
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

Descriptif de la publication

Titre	Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte
Méthode de travail	Guide méthodologique – Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique. HAS 2012.
Objectif(s)	Définir les modalités de la consultation et de la prescription médicale d'activité physique dans un but de santé chez l'adulte. Dans le cadre d'un parcours de santé, assurer le suivi de cette prescription et accompagner le patient vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire en autonomie et en sécurité. Préciser les indications de cette consultation et des examens complémentaires éventuels nécessairement ciblés.
Cibles concernées	L'ensemble des médecins prenant en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou présentant un état de santé pour lequel l'activité physique a des effets bénéfiques prouvés. Les professionnels de l'APA et des AP et sportives dans un but de santé. Les personnes désirant augmenter leur niveau d'AP (pour la première partie – Repérage).
Demandeur	Direction générale de la Santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Chef de projet : Dr Albert Scemama, service des bonnes pratiques professionnelles, unité parcours, pertinence et protocole de la HAS Responsable de l'unité parcours, pertinence et protocole : Valérie Ertel-Pau Chef du service des bonnes pratiques : Pierre Gabach Assistante du projet : Isabelle Le-Puil
Recherche documentaire	Documentaliste : Emmanuelle Blondet, assistante : Maud Lefevre Chef du service documentation – veille : Frédérique Pagès
Auteurs	Dr Albert Scemama et les membres du groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 6 juillet 2022
Actualisation	juil. 2019
Autres formats	Documents compagnons : un guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité, des référentiels ou fiches d'aide à la prescription d'activité physique par pathologie ou état de santé des fiches de synthèse.

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2022 – ISBN :

Sommaire

Définitions	5
Introduction au guide	9
Le contexte	9
Une politique de promotion de l'AP sur ordonnance	11
Un guide de consultation et de prescription d'AP à des fins de santé	12
Schéma du parcours de santé centré sur la prescription d'activité physique chez l'adulte	14
Les quatre niveaux de prescription de l'activité physique	15
Des règles générales de gestion des risques liés à la pratique d'une activité physique	16
Le repérage des personnes à risque pour l'activité physique	18
1. Le repérage en population générale	18
2. Le repérage en patientèle	19
L'évaluation médicale minimale	20
1. L'évaluation médicale minimale	20
2. Les conduites à tenir après l'évaluation médicale minimale	21
Les indications pour une consultation médicale d'activité physique	22
1. Les indications selon le risque de survenue d'un accident cardiovasculaire grave lié à l'activité physique	22
2. Les indications selon les risques de survenue de blessures musculosquelettiques ou cutanées liés à l'activité physique	23
3. Des indications selon la pathologie ou l'état de santé ciblé	24
La consultation médicale d'activité physique	25
1. Interrogatoire	26
2. Évaluation du niveau de risque cardiovasculaire du patient	29
3. Examen physique	32
4. Condition physique	33
5. L'entretien de motivation	35
La prescription d'examens complémentaires	41
1. Épreuve d'effort et avis cardiologique	41
2. ECG de repos et/ou avis cardiologique	42
3. Examens biologiques	42
4. Exploration fonctionnelle respiratoire et avis pneumologique	43
5. Avis spécialisés pour les personnes en situation de handicap	43
La prescription médicale d'activité physique	44
1. Les principes de prescription de l'AP	44

2. L'activité physique en prévention primaire	46
3. L'activité physique adaptée	47
4. Les activités physiques de niveau 3 et 4	50
5. Le suivi médical de la prescription d'activité physique	52
La dispensation d'activité physique à des fins de santé	53
1. Les missions des intervenants en activité physique	53
2. Les différents intervenants en activité physique	54
3. Les organisations et le parcours de santé centré sur la prescription d'activité physique	54
Table des tableaux	56
Table des annexes	58
Références bibliographiques	71
Participants	75
Abréviations et acronymes	77

Définitions

L'activité physique (AP) est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos (Caspersen *et al.*, 1985 (1)). L'activité physique comprend les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives.

Les activités physiques de la vie quotidienne se subdivisent habituellement en trois domaines, avec : les déplacements actifs (marcher, monter ou descendre des escaliers, faire du vélo pour aller au travail, faire les courses, etc.), les activités réalisées dans un contexte domestique (entretien domestique, bricolage, jardinage, etc.) et les activités réalisées dans un contexte professionnel ou scolaire.

L'exercice physique est une AP planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique (Caspersen *et al.*, 1985 (1)). À l'inverse des activités sportives, l'exercice physique ne répond pas à des règles de jeu et peut souvent être réalisé sans infrastructures lourdes et sans équipements spécifiques.

Le sport (ou l'activité sportive) est une forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles (ou d'attentes), et dans laquelle un objectif, le plus souvent de performance, est clairement défini. La pratique sportive comprend : le sport en compétition et la pratique sportive de masse en club ; le sport scolaire ; et les pratiques sportives de loisirs en individuel ou en groupe non affiliées à une association.

Le sport-santé est un sport dont les conditions de pratique ont été adaptées pour répondre aux besoins de publics présentant des vulnérabilités et/ou des besoins spécifiques en lien avec leur état de santé. Il a pour objectif de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la personne en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Il est supervisé par des éducateurs sportifs formés ou des professionnels de l'APA, selon les niveaux de vulnérabilité des publics. La commission médicale du CNOSF a édité un [Médicosport-santé](#) porté par le Vidal pour aider à sa prescription selon l'état de santé de la personne.

L'activité physique adaptée

L'activité physique adaptée (APA) est une AP adaptée à la (les) pathologie(s), aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient.

L'[article D. 1172-1 du CSP](#) – décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 – art. 1 donne une définition réglementaire à l'APA : « On entend par activité physique adaptée au sens de [l'article L. 1172-1](#), la 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.

La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. »

L'inactivité (physique) caractérise un niveau insuffisant d'AP d'endurance d'intensité modérée et/ou élevée qui ne respecte pas les recommandations fixées pour la santé par l'OMS (tableau 30 annexe 3). Ainsi, une personne inactive peut pratiquer des AP d'intensité faible, quelle que soit leur durée.

La personne **active** a un niveau d'AP d'endurance d'intensité modérée et/ou élevée régulière égal ou supérieur aux recommandations d'AP pour la santé de l'OMS (tableau 30 annexe 3).

