



Sommaire

Sixième chapitre La consultation médicale d'AP	2
1. Interrogatoire du patient	4
1.1. Les éléments de l'interrogatoire.....	4
1.2. Les contre-indications à l'activité physique.....	5
1.3. Les limitations musculo-squelettiques à l'activité physique	5
2. Examen physique	6
3. Examen de la condition physique	7
3.1. Les mesures anthropométriques	7
3.2. Les tests en environnement	7
4. L'entretien de motivation.....	8
4.1. Évaluer le niveau d'activité physique et de sédentarité du patient	8
4.2. Évaluer l'état de motivation du patient pour les activités physiques choisies avec le patient	8
4.3. Accompagner le patient vers un changement de comportement.....	9
4.4. Définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables d'activité physique et de réduction de la sédentarité.....	11
4.5. Encourager la pratique d'activité physique sous toutes ses formes	12
5. La prescription d'examens complémentaires.....	14
6. La prescription d'AP et sportive	15
6.1. Les modalités de prescription de l'activité physique dans un but de santé	15
6.2. La prescription d'activité physique et sportive en prévention primaire et en traitement non médicamenteux d'une pathologie chronique	16
6.3. La prescription d'AP chez un patient avec des pathologies multiples	16
6.5. Le suivi de la prescription d'activité physique par le médecin	17

Sixième chapitre

La consultation médicale d'AP

Une consultation médicale d'AP demande en moyenne 30 minutes. Elle est facilitée par les connaissances qu'a le médecin traitant de son patient sur sa santé, ses habitudes de vie et son environnement. Elle peut être réalisée sur un ou plusieurs temps de consultation.

Une consultation médicale d'AP ne concerne que les patients asymptomatiques, c'est-à-dire ne présentant pas de signes ou symptômes évocateurs d'une pathologie cardio-vasculaire, métabolique, rénale ou respiratoire non connue et/ou non stabilisée.

Elle n'est pas indiquée chez tous les patients (Chapitre 5/paragraphe 1).

Elle s'inscrit le plus souvent dans le cadre d'un parcours de santé coordonné, pluriprofessionnel, centré sur une prescription d'AP par le médecin traitant.

Dans le cadre d'un tel parcours pluriprofessionnel, l'évaluation de la condition physique peut être réalisée par un autre professionnel de santé ou par un professionnel de l'AP formé.

L'entretien de motivation doit être réalisé au moins en partie par le médecin. Mais cette action doit être relayée et complétée par les professionnels de l'AP intervenant tout au long de ce parcours.

La consultation médicale d'AP comprend :

- **un interrogatoire** sur l'histoire médicale et sur les habitudes de vie du patient ;
- **un examen physique complet**, en particulier cardio-vasculaire, respiratoire et de l'appareil locomoteur ;
- **une évaluation des différentes composantes de la condition physique** par des mesures anthropométriques et des tests en environnement.

Ces premiers temps de la consultation permettent de :

- évaluer le niveau de risque CV à l'AP du patient (chapitre 2),
- repérer des contre-indications ou des limitations cardio-respiratoires et musculo-squelettiques à l'AP,
- définir les besoins et attentes en AP du patient ;
- **une demande d'un avis spécialisé +/- une épreuve d'effort** (si indiquée) ;
- **une prescription d'autres examens complémentaires** (si indiquée) ;
- **un entretien de motivation** centré sur les AP ou sportives.

Cet entretien permet de :

- accompagner le patient vers un changement de mode de vie, plus actif et moins sédentaire,
- définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables en AP de la vie quotidienne, en exercices physiques et en activités sportives ;
- **une prescription** individualisée d'AP et sportive ;
- **un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive (CACI)**, pour le sport choisi avec le patient (si indiqué) ;
- **la programmation du suivi médical**, qui doit permettre au médecin d'adapter sa prescription d'AP et de renforcer la motivation de son patient.

1. Interrogatoire du patient

L'interrogatoire est le temps capital de la consultation médicale d'AP, pendant lequel le médecin va :

- rechercher les pathologies en cours, les antécédents personnels et familiaux ;
- analyser les résultats des examens cliniques et des examens complémentaires réalisés antérieurement ;
- préciser les habitudes de vie du patient, en particulier en AP et en activités sédentaires.

L'interrogatoire permet de :

- classer les patients selon leur niveau habituel d'AP (actif/inactif) et leur temps passé à des activités sédentaires, en s'aidant de l'auto-questionnaire de l'OMS : le GPAQ qui peut être rempli en ligne sur le [site Manger-Bouger](#) ;
- classer les patients selon leur niveau de risque CV avec la classification européenne du risque CV (chapitre 2) ;
- recueillir les informations utiles à l'entretien motivationnel ;
- rechercher les contre-indications et les limitations CV et musculo-squelettiques à l'AP.

