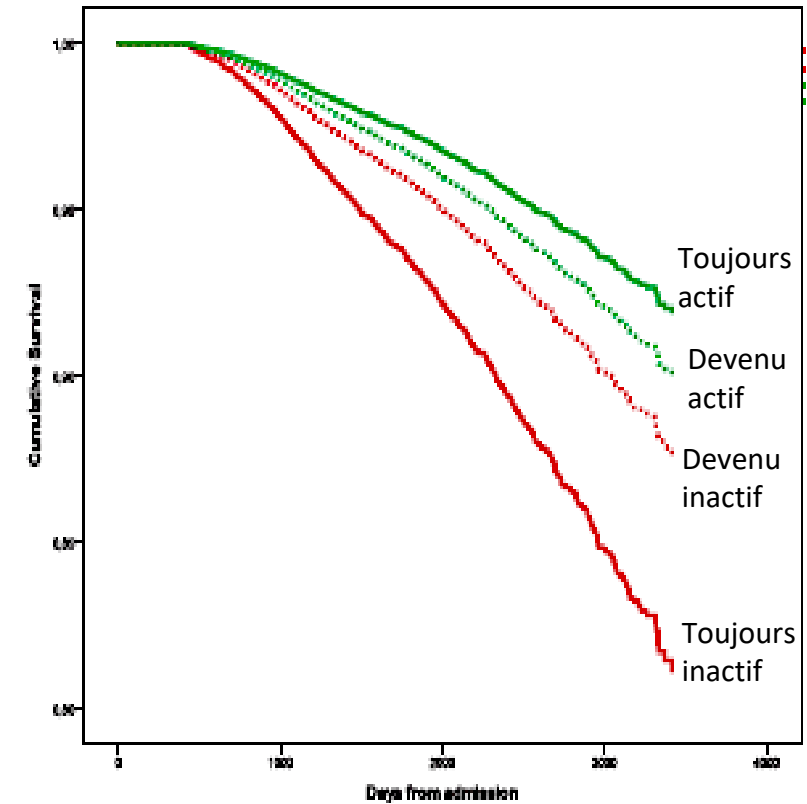
- Monsieur H Alain, 63 ans (12/05/1960), retraité du bâtiment, suivi pour un syndrome coronaire chronique
- révélé par un syndrome coronaire aigu avec pose d'un stent sur la coronaire droite il y a 5 mois.
- Sa coronarographie concluait à une revascularisation complète avec des plaques d'athérome
- sur l'interventriculaire antérieure (<30%) et la circonflexe (30%).
  
- Il a bénéficié d'un séjour en réadaptation de 3 semaines et à sortie son bilan concluait :
  - ✓ Patient asymptomatique, 1,75m, 80 kgs, IMC 26, 1, tour de taille 91 cm . Lombalgies chroniques
  - ✓ Traitement bien toléré: IEC, statine, acide acétylsalicylique
  - ✓ Facteurs de risque : activité physique < 30 min/jour , sédentarité 9h/j, tabac arrêté, perte de poids de 5kgs,
  - ✓ PA = 120/75 mm Hg, TG 1,3g/l, HDL-cholestérol 0,35 g/l, LDL-cholestérol 0,55 g/l
  - ✓ Echocardiogramme repos avec une fuite mitrale modérée et une fraction d'éjection à 55 %
  - ✓ Epreuve d'effort d'intensité maximale (épuisement) sous traitement: pas de symptôme, pas d'anomalie de la repolarisation, pas d'arythmie. Capacité physique = 85 % de la valeur théorique
  - ✓ A pratiqué le cyclisme de 16 à 24 ans mais inquiet et peu motivé pour un changement de mode de vie.

# Les recommandations



SUÈDE

N = 22 227, 26% F, 18 – 75 ans  
Suivi 4,2 ans  
Ajusté sexe, âge, FDR, pathologies



Ekblom A et al.  
J Am Heart Assoc.  
2018;7:e010108.  
DOI: 10.1161/JAHA.118.010108

# L'entretien motivationnel

- Freins et leviers

- Être positif

- Qualité de vie
- Liens sociaux
- Santé

- Essayez vous verrez

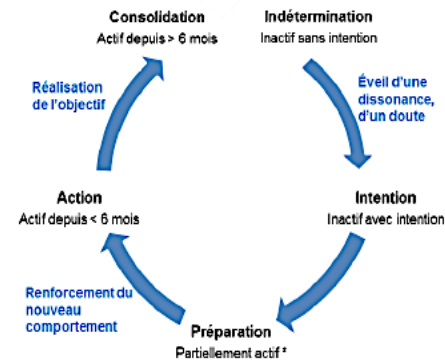
- Guider ne pas imposer

- Chiffrer les progrès

- S'intéresser

- Encourager

- Féliciter



\* À savoir : < 30 min/j. d'efforts modérés et < 3 x 20 min/sem. d'efforts intenses