Le MET (*Metabolic Equivalent Task*) est une unité de mesure de l'intensité de l'AP en valeur absolue utilisée dans la littérature internationale. Il est défini comme le rapport de la dépense énergétique de l'activité considérée, sur la quantité d'énergie dépensée au repos. 1 MET est égal à + 3,5 ml O²/min/kg, et correspond par définition au métabolisme de repos.

La sédentarité (ou le comportement sédentaire) est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 MET en position assise ou allongée (*Sedentarity Behaviour Network*, 2012). Elle correspond au temps passé assis ou allongé sans autre activité physique entre le lever et le coucher, ainsi que la position statique debout (1,3 MET). On peut donc être physiquement actif et sédentaire.

La condition physique est la capacité générale à s'adapter et à répondre favorablement à l'effort physique. Elle a plusieurs dimensions : la capacité cardiorespiratoire ; les aptitudes musculaires (force, puissance, endurance musculaire) ; la souplesse ; les performances neuromusculaires [équilibre, vitesse (ou allure) et la coordination musculaire (agilité)] ; et des composantes anthropométriques (poids, taille et pourcentage corporel de masse grasse).

La capacité cardiorespiratoire (CCR), d'endurance aérobie, d'endurance ou aérobie est la capacité pour les grandes masses musculaires d'effectuer des exercices dynamiques d'intensité modérée à élevée sur des périodes prolongées de temps, par exemple : marche rapide, course à pied, marche nordique, cyclisme, natation, etc. La CCR dépend de l'état physiologique et fonctionnel de l'ensemble des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et musculosquelettique de l'individu. Elle est considérée comme le reflet de la condition physique liée à la santé car un bas niveau de CCR est associé à une augmentation marquée de la mortalité prématurée toutes causes confondues et de la mortalité cardio-vasculaire, et l'augmentation de la CCR est associée à une réduction de la mortalité toutes causes confondues.

Les aptitudes ou capacités musculaires (la force musculaire, l'endurance musculaire et la puissance musculaire) sont sollicitées, voire développées, par le travail de renforcement musculaire ou musculation. La force musculaire est la capacité du muscle à exercer une force. L'endurance musculaire est la capacité du muscle à continuer à exercer des efforts successifs ou de nombreuses répétitions. La puissance musculaire est la capacité du muscle à exercer une force par unité de temps (vitesse). La résistance contre laquelle le muscle s'exerce peut être engendrée par des activités de la vie quotidienne (monter et descendre des escaliers, levers de chaise, porters de charges, etc.) ou lors de séances dédiées (utilisation du poids du corps ou de bracelets lestés, de bandes élastiques, d'appareils spécifiques, etc.).

La souplesse (ou flexibilité musculo-tendineuse et articulaire) est la capacité de mobiliser une articulation dans son amplitude complète. La souplesse dépend de la distensibilité de la capsule articulaire, de la viscosité musculaire et de la qualité des ligaments ou des tendons. Cette aptitude est importante pour réaliser les activités de la vie quotidienne et les activités sportives.

L'équilibration vise au maintien de l'équilibre lors de la station debout ou assise (équilibre statique) et lors des déplacements (équilibre dynamique). Le contrôle de l'équilibre s'élabore sur un ensemble de stratégies sensorielles et motrices. Elle mobilise les systèmes visuel, vestibulaire et proprioceptif, ainsi que le système musculosquelettique.

La classification internationale des handicaps de l'OMS 2001 (2) distingue :

- la déficience (*impairment*) : toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ;

- l'incapacité (limitation) : une réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales par un être humain ;
- le désavantage social (restriction), pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux ou culturels).

Le handicap résulte de toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ([loi du 11 février 2005, article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles](#)).

Les différents troubles ou déficiences des fonctions organiques sont :

- les troubles physiques ou moteurs : ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité des membres supérieurs, des membres inférieurs et/ou de l'axe corporel ;
- les troubles sensoriels : ensemble des troubles liés aux organes sensoriels, en particulier la vision et l'audition ;
- les troubles psychiques sont les affections qui vont altérer l'état de santé mentale. Ils peuvent prendre des formes et des expressions très différentes (dépression, anxiété, schizophrénie, troubles du comportement alimentaire, etc.) ;
- les troubles intellectuels et cognitifs sont l'ensemble des troubles caractérisés par une altération des fonctions cognitives correspondant à l'ensemble des habiletés gérées par le cerveau (perception, attention, mémoire, langage...) avec comme conséquence un déficit de capacités telles que le raisonnement, les apprentissages scolaires et l'apprentissage à partir de l'expérience.

Les para-sports désignent des sports réservés aux personnes en situation de handicap (PSH) faisant l'objet d'adaptations (règles, dispositifs médicaux sportifs, aides techniques, aides humaines...). Ils sont pratiqués en loisir comme en compétition. Ils sont déclinés par discipline, comme le « para aviron », le « para ski alpin », etc.

Le para-sport adapté renvoie à la notion de sport adapté, mais spécifiquement pour un public en situation de handicap intellectuel ou psychique, par exemple le « para surf adapté ».

Le para-sport santé renvoie à la notion de sport-santé et correspond à une pratique parasportive dans un objectif de santé.

Tableau 1. Terminologies utilisées pour ce document

Les données de la littérature actuelles ne permettent pas de proposer des recommandations définitives pour toutes les situations cliniques auxquelles pourrait être confronté le médecin pour une prescription d'AP, par convention dans ce document :

- l'examen est dit recommandé : le médecin doit faire pratiquer l'examen, sauf situations cliniques particulières ;
- l'examen est dit préconisé : le médecin devrait faire pratiquer l'examen, mais il peut juger que pour un patient particulier l'examen n'est pas utile ;
- le patient peut bénéficier ou l'examen peut être réalisé, s'il se justifie par un contexte particulier. L'examen ne doit pas être prescrit systématiquement ;
- l'examen n'est pas recommandé ou n'est pas préconisé lorsqu'il est considéré inutile : le médecin ne devrait pas le prescrire, sauf cas particulier dûment justifié.

Dans tous les cas, la décision est consignée par écrit dans le dossier du patient.