1.1. Les éléments de l'interrogatoire

Les résultats d'examens précédents :

- signes à l'auscultation cardiaque et pulmonaire ;
- examens biologiques récents (dans l'année) : glycémie, HbA1C, CRP, bilan lipidique, clairance de la créatinine et autres examens de laboratoires anormaux.

Histoire de symptômes évocateurs d'une pathologie cardio-respiratoire :

- « malaises » (sensations de pression, douleur, lourdeur, brûlure, écrasement) dans la poitrine, la mâchoire, le cou, le dos ou le bras au repos ou à l'effort ;
- vertiges, pertes de connaissance ;
- essoufflement anormal, dyspnée ;
- tachycardie ou palpitations ;
- fatigue anormale à l'effort.

Autres éléments de l'interrogatoire :

- antécédents familiaux de mort subite et de maladies CV héréditaires ou non ;
- antécédents familiaux de maladies respiratoires, métaboliques ou d'AVC ;
- maladies, hospitalisations ou interventions chirurgicales récentes ;
- traitements en cours, dont diététique.

Problèmes musculo-squelettiques :

- arthrite, arthrose, malformations ;
- ostéoporose et autres ostéopathies fragilisantes ;
- troubles musculo-squelettiques ;
- douleurs ; etc.

Habitudes de vie :

- consommation d'alcool, de tabac, de caféine ou utilisation de drogues illicites ;
- activité professionnelle avec les exigences attendues en AP ;
- histoire personnelle d'AP : niveau habituel d'AP, préférences et objectifs, motifs d'arrêt et motivation à un changement de mode de vie ;
- histoire personnelle du comportement sédentaire : les différents comportements sédentaires, leur durée et leur fractionnement, état de motivation au changement, etc.) ;
- entourage (Qui fait une AP autour de vous et quel type d'AP ? Aimerez-vous réaliser cette activité avec cette personne ? Activités plutôt en individuel ou en groupe, etc.) ;
- environnement construit (aménagements favorisant les AP, centre ou club d'AP, etc.).

1.2. Les contre-indications à l'activité physique

L'AP n'est jamais absolument et définitivement contre-indiquée dans la plupart des pathologies chroniques, et l'AP fait souvent partie de leur prise en charge. Les contre-indications sont le plus souvent relatives et/ou temporaires et relèvent essentiellement de pathologies, aiguës ou non stabilisées.

Les contre-indications du tableau 11 concernent les AP d'intensité au moins modérée et sans prise en charge en rééducation.

Tableau 11. Contre-indications et limitations cardio-vasculaires, respiratoires et métaboliques à l'AP

<p>Contre-indications absolues</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angor instable - Insuffisance cardiaque décompensée - Troubles rythmiques ventriculaires complexes - Hypertension artérielle sévère non contrôlée - Hypertension artérielle pulmonaire (> 60 mm Hg) - Présence de thrombus intra-cavitaire volumineux ou pédiculé - Épanchement péricardique aigu - Myocardiopathie obstructive sévère - Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique - Thrombophlébite récente avec ou sans embolie pulmonaire - Diabète avec mal perforant plantaire pour les AP sollicitant les membres inférieurs 	<p>Contre-indications relatives pour les AP élevées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance respiratoire chronique sous O₂ de longue durée - Pathologies respiratoires chroniques sévères (qui peuvent désaturer à l'effort) <p>Contre-indications temporaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes affections inflammatoires et/ou infectieuses évolutives - Épisode récent d'exacerbation respiratoire (moins de 3 semaines) - Pathologies respiratoires non contrôlées - Diabète non contrôlé avec acétonurie/acétonémie <p>Précautions</p> <p>La prudence doit être de règle chez le patient insuffisant cardiaque, qui a un risque de troubles du rythme élevé.</p>
---	---

1.3. Les limitations musculo-squelettiques à l'activité physique

Il n'existe pas de réelle contre-indication absolue musculo-squelettique à l'AP. Les contre-indications ou limitations musculo-squelettiques à l'AP sont le plus souvent temporaires et/ou concernent une zone corporelle et/ou nécessitent de réduire le volume ou l'intensité de l'AP.

Les causes principales de limitations musculo-squelettiques (Chapitre 1 paragraphe 4) à l'AP sont :

- la myopathie, qui nécessite un avis spécialisé et une prise en charge adaptée ;
- les pathologies traumatiques non consolidées ;
- les pathologies ostéo-articulaires en poussées non contrôlées (arthroses, arthrites, etc.) et seulement pour la zone concernée.