- L'indétermination : la personne est physiquement inactive et elle n'a pas l'intention de faire de l'AP dans les 6 mois à venir.
- L'intention : la personne est toujours inactive, mais envisage d'augmenter son AP dans les 6 mois à venir.
- La préparation : la personne considère sérieusement le fait de faire de l'AP dans le mois à venir ou a déjà commencé, mais ne remplit pas encore les recommandations d'AP pour la santé (sujet inactif).
- L'action : la personne fait régulièrement de l'AP depuis moins de 6 mois et remplit les critères d'AP pour la santé (sujet actif).
- La consolidation : la personne fait régulièrement de l'AP depuis plus de 6 mois et remplit les critères d'AP pour la santé.

L'ambivalence est normale

# Attitude recommandée généraliste et cardiologue traitants

## MOTIVATION

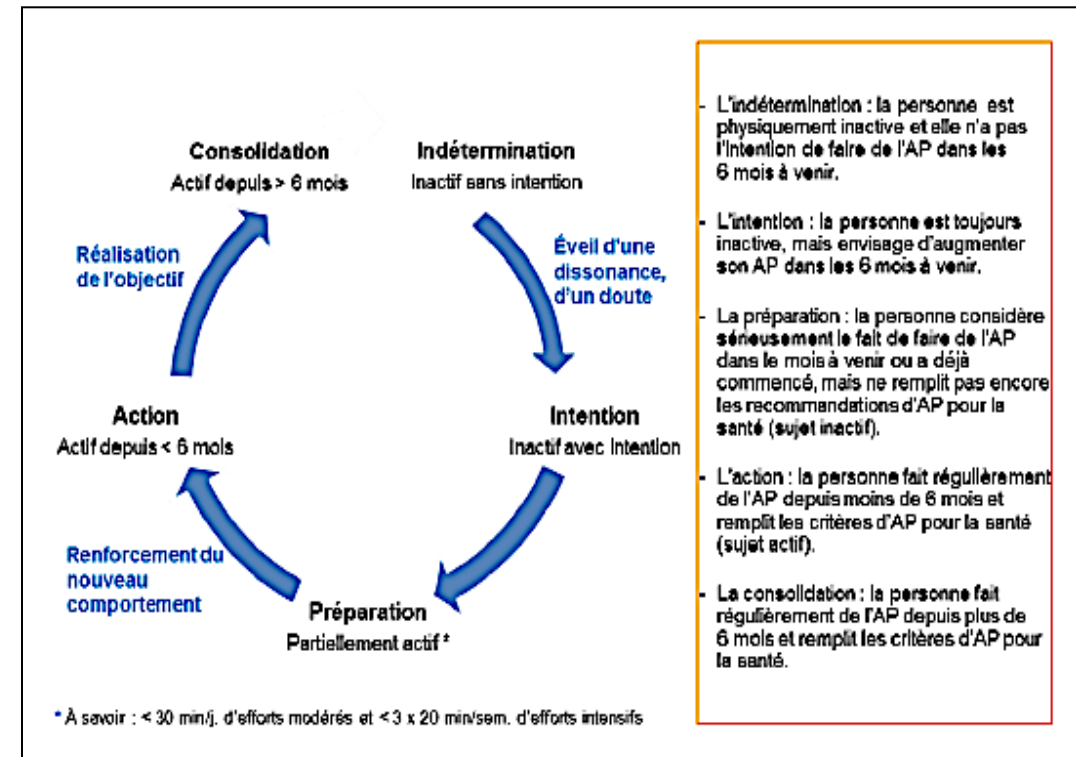
Rassurer ++

APA fait partie  
du traitement

Preuves  
scientifiques

Levier possible  
ancien cycliste

Plaisir  
retrouvé



CONSEILS ORAUX + ORDONNANCE ÉCRITE

# Ordonnance pour Monsieur H Alain, 12/05/1960

**1. Règles hygiéno-diététiques essentielles.** Diminuer progressivement le temps de sédentarité pour arriver à moins de 9h/jour et réaliser au moins 30 minutes (si besoin fractionnées dans la journée) d'activité physique quotidienne d'intensité modérée (niveau d'essoufflement n'empêchant pas la conversation)