Par convention dans ce document (schéma page 14) :

Les patients dénommés « **symptomatiques** » se définissent comme ayant des signes cliniques ou symptômes évocateurs d'une maladie cardio-vasculaire, métabolique, rénale ou respiratoire non connue ou instable. Ces patients relèvent d'une consultation médicale à visée diagnostique. Une consultation médicale d'AP ne devrait être envisagée qu'après avoir posé un diagnostic et après une stabilisation des symptômes.

Les patients dénommés « **asymptomatiques** » se définissent comme ne présentant pas de signes cliniques ou symptômes évocateurs d'une maladie cardio-vasculaire, métabolique, rénale ou respiratoire non connue ou instable. Seuls les patients asymptomatiques relèvent d'une consultation médicale d'AP, telle que définie dans ce document.

Introduction au guide

Le contexte

Les bienfaits de l'activité physique (AP) sur la santé sont connus et désormais validés par de nombreuses revues de la littérature publiées en France et à l'étranger (cf. Guide des connaissances sur l'AP et la sédentarité de la HAS).

L'AP est un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique et du maintien de l'autonomie avec l'avancée en âge et chez les personnes en situation de handicap. L'AP est une thérapeutique non médicamenteuse à part entière et intervient dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques et états de santé.

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa résolution [WHA57.17 intitulée : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé](#) (3), recommande aux États membres de promouvoir et de renforcer les programmes d'AP dans le cadre de leur politique nationale sociale et de santé publique en vue d'accroître le niveau d'AP de leur population.

En 2016, l'OMS publie la [stratégie 2016-2025 sur l'activité physique pour la région européenne](#) (4) pour agir contre la diminution continue des niveaux d'AP et réduire les inégalités d'accès à l'AP des populations. Elle s'inscrit dans le plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS, qui a neuf objectifs, dont : une réduction relative de 10 % de la prévalence de l'inactivité physique d'ici 2025, ainsi qu'une réduction de 25 % du risque de mortalité prématurée imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète et aux affections respiratoires chroniques ; une réduction de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ; et un endiguement des prévalences du diabète et de l'obésité.

En 2018, l'OMS, dans son *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 : More active people for a healthier world* (5), estime que, dans le monde, un adulte sur quatre, et trois adolescents sur quatre (âgés de 11 à 17 ans) n'atteignent pas les recommandations d'AP pour la santé, et se donne comme objectif, pour 2030, une réduction globale de 15 % de l'inactivité chez les adultes et les adolescents.

Il souligne qu'il existe des inégalités importantes d'accès à l'AP en fonction du sexe et du statut socio-économique des individus. Les femmes, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes défavorisées, les personnes précaires et les habitants en milieu rural ont moins souvent accès à des lieux et espaces appropriés, accessibles, sûrs et abordables pour pratiquer une activité physique ou du sport.

Il rappelle aussi que, selon la Charte internationale de l'Unesco, « *la pratique de l'activité physique et du sport est un droit fondamental pour tous* » et souligne qu'il est important de promouvoir le sport à tous les âges de la vie.

De nombreux pays ont étudié les déterminants à l'AP en population et ont mis en place des politiques de promotion de l'AP en communauté ou des politiques de promotion de l'AP sur ordonnance (cf. Note méthodologique et de synthèse bibliographique de la HAS).

En France, depuis les années 2000, le développement de l'AP constitue un des axes de plusieurs plans nationaux de santé. Des stratégies de promotion de l'AP et du sport pour la santé se sont développées localement au niveau des villes et des régions (cf. Note méthodologique et de synthèse bibliographique de la HAS (6)).

La France, par [la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), s'est engagée dans une politique de promotion de l'AP sur ordonnance en soins primaires. Son article L. 144

précise que « *dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée (APA) à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* ».

[L'article L. 1172-1 du Code de la santé publique](#) précise que la dispensation d'une APA a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

[L'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017](#) relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du Code de la santé publique (CSP) définit les conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Pour cela, elle propose une classification des patients en ALD en quatre « phénotypes fonctionnels ». Elle définit les domaines d'intervention préférentiels des différents métiers de l'AP en fonction de ces phénotypes et liste leurs compétences respectives. Elle propose un formulaire spécifique de prescription de l'AP. Elle précise que « ni la prescription, ni la dispensation d'une AP ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie ». Alors même que la prescription d'APA en tant que thérapeutique non médicamenteuse validée relève de [l'article R. 4127-8 du CSP](#) et de l'article 8 du Code de déontologie médicale – Liberté de prescription.

[L'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer](#) prévoit qu'après traitement d'un cancer, le médecin peut prescrire un ensemble de bilans et consultations dans la limite d'un montant maximal de 180 euros par patient et par an. Ces prestations peuvent comprendre un bilan fonctionnel et motivationnel de l'AP par un professionnel de l'APA, qui doit donner lieu à l'élaboration d'un projet d'APA. Ce bilan du professionnel de l'APA est rémunéré 45 euros au maximum pour une durée d'une heure maximum.

[La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France](#) révisé cette politique.

Son article 2 modifie [l'article L. 1172-1](#) du CSP et, dans le cadre d'un parcours de soins, ouvre la prescription d'APA à l'ensemble des médecins et pour les « *personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et des personnes en perte d'autonomie. 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'activités physiques adaptées* ».

Son article 3 prévoit une prise en charge par l'assurance maladie de l'APA sur prescription médicale selon des modalités et un périmètre qui restent à définir : « *Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2022, un rapport sur la prise en charge par l'assurance maladie des séances d'activités physiques adaptées prescrites en application de l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique.* »

Son article 4 modifie [l'article L. 4321-1 du CSP](#) et prévoit que le masseur-kinésithérapeute, qui est aussi un professionnel de l'APA, « *... peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret...* »

[Article D. 1172-1 du CSP – Version en vigueur depuis le 1^{er} mars 2017 – art. 1 – Création décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 – article 1](#)

« On entend par activité physique adaptée au sens de l'article [L. 1172-1](#), la 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.

La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. »

[Article L. 1172-1 du CSP – Version en vigueur depuis le 4 mars 2022 – Modifié par loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France – article 2](#)

« Dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et des personnes en perte d'autonomie, le médecin intervenant dans la prise en charge peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Les activités physiques adaptées sont dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret. Un décret fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées. »

Une politique de promotion de l'AP sur ordonnance

Une politique de promotion de l'AP sur ordonnance utilise le potentiel du cabinet médical de ville à atteindre les personnes inactives les plus éloignées de l'AP : les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées fragiles, les personnes en situation de handicap, les personnes dyscommunicantes et les personnes précaires. Elle s'appuie sur la confiance accordée par les patients à leur médecin pour les amener à changer de comportement, et sur l'ordonnance, prescription médicale écrite, qui par elle-même est un facteur de motivation et d'adhésion à l'AP (7).