2. Examen physique

L'examen physique comprend :

- une mesure de la fréquence cardiaque au repos et l'appréciation du rythme cardiaque ;
- une mesure de la pression artérielle au repos ;
- une auscultation pulmonaire, cardiaque et vasculaire ;
- une palpation des pouls périphériques ;
- un examen de l'abdomen ;
- une palpation et une inspection des extrémités inférieures : présence des pouls artériels, absence d'œdème, de lésions, de plaies et de troubles de la sensibilité, en particulier recherchées au niveau des pieds chez les patients diabétiques ;
- un examen du système ostéo-articulaire, en particulier des hanches et des genoux, en fonction des sports envisagés ;
- un examen neurologique et de la cognition (si indiqué) ;
- une recherche de déficits sensoriels – visuel et auditif (si indiqué).

3. Examen de la condition physique

L'évaluation de la condition physique comprend :

- des mesures anthropométriques ;
- des tests simples en environnement.

L'évaluation de la condition physique peut être effectuée par le médecin lui-même ou par un autre professionnel de santé ou de l'AP, selon les modalités d'organisation locale du parcours de santé centrées sur la prescription d'AP.

Le professionnel sélectionne les tests en environnement qu'il juge utiles, en fonction du profil du patient et des AP envisagées.

Une évaluation plus précise de la condition physique peut nécessiter des tests d'exercice en laboratoire. Le plus fréquent est un test d'exercice cardio-respiratoire (ou épreuve d'effort) avec analyse des gaz expirés. Il est en général réalisé sur ergocycle ou sur tapis roulant dans des structures spécialisées et par des médecins formés (cardiologues ou pneumologues ou médecins du sport).

3.1. Les mesures anthropométriques

Elles correspondent aux mesures de la **taille** et du **poids** et du **périmètre abdominal** et au calcul de l'**indice de masse corporelle** (IMC) (annexe 4).

3.2. Les tests en environnement

Les tests en environnement (annexe 4) permettent d'évaluer : la capacité cardio-respiratoire, les aptitudes musculaires, la souplesse et l'équilibre du sujet.

Les tests en environnement les plus utilisés sont :

- **pour la capacité cardio-respiratoire (ou endurance) :**
 - le *test de marche de 6 minutes* (TM6) ;
- **pour les aptitudes musculaires (force musculaire et endurance musculaire) :**
 - le *test de lever de chaise*, pour les groupes musculaires des membres inférieurs,
 - le *curl-up test*, pour le groupe musculaire abdominal,
 - le *push-ups test*, le *single-arm curl* et l'*handgrip*, pour les groupes musculaires des membres supérieurs ;
- **pour la souplesse du corps :**
 - le *sit-and-reach test*, pour la souplesse du bas du corps,
 - le *test de souplesse des épaules*, pour la souplesse du haut du corps ;
- **pour l'équilibre :**
 - le *test d'appui unipodal*,
 - le *test Tandem*.

4. L'entretien de motivation

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.

La motivation du patient pour les AP doit être renforcée à toutes les étapes du parcours de santé par le médecin lors de la consultation initiale et tout au long du suivi, mais aussi par l'ensemble des professionnels amenés à superviser les AP prescrites.

Lors de l'entretien de motivation, le médecin, en se basant sur les éléments recueillis lors de l'interrogatoire, doit :

- évaluer le niveau habituel d'AP et de sédentarité du patient ;
- évaluer l'état de motivation du patient pour les AP ;
- accompagner le patient vers un changement de comportement ;
- définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables d'AP et de réduction du temps passé à des activités sédentaires ;
- encourager les AP sous toutes leurs formes.

4.1. Évaluer le niveau d'activité physique et de sédentarité du patient

Le médecin doit évaluer le niveau habituel d'AP et le degré de sédentarité du patient. Il peut s'aider du questionnaire validé de l'OMS, le GPAQ. Cet auto-questionnaire peut être rempli en ligne par le patient sur le [site Manger-Bouger](#) et permet un calcul automatique des durées d'AP et du temps passé à des comportements sédentaires.