**2. Ordonnance pour l'APA :**

- Prise en charge par un enseignant en APA
- Réaliser le bilan de la condition physique
- Trois séances par semaine avec au moins un jour de repos entre chaque séance
- Durée des séances début 30 minutes pour arriver à 45 minutes incluant échauffement et retour au calme
- Associer travail d'endurance et de renforcement musculaire
- Attention aux chocs répétés du fait du surpoids et de la notion de lombalgies chroniques
- Merci de m'adresser un compte rendu de l'évolution du patient au bout de 3 mois

**3. Traitement pharmacologique habituel**

IEC

Statine

Acide acétyl-salicylique

*Dr XYZ*

16<sup>E</sup> CONGRÈS  
MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
FRANCE



VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



23 - 25  
MARS  
2023  
PARIS  
PALAIS DES CONGRÈS

congresmg.fr  
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec leGeneraliste

# Partie IV – L'AP et l'APA en pratique quotidienne de médecine générale

Dr Ianis Mellerin, Collège de la Médecine Générale, Biot

Médecin généraliste, Maître de stage

Médecin du sport

Médecin fédéral national et régional PACA de la FFEPGV

Vice-président d'Azur Sport Santé

Nos compétences de MG, même avec « simplement » des interventions brèves sont-elles nécessaires/efficaces pour changer le comportement de nos patients ?

4 à 5 millions de mortalité prématurée chaque année dans le monde liée à l'inactivité physique <sup>1</sup>

Le fardeau économique de l'inactivité physique <sup>2</sup>  
**54 milliards de dollars**

Si ce n'est pas maintenant,  
alors c'est pour quand et  
qui le fera ?

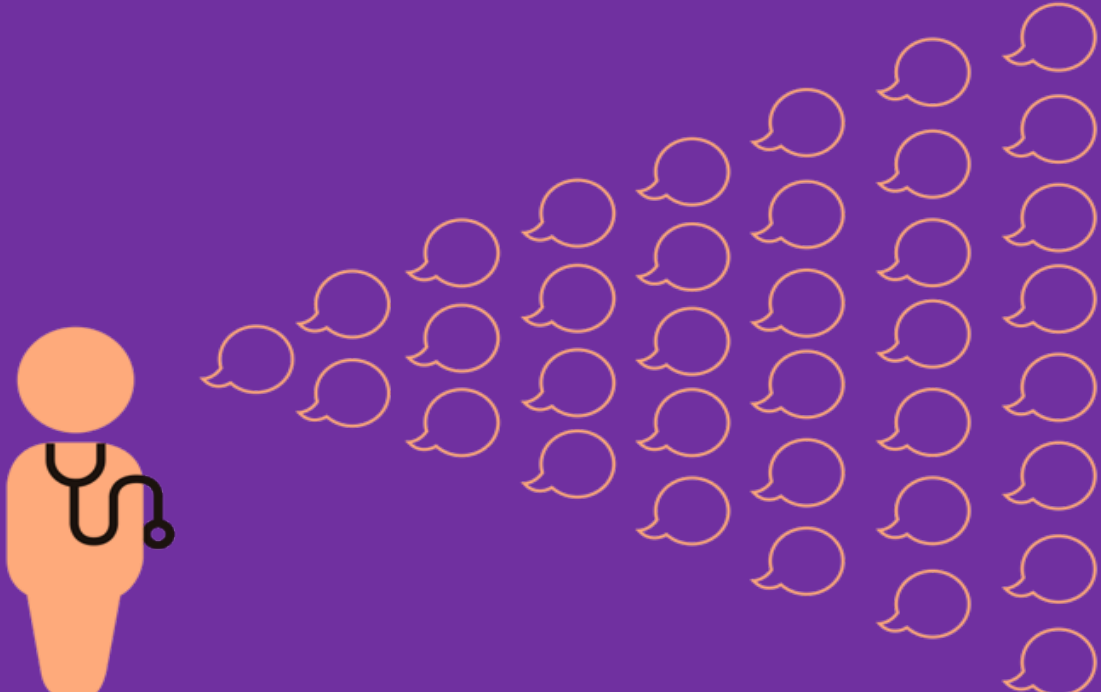
L'activité physique sauve des vies



[1 - Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité](#)

[2 - The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases - The Lancet](#)

# Messages clés au sujet de l'activité physique pour les patients et le public



**Faire que chaque contact compte**

Faire que chaque influence compte

« Un médecin, une infirmière, une sage-femme ou un professionnel de santé qualifié peuvent recevoir un demi-million de patients au cours de leur carrière professionnelle : cela représente un énorme potentiel pour promouvoir et plaider en faveur de l'activité physique »