En France, il existe 5 freins majeurs à la prescription d'AP par le médecin traitant :

- (1) son manque de connaissances concernant l'AP et ses impacts sur la santé ;
- (2) ses craintes vis-à-vis des risques d'événements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une AP, en particulier chez les personnes fragiles ou atteintes de maladies chroniques ;
- (3) l'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP ;
- (4) l'absence de parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'AP ;
- (5) le coût pour le patient de cette AP prescrite.

Le guide des connaissances sur l'AP et la sédentarité de la HAS répond au premier point. Ce guide de consultation et de prescription médicale d'AP à des fins de santé répond aux points 2 et 3. La loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France donne des réponses aux points 4 et 5.

Un guide de consultation et de prescription d'AP à des fins de santé

Ce guide de consultation et de prescription d'AP à des fins de santé chez les adultes traite des personnes adultes, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, atteintes d'une maladie chronique ou présentant un état de santé pour lequel l'AP a montré des effets bénéfiques. Il procède en plusieurs étapes (cf. schéma parcours de santé, page 14) :

- **le repérage** en population générale ou en patientèle des personnes à risque, pouvant relever d'un avis médical avant de débiter ou d'augmenter une AP ;
- **l'évaluation médicale minimale**, si le patient relève d'un avis médical avant de débiter ou d'augmenter une AP ;
- **la consultation médicale d'activité physique** qui vient compléter l'évaluation médicale minimale, selon des indications précisées dans ce guide avec, si indiqué, la réalisation d'exams complémentaires ;
- **la prescription médicale d'AP** selon les 4 niveaux d'intervention (tableau 3, page 15) ;
- **le suivi médical de la prescription d'AP** ;
- **la dispensation de l'AP et son suivi par des intervenants en AP** dans le cadre d'un parcours de santé pluriprofessionnel structuré.

Les effets délétères de l'inactivité physique et de la sédentarité sont bien démontrés. Les bénéfices pour la santé d'une AP régulière sont largement supérieurs aux risques liés à sa pratique pour la plupart des adultes. Il existe un accord d'experts pour dire que ces risques ne doivent pas être surestimés et ne doivent pas être un frein à la prescription d'AP par le médecin et à la pratique d'une AP par la personne.

Ainsi, la majorité des personnes ne relèvent pas d'un avis médical avant de commencer ou d'augmenter une AP. L'auto-questionnaire QAA-P+, utilisé dans ce guide, permet de repérer en population générale les personnes relevant d'un avis médical au préalable. En patientèle, c'est au médecin de repérer les personnes qui requièrent au moins une évaluation médicale minimale.

La majorité des patients ne relèvent pas d'une consultation médicale d'AP et encore moins d'exams complémentaires avant de commencer ou d'augmenter une AP. Les indications de la consultation médicale d'AP et la prescription d'exams complémentaires avant la pratique d'une AP doivent rester ciblées. En effet, les bénéfices d'une consultation médicale chez les personnes avec ou sans maladie chronique qui envisagent d'augmenter leur niveau d'AP ne sont pas réellement établis sur le risque de survenu d'évènements indésirables à la pratique d'une AP (8). L'épreuve d'effort est faiblement prédictive de la survenue d'un évènement cardio-vasculaire grave chez les personnes asymptomatiques (tableau 24).

Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de proposer des recommandations définitives pour toutes les situations cliniques auxquelles pourrait être confronté le médecin. Les recommandations contenues dans ce guide relèvent avant tout d'un accord d'experts (tableau 1) et viennent en soutien du jugement clinique du médecin, avec la volonté de lui proposer une démarche à la fois sécuritaire, réaliste et réalisable.

Le jugement clinique du médecin reste donc essentiel et doit s'élaborer à partir de ses connaissances générales sur l'AP et la santé, les recommandations de ce guide et des référentiels d'aide à la prescription par pathologie, ainsi que sur les connaissances qu'il a de son patient, en particulier :

- la pathologie du patient, sa sévérité et son contrôle ;
- ses comorbidités ;
- son niveau de risque d'évènement cardio-vasculaire grave à l'AP et ses autres risques ;

- son niveau habituel d'AP, sa condition physique et son état fonctionnel ;
- son état de motivation à l'AP choisie avec lui ;
- ses traitements médicamenteux, leurs effets secondaires ou iatrogènes, ses capacités d'auto-gestion de la maladie et du traitement et de leurs interactions avec l'AP ;
- son profil psychique, cognitif et comportemental, son environnement social et sa capacité à comprendre et gérer le programme d'AP en autonomie et en sécurité. Ses connaissances des règles de prudence à l'AP (tableau 5) et le type d'AP choisi.

Ce guide **ne traite pas de la rééducation/réadaptation** qui relève d'une ordonnance médicale « classique » et d'une prise en charge par des professionnels de santé de la rééducation en ville ou à l'hôpital.

Ce guide **ne traite pas du sport pratiqué en compétition** qui relève de recommandations spécifiques.

Ce guide ne concerne pas des patients dits « symptomatiques » (tableau 1) qui relèvent d'une consultation médicale à visée diagnostique (cf. schéma du parcours, page 14).

En complément de ce guide, la HAS a publié :

1. des **référentiels ou fiches d'aide à la prescription d'AP** (tableau 2) pour le médecin, qui viennent compléter les connaissances du guide pour la pathologie ou l'état de santé ciblé ;
2. des **fiches de synthèse** pour le médecin, reprenant les points clés de ces référentiels ;
3. une **fiche de synthèse sur la prescription d'activité physique adaptée**, reprenant les modalités de prescription, d'arrêt et de renouvellement de l'APA de ce guide ;
4. un **guide des connaissances sur l'AP et la sédentarité** à destination des médecins ;
5. **une note méthodologique et de synthèse bibliographique** sur l'AP, reprenant les politiques nationales de promotion de l'AP en France et à l'étranger et les déterminants à l'AP.