4.2. Évaluer l'état de motivation du patient pour les activités physiques choisies avec le patient

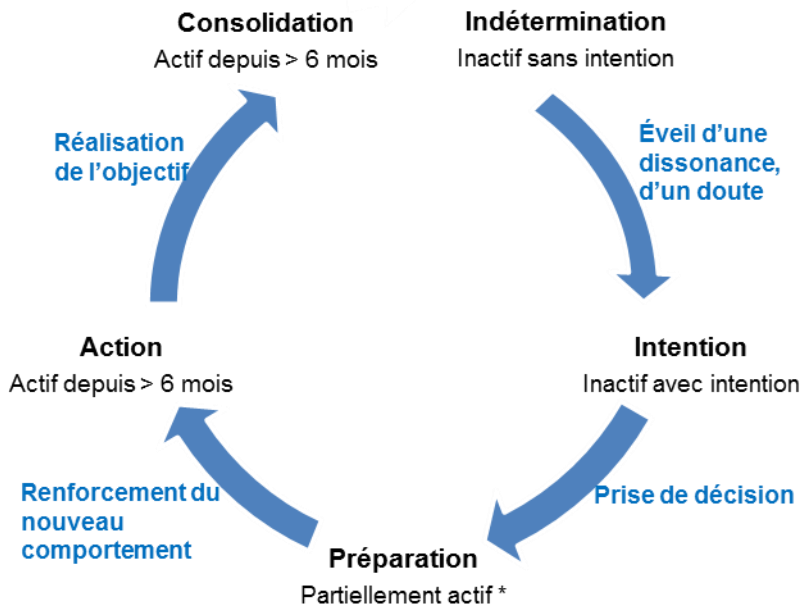
L'état de motivation détermine la capacité d'un individu à changer de comportement.

Le médecin peut s'aider du modèle transthéorique de changement de comportements (TTM)¹, pour évaluer et suivre l'état de motivation de son patient pour les AP choisies avec lui et adapter son discours en conséquence.

Le TTM distingue cinq stades de motivation : l'indétermination, l'intention, la préparation, l'action et la consolidation. Le passage d'un stade à un autre s'accompagne d'une augmentation de l'AP du patient et de sa « confiance en soi » (auto-efficacité). Le sujet peut se situer à différents stades selon les différents types d'AP envisagées. Les changements d'état ne sont pas linéaires, mais évoluent par cycles, avec des régressions et des progressions. La rechute est possible et doit être prévenue.

¹ TTM : TransTheoretical Model of behavior change de Prochaska et DiClemente, 1983 (32)

Schéma 2. Stades de motivation et attitudes correspondantes



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

- L'indétermination : la personne est physiquement inactif et elle n'a pas l'intention de faire de l'AP dans les 6 mois à venir.

- L'intention : la personne est toujours inactif, 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.

4.3. Accompagner le patient vers un changement de comportement

Le médecin doit se rappeler que le changement de comportement ne se prescrit pas. Il doit accompagner progressivement son patient vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire, en s'aidant d'approches cognitives et comportementales.

Il doit repérer les freins et les leviers à la pratique d'une AP par son patient en s'appuyant sur les facteurs connus pour influencer la pratique d'AP.

En pratique, le médecin doit formuler son message sur l'AP de manière positive, en insistant sur les gains pour la santé, la qualité de vie et les années de vie sans incapacité.

Lors du suivi, il doit valoriser les résultats obtenus sur la vie quotidienne du patient, sa condition physique et son état de santé.

Les AP seront d'autant plus suivies qu'elles présentent un caractère ludique et s'accompagnent de données concrètes (comme l'utilisation d'un podomètre dans le cadre d'un programme de marche) et qu'elles ont été choisies avec le patient.

► Les leviers à l'activité physique

Les facteurs de motivation à l'AP chez les adultes et les personnes âgées sont : la santé, le contrôle du poids, le ressenti de bénéfices physiques (diminution des sensations de fatigue et de dyspnée à l'exercice) et psychologiques (plaisir, bien-être), l'estime de soi, la valeur physique perçue (apparence

physique et force musculaire pour les hommes), la socialisation et le sentiment d'accomplissement (implication et persévérance).

Chez les plus jeunes, on retrouve les mêmes facteurs de motivation, à l'exception de la santé et du poids qui ne semblent pas, à cet âge, être de bons vecteurs de motivation.

Les facteurs de motivation chez les personnes âgées comprennent aussi la prévention des complications associées à l'avancée en âge (les chutes, un déclin cognitif et/ou fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne), la perspective d'un maintien à domicile et une meilleure qualité de vie.

Les facteurs favorisant un changement de comportement vers un mode de vie plus actif sont : un sentiment d'auto-efficacité (ou confiance en soi) ; un support social et des encouragements apportés par la famille, les amis et les professionnels ; et le choix d'alternatives proposées au patient qui répondent à ses préférences, ses objectifs, son style de vie, ses valeurs et sa culture.