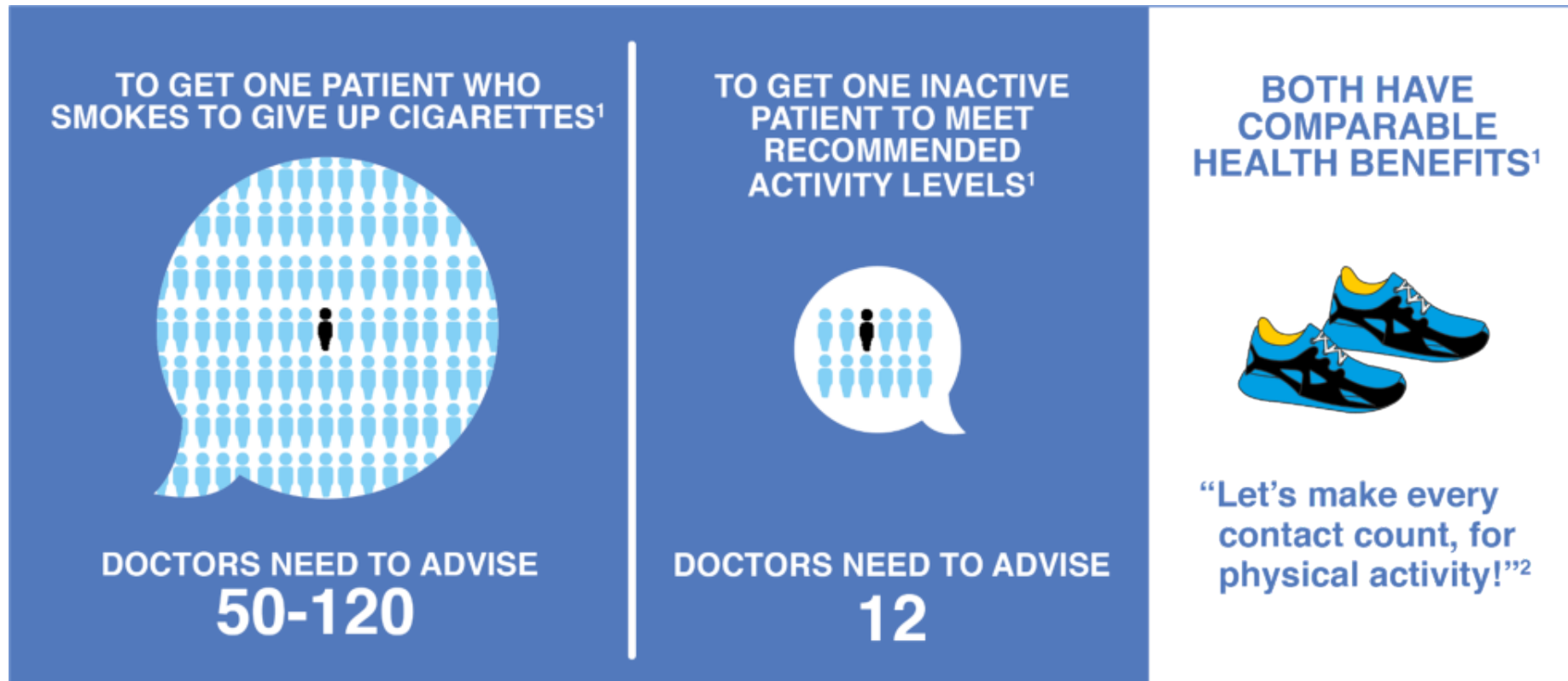
*Ann Gates<sup>1</sup>*

Un médecin généraliste va réaliser entre 250 000 et 400 000 consultations au cours de sa carrière ! Autant d'occasions pour parler d'activité physique !