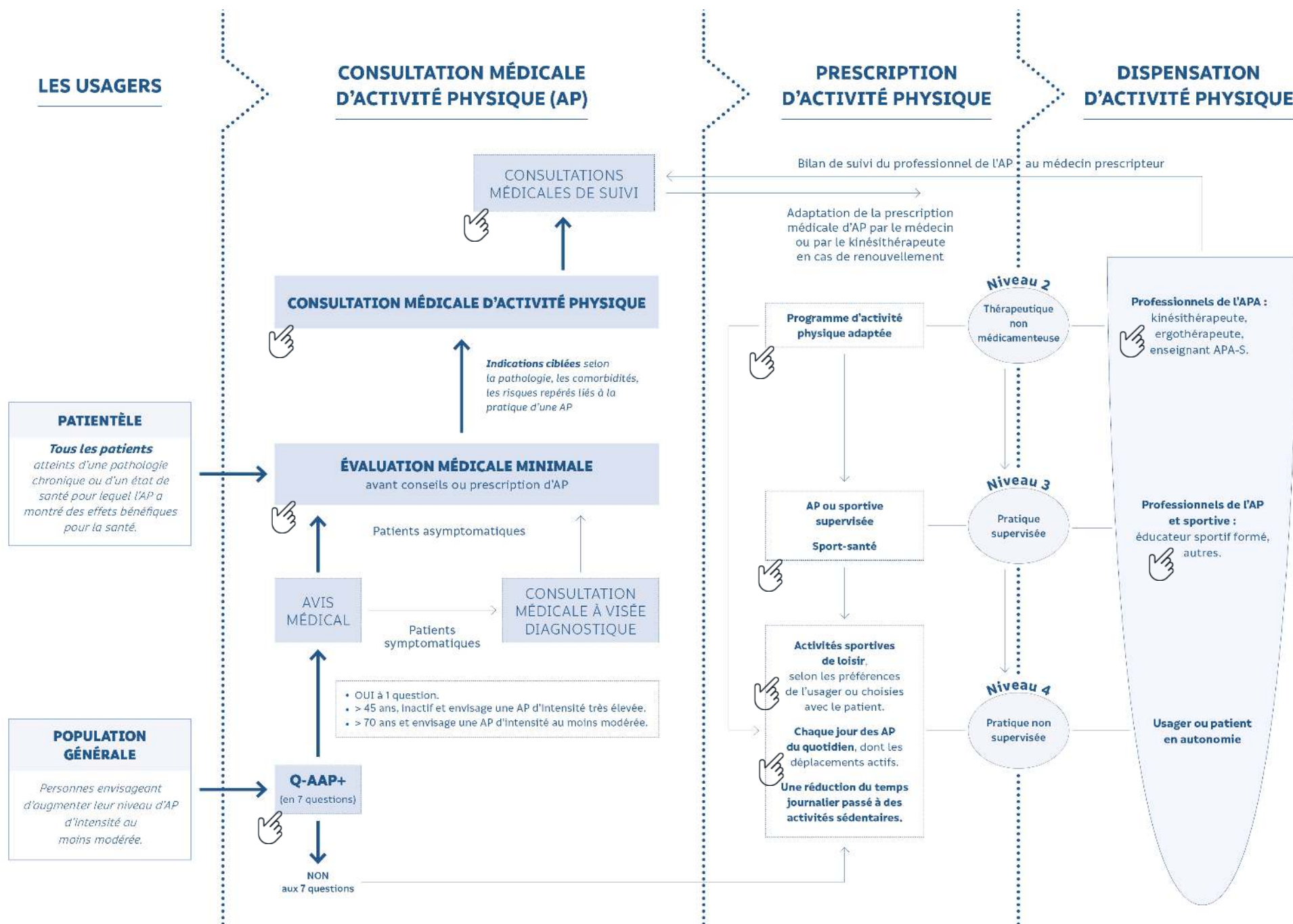
D'autres documents de la Haute Autorité de santé sont à venir :

- un guide de consultation et de prescription d'AP à des fins de santé chez les enfants et les adolescents ;
- des fiches patient reprenant les messages clés selon la pathologie ou l'état de santé ciblé à destination des usagers ;
- d'autres fiches d'aide à la prescription d'AP pour : les pathologies articulaires inflammatoires (spondylarthrite ankylosante et polyarthrite rhumatoïde), la sclérose en plaques, les lombalgies persistantes, la fibromyalgie et le surpoids et l'obésité chez l'enfant.

Tableau 2. Liste des référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie ou état de santé publiés par la HAS

1. Surpoids et obésité de l'adulte	10. Les personnes âgées robustes, fragiles, à risque de chutes ou atteintes de troubles cognitifs.
2. Diabète de type 2	11. Pendant la grossesse et en post-partum
3. Bronchopneumopathie chronique obstructive	12. Diabète de type 1
4. Hypertension artérielle	13. Asthme
5. Maladie coronarienne stable	14. Maladie de Parkinson
6. Accidents vasculaires cérébraux	15. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
7. Insuffisance cardiaque chronique	16. États psychotiques
8. Cancers : sein, colorectal, prostate	17. Arthroses périphériques
9. Dépression	

Schéma du parcours de santé centré sur la prescription d'activité physique chez l'adulte



Les quatre niveaux de prescription de l'activité physique

On distingue quatre niveaux d'intervention de l'activité physique à des fins de santé (tableau 3).

Le niveau 1, la rééducation/réadaptation, qui est une thérapie par le mouvement, n'est pas traité dans ce guide, mais peut être cité. En effet, le patient peut relever d'une rééducation/réadaptation avant de pouvoir bénéficier d'un programme d'APA ou d'AP et certains patients peuvent bénéficier de programme d'AP en parallèle d'une rééducation/réadaptation (cf. référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie).

Les interventions de niveaux 2, 3 et 4 sont prescrites selon la pathologie traitée, les capacités fonctionnelles et les limites d'activités du patient, mais aussi selon sa capacité à pratiquer des AP en autonomie et de façon sécuritaire.

Tableau 3. Les quatre niveaux d'intervention par l'AP (classification d'après le programme Suède en mouvement)

Le niveau 1 est approprié aux patients présentant une maladie/blessure avérée et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un programme de rééducation/réadaptation. Le patient est adressé sur ordonnance pour une rééducation/réadaptation à un professionnel de santé de rééducation.