Le sentiment d'auto-efficacité est la confiance en sa propre capacité à effectuer une AP. C'est un facteur important de changement de comportement qui peut lui-même être renforcé par : le choix d'une AP qui répond aux goûts du patient ; le choix d'alternatives (une AP en groupe ou en individuel, à domicile ou en salle ou l'utilisation de nouvelles technologies) ; ou la signature d'un contrat de santé (convention explicite entre le professionnel de santé et le patient qui définit par écrit des objectifs raisonnables et un plan d'action pour y parvenir).

L'initiation d'une AP, le maintien d'une AP et le changement d'état de motivation pour les AP peuvent avoir des déterminants différents :

- le plaisir ressenti d'être physiquement actif est un facteur favorable commun à l'initiation ou au maintien d'une AP ;
- la force physique, l'habitude de pratiquer des AP sont des facteurs favorables au maintien d'une AP ;
- le sentiment d'auto-efficacité, le contrôle des comportements perçus, un faible risque perçu au départ de l'AP et la bonne humeur sont des facteurs favorables au changement d'état.

► Les freins à l'activité physique

Un patient peut faire valoir plusieurs obstacles à l'engagement et au maintien d'une AP. Il est important de les connaître pour les repérer, afin d'être en mesure de rassurer et motiver efficacement le patient. Les freins à l'AP les plus fréquents sont :

- le manque de temps ;
- le manque de motivation ;
- l'autodépréciation et les idées fausses sur l'AP ;
- la perception d'un état de fatigue et la peur de se blesser ;
- les influences sociales (qui peuvent être peu motivantes pour les AP) ;
- le fatalisme et la résignation, en particulier chez les plus âgées et les résidents en EHPAD ;
- le peu d'offres locales ou un environnement matériel non propice à la pratique d'une AP,
- le manque de personnels formés à l'AP en établissements médicosociaux ;
- les coûts financiers de l'AP.

Les événements traumatisants psychologiques ou physiques de la vie, comme une dépression ou une blessure, sont des éléments défavorables au maintien de l'AP. La prévention d'un mauvais ressenti (courbatures, fatigue, etc.) et des blessures liées à l'AP est donc essentielle. Pour cela, le programme d'AP doit être adapté à l'état du patient. Il doit respecter une progression graduelle en volume et en intensité, et chaque séance d'AP doit être précédée par une période d'échauffement et suivi d'une période de récupération.

À titre d'exemple, l'annexe 3 reprend les principaux obstacles à la pratique de l'AP formulés par les patients, et propose des réponses. Le médecin peut s'en inspirer.

4.4. Définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables d'activité physique et de réduction de la sédentarité

Le médecin doit rechercher les AP actuelles et antérieures du patient et les motifs éventuels d'arrêt.

Il doit faire préciser au patient ses objectifs et ses préférences en AP et sportives, ainsi que le temps et les moyens financiers qu'il peut y consacrer.

Pour choisir une activité physique et sportive avec son patient, le médecin peut s'aider du catalogue d'activité du site Manger-Bouger du PNNS. (33). Pour le sport-santé, il peut s'aider du Médicosport-santé du Comité national olympique et sportif français (CNOSF).

Il doit rechercher avec son patient les ressources en AP de son environnement. Certaines Agences régionales de santé (ARS) ont édité des répertoires sur les ressources en AP de leur territoire dans le cadre des plans régionaux Sport-Santé-Bien-Être menés auprès des Directions régionales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Le CNOSF a édité sur son site un annuaire actualisé des fédérations sportives dans le sport-santé. (34).

Le médecin doit conseiller et encourager son patient à pratiquer des AP, en fonction **d'objectifs réalistes et réalisables sur le long terme**, en prenant en compte l'ensemble des données précédentes et selon certains principes généraux :

- chez les personnes qui pratiquent régulièrement une AP, les recommandations du médecin ne doivent pas promouvoir un objectif qui encouragerait une réduction du niveau d'AP habituel, sauf risque particulier ;
- à l'inverse, les recommandations générales d'AP peuvent ne pas être applicables compte tenu des caractéristiques du patient (âge, état de santé, condition physique, handicap) ou de l'environnemental humain ou construit, ou être inadaptées aux objectifs ou aux désirs actuels du patient. Dans ces cas, il convient de lui expliquer que toutes les AP réalisées, si elles sont régulières, restent bénéfiques pour la santé.

Le médecin doit aider son patient à réduire les effets délétères de la sédentarité (Chapitre 1), qu'il soit physiquement actif ou inactif :

- réduire son temps consacré à des comportements sédentaires (moins de 7 heures par jour) ;
- intercaler fréquemment, entre les périodes de comportement sédentaire, de courtes périodes de position debout (minimum : 1 minute, voire 5 minutes) ou mieux d'AP d'intensité au moins légère ;
- remplacer les activités sédentaires par des AP d'intensité légère, ou au mieux par des AP d'intensité au moins modérée.