Session HAS/CMG activité physique



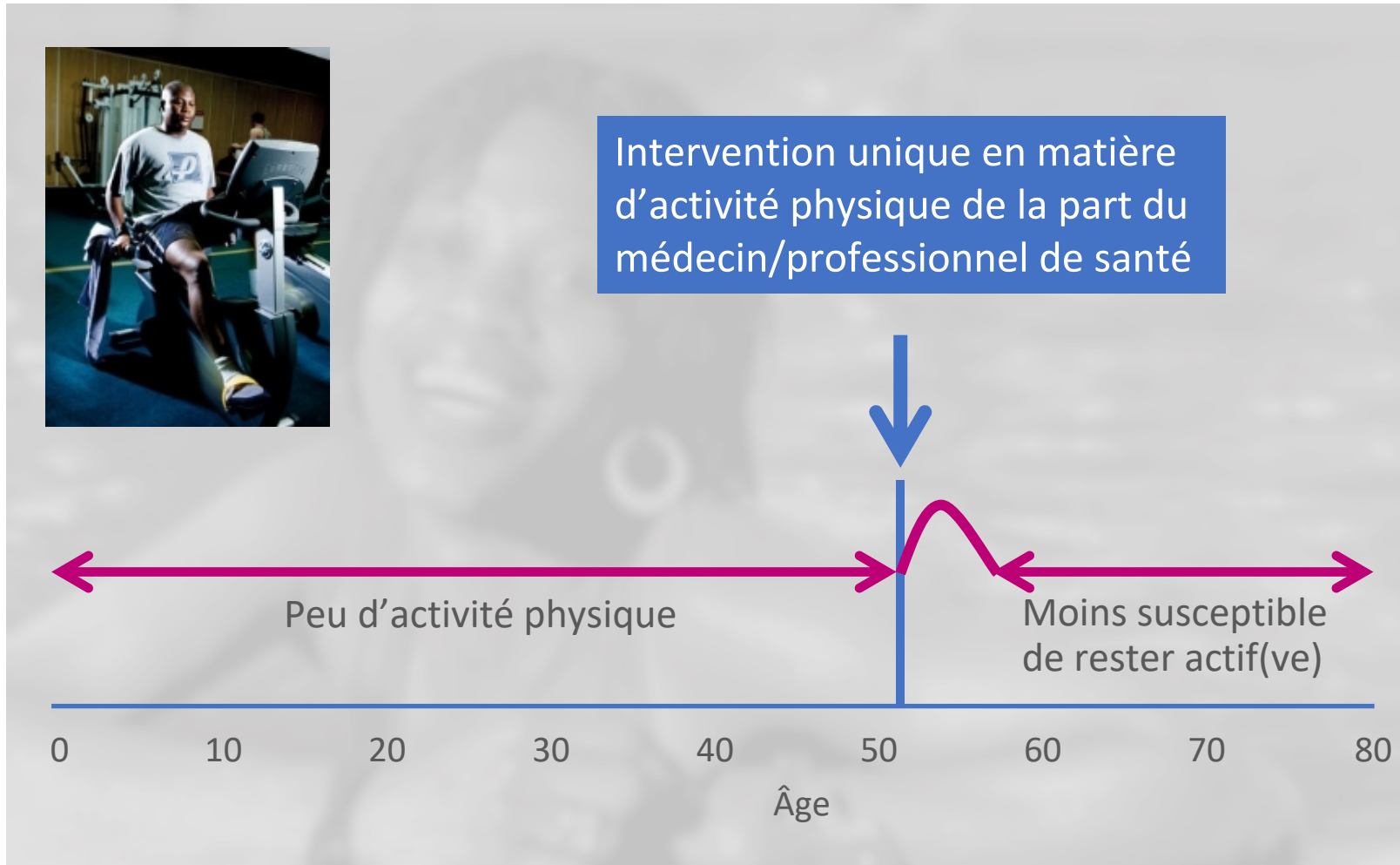
# Parler d'activité physique, une tâche moins ardue qu'il n'y paraît