Le niveau 2 est approprié aux patients présentant une maladie et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un programme d'activité physique adaptée (APA). Le patient est adressé sur ordonnance pour un programme d'APA à un professionnel de l'APA (professionnel de santé paramédical ou enseignant en APA-S).

Les niveaux 3 et 4 sont appropriés aux 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, soit avec une supervision pour le niveau 3, soit évalués comme capables de contrôler et de maintenir seuls leur propre AP pour le niveau 4. Le choix entre les niveaux 3 et 4 est aussi conditionné par les préférences du patient.

Le niveau 3, une AP ou sportive supervisée est appropriée si :

- le patient ne répond pas à un des 3 critères du niveau 4.

Le médecin conseille et prescrit au patient des AP ou sportives encadrées par des éducateurs sportifs formés, organisées par des associations ou des clubs sportifs. Si indiqué, il prescrit une activité de sport-santé.

Le niveau 4, une AP ou sportive 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 (sociaux, émotifs, médicaux) 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 sans supervision, à réaliser en autonomie, avec des AP quotidiennes en environnement (marche, pratique du vélo, activités sportives de loisirs à la maison ou sur des aires résidentielles).

NB. Ces prescriptions d'AP sont toujours associées à des conseils de réduction du temps passé à des activités sédentaires.

Des règles générales de gestion des risques liés à la pratique d'une activité physique

Les personnes pratiquant une AP ou sportive doivent respecter quelques règles de prudence (tableau 4), même s'il existe un consensus pour dire que l'on ne doit pas surestimer les risques liés à la pratique d'une AP et que les bénéfices d'une AP adaptée sont toujours largement supérieurs aux risques liés à sa pratique.

Tableau 4. Règles générales de prudence à la pratique d'une AP

D'une manière générale, pour réduire les risques d'événements cardio-vasculaires et de traumatismes musculosquelettiques liés à l'AP :

- les personnes qui désirent commencer et/ou augmenter leur AP devraient remplir un auto-questionnaire d'aptitude à l'AP (auto-questionnaire Q-AAP+) ;
- les personnes inactives et/ou sédentaires devraient commencer par des AP d'intensité faible ou modérée et augmenter progressivement par palier, chacun suivi d'une période d'adaptation, jusqu'à atteindre le niveau recommandé ou souhaité d'AP ;
- les personnes physiquement actives devraient adapter leur programme d'AP avec les variations de leur état de santé, de leur condition physique et des conditions de l'environnement ;
- les personnes pratiquant une AP devraient être éduquées pour pouvoir repérer les signes et les symptômes d'alerte, agir en conséquence et en référer à leur médecin (tableau 5) ;
- les professionnels de santé et de l'AP qui supervisent des AP d'intensité élevée devraient avoir une formation de base sur les procédures d'urgence en cas d'événement cardiaque.

Il est aussi important de permettre au corps de se préparer, puis de récupérer avant et après une AP. Pour cela, la session d'AP doit être précédée d'une phase d'échauffement et suivie d'une phase de récupération.

La phase d'échauffement consiste en un minimum de 5 à 10 min d'activités cardiorespiratoires et musculaires progressives d'intensité légère à modérée et de mouvements d'assouplissement. L'échauffement est une phase transitionnelle qui permet au corps de s'ajuster aux changements physiologiques, biomécaniques et bioénergétiques de la phase d'AP. L'échauffement améliore aussi l'amplitude des mouvements et réduit les risques de blessure.

La phase de récupération peut être réalisée de manière passive (sans mouvement), ou active avec une réduction progressive des AP à des intensités modérées à faibles, pendant au moins 5 à 10 min. Cette période de récupération permet à l'individu de retrouver graduellement sa fréquence cardiaque et sa pression artérielle de base et d'éliminer les métabolites produits par le muscle pendant la phase la plus intense de l'AP.

Chez les personnes en situation de handicap (PSH), certaines précautions spécifiques doivent être en plus respectées. Les morphologies structurelle et fonctionnelle de la PSH doivent être prises en compte pour l'AP envisagée, avec des discussions sur l'adaptation ou le besoin d'un appareillage spécifique, le besoin d'une aide humaine, d'un environnement adapté et sécurisé, des conseils sur un geste donné, etc. Les troubles de sensibilité, l'installation ou l'appareillage devront être surveillés du fait des risques d'escarre. Les PSH peuvent pratiquer une AP et sportive dans des associations ou clubs ordinaires, mais peuvent aussi avoir besoin d'adaptations ou de dispositifs spécifiques dont l'absence les empêcherait de pratiquer une AP identique à celle des personnes valides.

L'Académie nationale de médecine a validé les [10 règles d'or du Club des cardiologues du sport](#), qui ont été relayées par le ministère des Sports sous la forme des [10 réflexes en or pour préserver sa santé dans le sport \(9\)](#) (tableau 5).

Tableau 5. Les « 10 réflexes en or pour préserver sa santé dans le sport »

1. Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort *.
2. Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort *.
3. Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort *.
4. Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives.
5. Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition.
6. J'évite les activités intenses par des températures extérieures en-dessous de -5° ou au-dessus de 30° et lors des pics de pollution.
7. Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent ou suivent mon activité sportive.
8. Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général.
9. Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre - courbatures).
10. Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes.

NB : le point 10 est traité différemment dans ce guide.

* Quels que soit mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

Le repérage des personnes à risque pour l'activité physique

1. Le repérage en population générale

L'utilisation d'un auto-questionnaire sur l'aptitude à l'AP, chez toutes les personnes désirant initier ou augmenter une AP d'intensité au moins modérée, permet un premier repérage des individus à risque d'évènements cardio-vasculaires (CV) graves ou de lésions musculosquelettiques à l'AP, pour lesquels un avis médical est indiqué.

Le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous (Q-AAP+) est le plus utilisé (tableau 6). Il comprend 7 questions et peut être [complété en ligne](#). Il est rempli par toute personne de **15 à 69 ans** désirant s'engager dans une AP.

Il peut aussi être proposé par le médecin traitant, un autre professionnel de santé, un enseignant en APA ou un éducateur sportif, aux personnes qui envisagent de commencer ou de poursuivre une AP d'intensité au moins modérée.