4.5. Encourager la pratique d'activité physique sous toutes ses formes

Le médecin doit promouvoir l'AP sous toutes ses formes, afin de permettre au patient d'atteindre ou de dépasser les niveaux d'AP recommandés pour la santé (Chapitre 1/recommandation OMS, annexe 8/adulte en bonne santé) et de les maintenir sur le long terme.

Le médecin doit promouvoir les AP de la vie quotidienne, en particulier les déplacements actifs, mais aussi les activités sportives de loisirs et les exercices physiques, et au besoin les programmes d'activités physiques adaptées et des activités de sport-santé.

Tous les temps d'AP d'intensité au moins modérée, quelle que soit leur durée (même inférieure à 10 minutes), doivent être comptabilisés pour le calcul des recommandations d'AP pour la santé.

L'objectif final étant d'accompagner son patient vers un style de vie physiquement actif et moins sédentaire, en sécurité, et, dans la mesure du possible, en toute autonomie.

4.5.1. Les activités physiques de la vie quotidienne

Les AP de la vie quotidienne se subdivisent habituellement en trois domaines : les déplacements actifs (marche, montée et descente des escaliers, vélo, etc.), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage, etc.) et les activités professionnelles ou scolaires (annexe 7. Tableaux 13, 14 et 15).

Elles tiennent une part importante de l'AP totale de l'individu, en particulier chez les personnes âgées et les personnes peu actives qui ont tendance à considérer comme inaccessibles les représentations d'activité physique qu'elles associent au terme de sport.

Elles sont en général d'une intensité modérée et font courir moins de risques aux personnes physiquement inactives et/ou sédentaires que les AP d'intensité plus élevée. Elles ont une meilleure adhésion sur le long terme.

Elles n'ont pas pour but premier la pratique d'une AP. Mais cette AP représente un bénéfice collatéral d'une tâche habituelle. Pour les favoriser, on utilise des modèles comportementaux qui consistent en une opération mentale « gagnant-gagnant » : on valorise leurs bénéfices potentiels sur la santé, afin de diminuer la perception négative de ces tâches quotidiennes obligatoires.

Les déplacements actifs (marche et vélo) sont les plus facilement mobilisables, ont une bonne observance au long court et sont à privilégier. La marche rapide et le cyclisme de loisirs sont d'AP d'intensité le plus souvent modérée.

La marche (chapitre 1/paragraphe 1 ; Annexe 7. Tableau 14) a plusieurs fonctions : déplacements actifs et activités sportives de loisirs. Elle est soutenue par des motivations individuelles et collectives (santé, préservation de l'environnement, etc.). Elle n'a pas besoin d'équipement spécifique. Mais elle est tributaire des caractéristiques de l'environnement construit. La proximité d'espaces verts ou de lieux de loisirs, la continuité des parcours piétons, le sentiment de sécurité, la présence de possibilités de haltes régulières (bancs) sont autant de facteurs qui favorisent sa pratique, en particulier chez les seniors.

Les podomètres, *smartphones* et *trackers* d'AP sont des outils efficaces pour améliorer l'adhésion à un programme de marche. L'objectif habituellement cité est de 10 000 pas par jour, mais cet objectif ne doit pas être établi, ni imposé comme un dogme ; il vaut mieux, dans un souci d'efficacité, proposer au patient d'augmenter son nombre de pas progressivement (+ 1 000 à 3 000 pas journalier), et souligner que chaque pas en plus est bénéfique pour sa santé.

La pratique du vélo (chapitre 1/paragraphe 1 ; annexe 7. Tableau 15) s'inscrit dans le cadre des déplacements actifs et des activités sportives de loisirs. Elle est aussi soutenue par des motivations individuelles et collectives (santé, préservation de l'environnement, etc.). Sa pratique est tributaire des caractéristiques de l'environnement construit. L'existence de pistes cyclables, la mise à disposition de vélos en libre-service et de vélos à assistance électrique favorisent sa pratique.

4.5.2. Les activités sportives

Les activités sportives de loisirs (annexe 7 et annexe 8. Tableau 17) peuvent être pratiquées en clubs, en individuel ou en groupes non affiliés à une association. Les activités sportives les plus populaires sont : la marche nordique, la natation, le cyclisme et la course à pied.

Chez les patients non habitués à la pratique sportive, il faut insister sur son caractère ludique et socialisant, et écarter l'obligation de compétition.