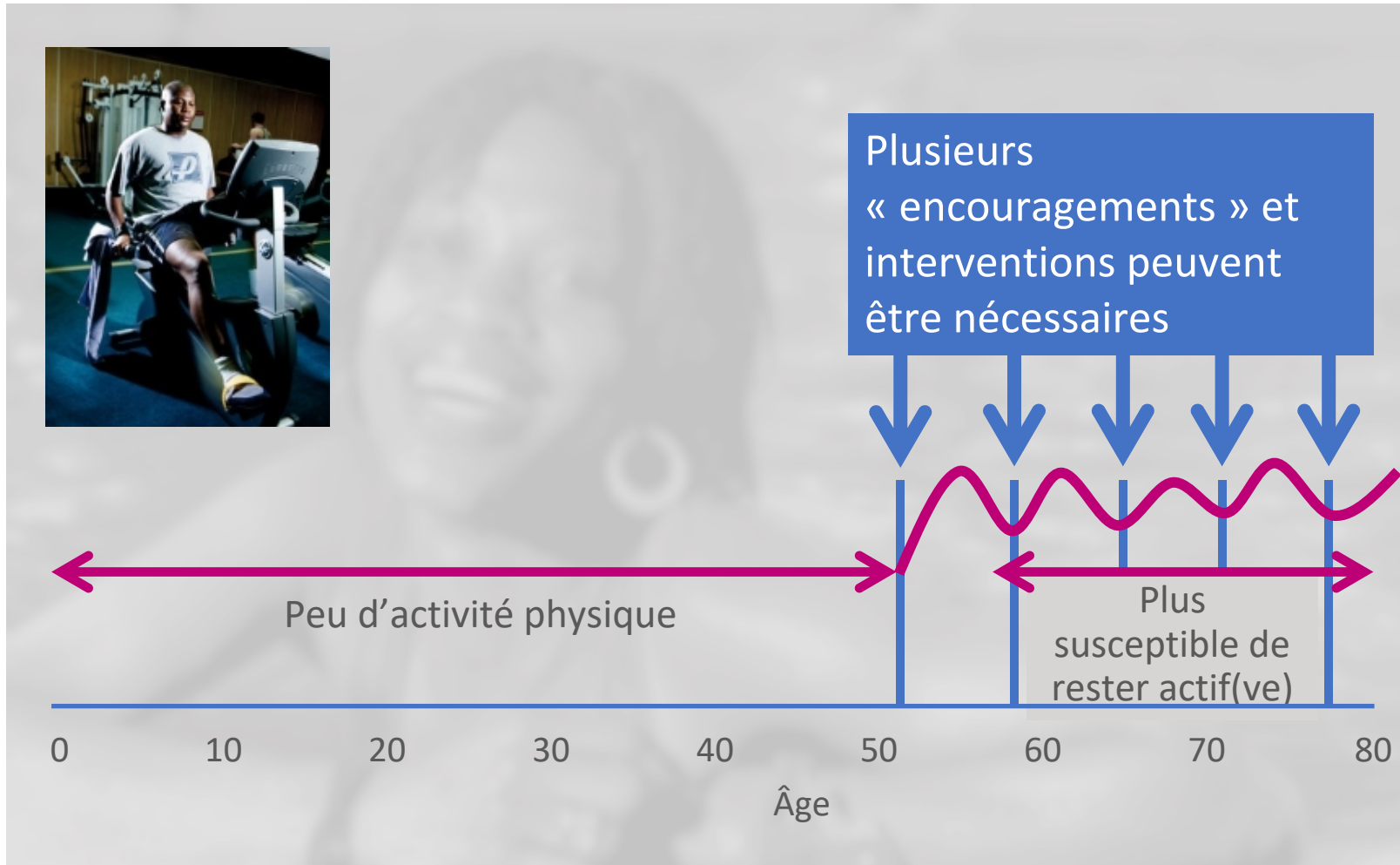
**Faites que chaque contact compte pour parler d'activité physique !**

1. [Thornton JS et al. Br J Sports Med 2016; doi:10.1136/bjsports-2016-096291.](https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096291)
2. [Gates AB. Br J Sports Med 2016; 50\(6\): 322-3.](https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096291)
3. [Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.](#)

# CONSEILLER sur le changement à long terme




# CONSEILLER sur le changement à long terme



# Exemples de modèles d'intervention brève pour le soutien à l'activité physique individuelle pour tout prestataire de services, dans tous les pays