Tableau 6. Le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous : Q-AAP+

Lisez les 7 questions avec attention et répondez à chacune avec honnêteté, par oui/non	oui	non
1. Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque ☐ ou d'une hypertension ☐ ?	☐	☐
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'AP ?	☐	☐
3. Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois ? Répondez non si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation (y compris pendant une AP d'intensité élevée).	☐	☐
4. Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autres qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle) ?	☐	☐
Lister les maladies ici :		
5. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	☐	☐
Lister les maladies et les médicaments ici :		
6. Avez-vous présentement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou des tissus mous (muscle, ligament, ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'AP ?	☐	☐
NB. Répondez non si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'AP présente.		
Lister vos problèmes médicaux ici :		
7. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'AP sans supervision médicale ?	☐	☐

Conduite à tenir selon les réponses au Q-AAP+ (cf. schéma du parcours page 14) :

- si la personne répond « non » aux sept questions, elle peut commencer à devenir physiquement plus active, en respectant les précautions d'usage ;
- si la personne répond « oui » à une des sept questions, un avis médical est préconisé avant de commencer à être physiquement plus active ;
- si la personne a 45 ans et plus, n'a pas d'AP régulière d'intensité élevée et envisage de pratiquer une AP d'intensité élevée proche de la maximale, un avis médical est conseillé.

2. Le repérage en patientèle

Le patient est « asymptomatique » (tableau 1). Il est inactif et atteint d'une pathologie chronique ou présente un état de santé pour lequel l'AP a montré ses effets bénéfiques. Il peut bénéficier d'une prescription médicale d'AP selon les indications de ce guide et le jugement clinique du médecin.

Le patient « symptomatique » (tableau 1). Il présente des **signes ou symptômes évocateurs d'une maladie** cardio-vasculaire ou respiratoire (tableau 7), métabolique ou rénale **non connue ou instable**, repérés à l'interrogatoire du patient ou par l'auto-questionnaire Q-AAP+. Il doit s'abstenir de commencer ou de poursuivre une AP quelle que soit son intensité, et consulter son médecin. Le médecin effectue alors une **consultation médicale à visée diagnostique**, pour préciser le diagnostic ou les causes de décompensation de la maladie. Au besoin, il adresse son patient à un médecin spécialiste et fait pratiquer les examens complémentaires jugés utiles. Une fois le diagnostic précisé et la pathologie stabilisée, le patient sera considéré comme « asymptomatique » et pris en charge comme tel.

Pour les **personnes de 70 ans et plus** qui envisagent une AP d'intensité au moins élevée, un avis médical est préconisé (cf. schéma du parcours, page 14).

Tableau 7. Signes et symptômes d'alerte suggérant une maladie cardio-vasculaire et/ou respiratoire

- Douleur ou équivalent de douleur (gêne ou pesanteur) au niveau du thorax, pouvant irradier à la mâchoire, au cou, aux bras ou une autre région évocatrice d'ischémie cardiaque au repos ou à l'effort
- Essoufflement au repos ou pour un effort d'intensité faible
- Fatigue inhabituelle ou essoufflement anormal pour les activités habituelles
- Orthopnée (dyspnée apparaissant ou s'aggravant en position allongée évocatrice d'une insuffisance cardiaque)
- Œdème de chevilles
- Vertiges ou syncopes
- Palpitations, tachycardie ou rythme cardiaque irrégulier
- Claudication intermittente (douleurs à type de crampe des membres inférieurs à la marche, cédant à l'arrêt de celle-ci)
- Bruits anormaux à l'auscultation cardiaque lors d'examens précédents

L'évaluation médicale minimale

1. L'évaluation médicale minimale

L'évaluation médicale minimale, par le médecin chez un patient asymptomatique, avant conseils ou prescription d'une AP, est réalisée :

- soit à la demande du patient, en particulier si son questionnaire de santé Q-AAP+ est positif ;
- soit à l'initiative du médecin, si le patient est atteint d'une maladie chronique ou présente un état de santé pour lequel l'AP a montré des effets bénéfiques.

Elle est grandement facilitée par la connaissance qu'a le médecin traitant de son patient sur sa santé et ses habitudes de vie.

L'évaluation médicale minimale comprend :

- **Une estimation de l'intensité de l'AP** (tableaux 28, 29 annexe 2) **ou sportive envisagée** (tableau 31, annexe 7).
- **Une estimation du niveau habituel d'AP et de sédentarité** du patient avec :
 - l'auto-questionnaire GPAQ en 16 questions, rempli en ligne sur le [site Manger-Bouger](#) ;
 - ou le questionnaire Marshal en 2 questions (passage en 30 sec) (annexe 4).
- **Une évaluation du risque de survenue d'un accident cardio-vasculaire potentiellement grave lié à l'AP**, qui va dépendre :
 - du niveau de risque CV du patient (tableaux 15, 18) ;
 - du niveau habituel d'AP du patient, classé en physiquement actif ou inactif (tableau 30 annexe 3) ;
 - et de l'intensité en valeur absolue de l'AP envisagée (tableau 28 annexe 2).
- **Une estimation des risques à la pratique d'une AP** :
 - les contre-indications et limitations à l'AP (tableaux 13, 14) ;
 - les autres risques à la pratique d'une AP en lien avec : la pathologie ciblée, les traitements, un âge avancé, une grossesse, une situation de handicap et du type d'AP envisagé (tableau 11 et référentiels d'aide à la prescription).
- **Une estimation de l'état de motivation du patient** (tableau 20) pour un programme d'APA ou une AP ou sportive de loisirs choisie avec le patient et pour un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire.

2. Les conduites à tenir après l'évaluation médicale minimale

Au terme de cette évaluation, le médecin peut être amené à :

- accompagner le patient et faire évoluer son état de motivation vis-à-vis de l'AP (tableaux 20, 21, 22) ;
- fournir au patient motivé ou pour lequel un changement de comportement est envisageable des conseils/une éducation pour la santé sur l'AP/une prescription d'AP ;
- compléter cette évaluation par une consultation médicale d'AP et/ou prescrire des examens complémentaires et/ou demander un avis spécialisé, si cela se justifie.

Les conseils du médecin au patient varient selon son niveau habituel d'AP, son niveau de motivation et ses risques individuels à la pratique de(s) AP choisie(s) avec lui (tableau 8).