Les activités sportives peuvent être prescrites en s'aidant de la classification utilisée en cardiologie du sport (annexe 6), basée sur les contraintes dynamiques (« endurance ») et les contraintes statiques (« musculation »). Elle permet au médecin d'orienter le choix du patient en fonction des objectifs de santé et de la condition physique.

Le patient peut relever d'un programme de **sport-santé**. Des fédérations sportives proposent des programmes de sport-santé pour tous, et d'autres pour des publics spécifiques (maladies chroniques, cancers, personnes âgées, etc.). La commission médicale du Comité national olympique et sportif français a édité sur son site le Médicosport-santé (35), qui est un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Il a pour objectif d'aider le médecin à prescrire des activités sportives adaptées aux différentes pathologies chroniques.

4.5.3. Les programmes d'exercices physiques

Les exercices physiques (Annexe 7. Tableau 16) peuvent être proposés au patient en fonction de faiblesses constatées à l'examen de sa condition physique. Ces exercices peuvent être, selon les cas, effectués en solo, ou supervisés par des professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.), par des professionnels de l'APA-S diplômés des UFR STAPS, ou par des éducateurs sportifs formés.

Le patient peut relever d'un **programme d'APA**. Les APA se composent d'exercices physiques, en groupe ou en individuel, supervisés ou non, en face à face ou à distance, élaborés et/ou supervisés par des enseignants en APA ou d'autres professionnels de santé formés. Différentes structures, associations, réseaux, mutuelles, villes, etc., proposent de tels programmes aux patients âgés, aux patients handicapés et aux patients atteints d'une maladie chronique.

5. La prescription d'examens complémentaires

Dans le cadre de la consultation médicale d'AP, le médecin peut être amené à **demander un avis spécialisé et/ou des examens complémentaires** :

- les recommandations pour une EE sont limitées et détaillées au chapitre 3/paragraphe 2 ;
- les recommandations pour un ECG de repos sont très limitées et précisées au chapitre 3/paragraphe 3 ;
- la réalisation des autres examens complémentaires dépend essentiellement des recommandations de bonnes pratiques relatives à la pathologie ciblée et aux comorbidités du patient (chapitre 3/paragraphe 3).

6. La prescription d'AP et sportive

6.1. Les modalités de prescription de l'activité physique dans un but de santé

La prescription d'AP doit être adaptée à la pathologie chronique ciblée, en s'aidant des référentiels d'aide à la prescription d'AP et sportive par pathologie édités par la HAS.

Elle doit être individualisée, adaptée à l'âge du patient, à son niveau habituel d'AP, à son état de santé (en particulier son niveau de risque CV), à sa condition physique, à ses capacités physiques fonctionnelles et à ses capacités cognitives.

Elle doit être réaliste et réalisable, et répondre au mieux aux objectifs et aux préférences du patient et aux ressources en AP de son environnement, afin d'assurer une meilleure adhésion sur le long terme.

Une ordonnance d'AP pour la santé comprend (au mieux) :

- **des conseils sur l'augmentation des AP de la vie quotidienne**, en particulier les déplacements actifs ;
- **des conseils sur la réduction du temps passé à des comportements sédentaires** et son fractionnement ;
- **les composantes de la condition physique à développer** en priorité, en fonction des faiblesses repérées de l'examen ;
- **les caractéristiques en FITT-VP de l'AP** préconisée, en renvoyant, le plus souvent, le professionnel qui supervise l'AP aux référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie édités par la HAS ;
- **un programme d'AP adaptées** à la pathologie du patient, en ville ou en institution, en individuel ou en groupe (si indiqué et en fonction des ressources locales) ;
- **une activité sportive de loisirs** choisie avec le patient, avec les coordonnées du club sportif de proximité ; ou une activité de **sport-santé** (si indiquée), en s'aidant du dictionnaire médicosport-santé ;
- **le type de professionnel requis pour superviser l'AP** (si indiqué), en fonction du jugement clinique du médecin, en s'aidant de la classification en quatre niveaux des limitations fonctionnelles développée pour les patients en ALD (annexe 10), en s'adaptant aux ressources locales en AP et en tenant compte des demandes du patient ;
- **un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive²** (CACI) pour le sport choisi avec le patient (si indiqué).

² CACI : [Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport](#)

6.2. La prescription d'activité physique et sportive en prévention primaire et en traitement non médicamenteux d'une pathologie chronique

En prévention primaire, le volume d'AP prescrit à un individu se calcule à partir de l'ensemble des activités physiques de la vie quotidienne (dont les déplacements actifs), des exercices physiques et des activités sportives qu'il doit pratiquer régulièrement et dont les intensités sont au moins modérées.