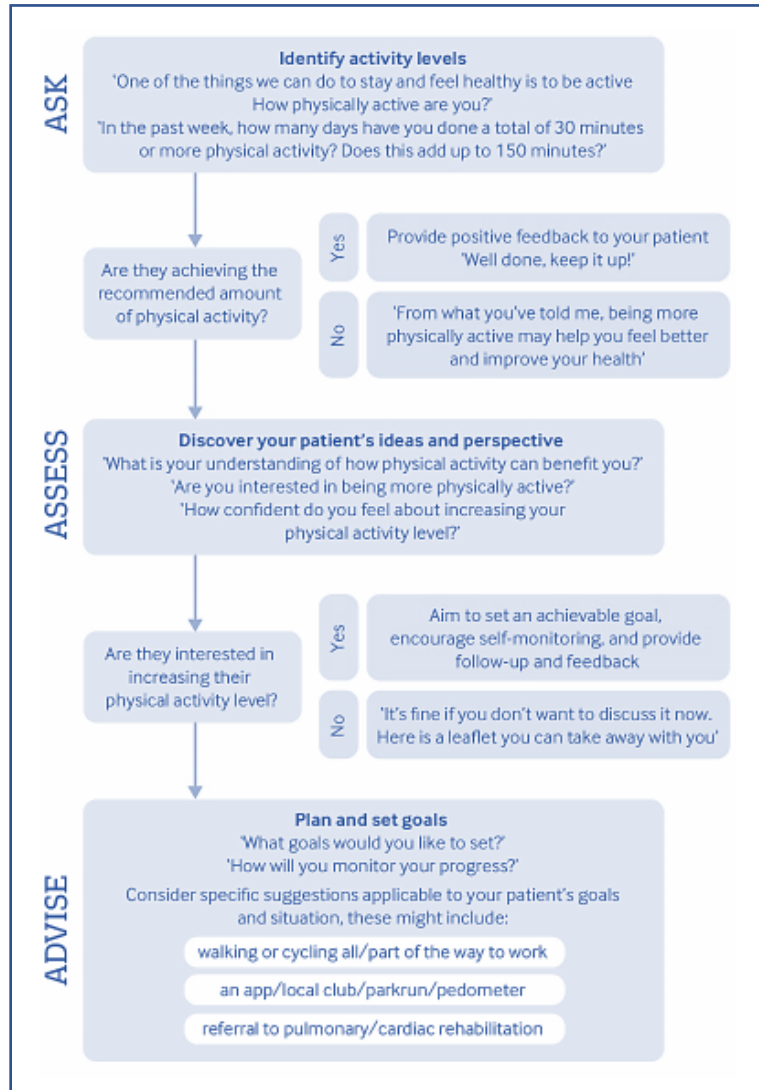
## Faire que Chaque Contact Compte

1. « L'approche MECC des 3A\* 
2. L'approche MECC des 5A (version longue)
3. Modèle de changement des comportements
4. Modèle ACTIVE pour les maladies cardiovasculaires
5. Approche ABCD
6. PRÉSENCE

**\* Make Every Contact Count**

**Modèle recommandé pour des interventions très brèves pour l'activité physique au sein du NHS au Royaume-Uni**

# « Demander – Evaluer – Conseiller »



## Les 3A

Structure « Ask-Assess-Advise » (Demander-Évaluer-Conseiller) pour discuter du changement de comportement par rapport à l'activité physique lors de la consultation

Discussion de 3 à 5 minutes lors d'un rendez-vous médical de routine, avec un bref rappel après deux semaines, augmentation des niveaux d'activité physique 4 à 6 semaines plus tard de 37 minutes par semaine, 30 minutes de plus que le contrôle

Adapté du dépistage activité physique et du script interventions brèves du NHS Health Scotland et des directives NICE : conseils brefs concernant l'activité physique pour des adultes recevant des soins primaires (PH44)

Haseler Christine, Crooke Ranulf, Haseler Tobias. Promoting physical activity to patients BMJ 2019; 366 :l5230

<https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5230>

Session HAS/CMG activité physique

## DEMANDER (ASK) - dans le cadre de making every contact count

### Démarrer la conversation

« L'une des choses que nous pouvons faire pour rester et nous sentir en bonne santé est d'être actif »

### DEMANDER « A quel point êtes-vous actif(ve) ? »

« Au cours de la dernière semaine, avez-vous fait un total de 150 minutes ou plus d'activité physique ? »

### Atteignent-ils le volume d'activité physique recommandée ?

Oui

Donner un retour positif à votre patient(e)  
« C'est bien, continuez ainsi ! »

Non

« D'après ce que vous m'avez dit, être plus actif(ve) physiquement peut vous aider à vous sentir mieux et à améliorer votre santé »

**« Un peu c'est bien, plus c'est encore mieux »**

## ÉVALUER (ASSESS) - dans le cadre de *making every contact count*

**Découvrez les idées, les perspectives et les opportunités de votre patient(e) à travers le contexte tel que la pauvreté, l'équité et l'accès**

« Quelle est votre compréhension de la façon dont l'activité physique peut vous aider ? »

**Êtes-vous intéressé(e) à être plus actif(ve) physiquement ? »**

« Dans quelle mesure êtes-vous confiant(e) quant à l'augmentation de votre niveau d'activité physique et à la réduction de l'inactivité ? »

**Sont-ils intéressés à augmenter leur niveau d'activité physique ?**

**Oui**

Viser à fixer un objectif réalisable, encourager l'autosurveillance et assurer un suivi et un retour systématiques

**Non**

« Ce n'est pas un souci si vous ne voulez pas en discuter maintenant »

« Voici un dépliant à prendre avec vous et vous pouvez accéder à ce site en ligne ici »

# CONSEILLER (ADVISE) et ORIENTER ou faire en sorte que chaque contact compte

## Définir et convenir des objectifs fixés

Quel objectif souhaitez-vous fixer ?

Comment suivrez-vous vos progrès ?

---

Envisagez des suggestions et des options spécifiques et personnalisées applicables aux objectifs et aux situations de vos patients, notamment :

Marcher/faire du vélo tout/ou partie du trajet pour aller au travail

Une appli/  
un club local/  
*parkrun*/  
podomètre

APA

Orientation vers la rééducation pulmonaire/cardiaque, musculo-squelettique/ Covid-19

---

## Réaffirmer les messages clés sur la santé

Un peu c'est bien,  
plus c'est encore mieux

Limiter le temps assis/inactif  
Rompre les moments de sédentarité



# Projet Erasmus + Vanguard – Formation des professionnels de santé

Thèse en cours  
CARON Constant

Mme BAGNARO Audrey  
Ingénieur pédagogique

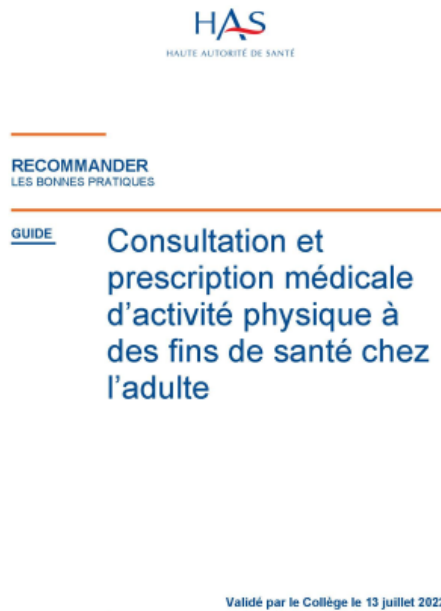
[audrey.bagnaro@univ-cotedazur.fr](mailto:audrey.bagnaro@univ-cotedazur.fr)

Coordonnateur de l'enseignement pour le  
département de médecine générale de Nice

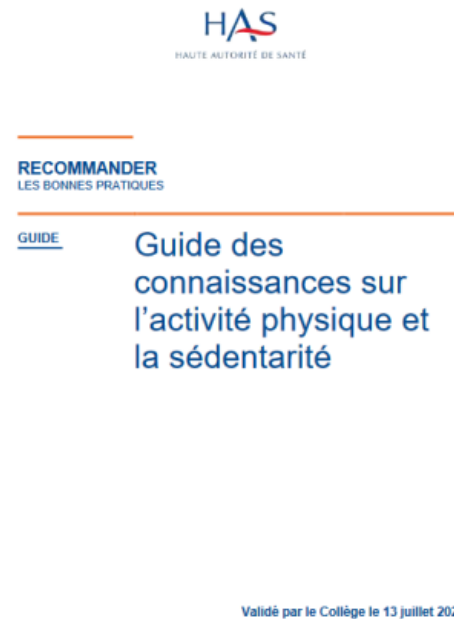
[docteur.mellerin@gmail.com](mailto:docteur.mellerin@gmail.com)

# Les productions HAS

- Un **guide de consultation et prescription médicale** d'AP à des fins de santé chez les adultes (2e version)



- Un **guide des connaissances** sur l'activité physique et la sédentarité



- Un **argumentaire** : un panorama des politiques de promotion de l'AP en France et à l'étranger et une synthèse sur les déterminants à l'AP



# Les productions HAS

- **16 référentiels d'aide à la prescription d'AP et leurs synthèses**

- ✓ surpoids et obésité de l'adulte
  - ✓ diabète de type 2
  - ✓ bronchopneumopathie obstructive (BPCO)
  - ✓ hypertension artérielle (HTA)
  - ✓ accidents vasculaires cérébraux
  - ✓ insuffisance cardiaque stable
  - ✓ dépression
  - ✓ cancers : sein, colorectal, prostate
  - ✓ personnes âgées (fragiles, à risque de chutes ou atteintes de troubles cognitifs)
  - **+ des fiches patients**
- ✓ femmes enceintes et en post-partum
  - ✓ artériopathie oblitérante des membres inférieurs
  - ✓ asthme
  - ✓ diabète de type 1
  - ✓ maladie de Parkinson
  - ✓ troubles schizophréniques
  - ✓ syndrome coronarien chronique (mise à jour)



Exemples de référentiels et leurs synthèses

# Les productions à venir

- **Un guide de consultation et prescription médicale d'AP à des fins de santé chez les enfants et les adolescents ;**
- **6 référentiels d'aide à la prescription d'AP et leur fiche de synthèse**
  - ✓ arthrites inflammatoires : spondylarthrite axiale et polyarthrite rhumatoïde
  - ✓ Lombalgies chroniques
  - ✓ sclérose en plaques
  - ✓ Autisme
  - ✓ surpoids/obésité chez l'enfant, et leur fiche de synthèse
- **Des fiches patient**

16<sup>E</sup> CONGRÈS  
MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
FRANCE



VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



23 - 25  
MARS  
2023  
PARIS  
PALAIS DES CONGRÈS

congresmg.fr  
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec leGeneraliste

# Partie V – Questions/réponses

*Merci pour votre attention*

Retrouvez les productions du CMG sur

<https://lecmg.fr/>

Retrouvez  
les travaux de la HAS  
sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