À partir de ce volume d'AP, on peut définir deux populations d'individus, ceux physiquement actifs et ceux physiquement inactifs, selon qu'ils atteignent ou non le volume d'AP recommandé par l'OMS. Chez l'adulte jeune en bonne santé, le volume recommandé par l'OMS est au minimum de 150 minutes par semaine et jusqu'à 300 minutes par semaine d'AP d'intensité modérée.

Dans le cadre d'un traitement (non médicamenteux) d'une pathologie chronique déclarée, le volume d'AP prescrit à un patient se calcule à partir de l'ensemble des déplacements actifs, des exercices physiques et des activités sportives, dont les intensités sont au moins modérées. Ce volume d'AP, prescrit comme traitement de la pathologie ciblée, doit donc être pratiqué régulièrement par le patient en plus de ses activités physiques de la vie quotidienne (hors déplacements actifs), qui doivent être bien sûr poursuivies.

6.3. La prescription d'AP chez un patient avec des pathologies multiples

La prescription d'AP concerne de plus en plus souvent des patients avec des pathologies multiples, souvent âgés, et avec de multiples facteurs de risque cardio-vasculaire.

Pour la majorité de ces patients, les programmes d'AP d'intensité légère à modérée restent bénéfiques et sûrs.

Chez ces patients, la prescription d'AP doit suivre un certain nombre de règles générales :

- initialement, cibler la pathologie chronique ou l'état de santé le plus à risque pour l'AP et/ou le plus restrictif pour les AP de la vie quotidienne ou sur la qualité de vie du patient, tout en considérant ses préférences et ses objectifs ;
- respecter une progression lente des modalités FITT de l'AP, en surveillant fréquemment les signes et symptômes de tolérance à l'AP réalisée ;
- s'adapter aux temps de réponse de l'AP sur les différents résultats de santé et faire progresser le patient de façon sûre et adaptée ;
- assurer un suivi médical renforcé. La prescription d'AP doit être régulièrement adaptée pour répondre au mieux à la tolérance du patient aux AP et à l'évolution de son état de santé, de sa condition physique et de ses compétences motrices, avec le déroulement du programme d'AP.

6.5. Le suivi de la prescription d'activité physique par le médecin

C'est en général à l'occasion des différentes consultations de suivi du (des) pathologie(s) de son patient que le médecin assure le suivi de sa prescription d'AP.

Lors de ces consultations, il doit réserver un temps d'échanges dédiés à l'AP, afin d'adapter et de sécuriser la prescription d'AP, de motiver le patient et améliorer son degré d'adhésion du patient au programme d'AP.

Les résultats obtenus par l'AP sur la santé sont souvent l'occasion pour le médecin d'aborder avec son patient les autres facteurs de risque pour la santé et leur prévention, comme l'arrêt du tabac et une alimentation équilibrée.

Ces temps d'échanges dédiés au suivi de la prescription d'AP permettent de :

- juger de la tolérance du patient à l'AP prescrite ;
- évaluer l'adhésion à la prescription d'AP ;
- renforcer la motivation du patient, en valorisant tous les progrès obtenus : augmentation du volume d'AP régulière, amélioration de la santé, de la condition physique et de l'autonomie, amélioration de la qualité de vie ;
- adapter la prescription d'AP à l'évolution de la condition physique et à l'état de santé du patient ;
- adapter la supervision de l'AP, avec pour objectif d'accompagner le patient vers un style de vie physiquement plus actif, en sécurité, en toute autonomie (dans la mesure du possible) et sur le long terme (toute sa vie).

Le contenu de ces temps d'échanges doit être adapté :

- aux points de vigilance repérés lors de la consultation médicale d'AP initiale ;
- à la tolérance de l'AP prescrite, et à d'éventuelles blessures et autres événements indésirables ;
- au degré d'adhésion du patient à la prescription d'AP ;
- aux objectifs de la prescription, en particulier à la pathologie chronique ciblée.

La fréquence de ces temps d'échanges doit être adaptée :

- à la pathologie chronique ciblée ;
- aux caractéristiques des AP prescrites (intensité élevée ou non, volume et progression) ;
- au profil du patient (âge, condition de physique, capacités fonctionnelles et cognitives, comorbidités, niveau de risque CV, aux autres risques à l'AP et comportements à risque) ;
- à la qualité de l'entourage (isolement socio-familial, entourage sécuritaire ou non) ;
- au degré d'organisation du parcours de santé pluriprofessionnel centré sur la prescription d'AP, en particulier la fréquence régulière, et à la qualité des échanges entre les professionnels de l'AP et le médecin prescripteur, qui devront être clairement définis.