Tableau 8. Conseils aux patients selon leur état de motivation et leur niveau d'AP régulier

La plupart des **patients actifs** peuvent poursuivre leur AP d'intensité modérée et l'augmenter progressivement si elle est bien tolérée. Le médecin leur fournit des conseils adaptés sur l'AP, sa bonne pratique, leur maladie et ses traitements et renforce leur motivation.

La plupart des **patients inactifs** peuvent débuter ou poursuivre une AP d'intensité faible (comme la marche) et l'augmenter progressivement vers une intensité modérée si elle est bien tolérée.

- Si le patient inactif ne présente **aucune motivation** pour les AP : le médecin l'informe et le sensibilise progressivement aux bénéfices de l'AP et à une réduction de son temps passé à des comportements sédentaires. Il l'accompagne progressivement dans un changement de son état de motivation (tableaux 20, 22) à l'occasion des consultations de suivi.
- Si le patient est inactif et qu'un **changement de comportement est envisageable** pour l'AP : le médecin l'encourage. Il lui fournit des conseils adaptés sur l'AP selon le niveau d'intervention requis (tableau 3), l'accompagne dans le choix de ses AP et l'oriente vers une organisation dédiée et, si indiqué, rédige une ordonnance d'APA.

Les patients ont des risques à l'AP repérés lors de l'évaluation médicale minimale.

- Si le patient inactif ne présente aucune motivation pour les AP : le médecin l'informe et le sensibilise progressivement aux bénéfices de l'AP et de la réduction de son temps passé à des comportements sédentaires, ainsi qu'à la nécessité d'un accompagnement pour commencer des AP d'intensité au moins modérée.
- Si le patient est **motivé ou si un changement de comportement est envisageable** : le médecin l'informe des bénéfices qu'il peut attendre de l'AP sur sa pathologie et sa qualité de vie. Il programme avec lui une consultation médicale d'activité physique, si indiquée.

Les indications pour une consultation médicale d'activité physique

La consultation médicale d'AP, quand elle est indiquée, vient compléter l'évaluation médicale minimale. Tous les patients ne relèvent pas d'une consultation médicale d'AP avant de commencer ou d'augmenter une AP d'intensité au moins modérée. Ses indications doivent rester ciblées.

Les indications d'une consultation médicale d'AP dépendent du risque d'événements CV graves et des risques de blessures musculosquelettiques à l'AP, mais aussi d'autres risques liés au type et aux modalités de l'AP choisie, à la pathologie ciblée, aux comorbidités, aux traitements ou à un état de santé : âge avancé, situation de handicap, surpoids, grossesse et post-partum, qui sont décrits dans les référentiels d'aide à la prescription d'AP de la HAS.

Dans de nombreux cas, le jugement clinique du médecin est déterminant pour définir la nécessité et l'étendue de cette consultation, et ce d'autant que chaque situation clinique est singulière et que dans la pratique, une AP d'intensité modérée alterne le plus souvent avec des épisodes d'AP d'intensité élevée.

1. Les indications selon le risque de survenue d'un accident cardio-vasculaire grave lié à l'activité physique

Les indications de la consultation médicale d'AP (tableau 9) varient selon le risque de survenue d'un accident cardio-vasculaire grave lié à l'AP, infarctus du myocarde, arythmie sévère voire mort subite par arrêt cardiorespiratoire. Ce risque dépend : du niveau de risque CV du patient (tableaux 15, 18), du niveau habituel de pratique d'AP du patient classé en physiquement actif ou inactif (tableau 30 annexe 3) et de l'intensité en valeur absolue de l'AP envisagée (tableau 28 annexe 2).

Tableau 9. Indications de la consultation médicale d'AP selon le risque d'événement cardio-vasculaire grave lié à l'AP

Pour les AP d'intensité élevée (≥ 6 METs)

Une consultation médicale d'AP est préconisée chez les patients **inactifs et actifs**, s'il existe :

- un niveau de RCV modéré ou élevé ;
- un antécédent de cancer ayant nécessité un traitement médical spécifique cardiotoxique ;
- ou pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Une consultation médicale d'AP peut être réalisée s'il existe :

- une obésité sévère avec un IMC ≥ 35 kg/m².

Pour les intensités modérées (3 à < 6 METs), les patients **inactifs** peuvent bénéficier d'une consultation médicale d'AP, s'il existe :

- un niveau de RCV élevé ou très élevé ;
- un antécédent de cancer ayant nécessité un traitement médical spécifique cardiotoxique.

NB. Tous les patients asymptomatiques, actifs ou inactifs, peuvent commencer une AP d'intensité légère, comme la marche, sans consulter un médecin.

Les patients actifs peuvent poursuivre leur AP d'intensité modérée et, si elle est bien tolérée, augmenter progressivement son volume ou son intensité sans consulter un médecin, sauf cas particuliers

(apparition de symptômes en particulier à l'exercice, aggravation de la pathologie, apparition d'une autre comorbidité).

2. Les indications selon les risques de survenue de blessures musculosquelettiques ou cutanées liés à l'activité physique

Certains patients sont à risque majoré de survenue d'une blessure musculosquelettique ou cutanée grave à l'AP, en lien avec une fragilité ostéo-musculo-articulaire, un risque augmenté de chutes, une déficience, une pathologie ou un traitement, etc. (tableau 10). Ce risque est, au besoin, précisé dans les référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie ou état de santé.

Tableau 10. Indications de la consultation selon le risque de blessures musculosquelettiques et cutanées (liste non exhaustive)

Certains patients sont à risque majoré de blessures à l'AP et une consultation médicale d'AP est préconisée pour :

- les patients avec une pathologie osseuse ou articulaire, une malformation (agénésie, scoliose...), etc. ;
- les patients avec une ostéopathie fragilisante et/ou avec des antécédents de chutes ;
- les patients avec des antécédents de blessures graves à l'AP ;
- les personnes âgées, en particulier celles fragiles ou à risque de chute ;
- les patients souffrant de neuropathie des membres inférieurs et qui ont un risque de plaie cutanée au niveau des pieds (patients diabétiques, etc.).

Les personnes en situation de handicap présentent des risques spécifiques justifiant d'une consultation médicale d'AP :

- certaines PSH physique sont particulièrement à risque de blessures musculosquelettiques, d'aggravation de leur handicap ou de leur état de santé, et nécessitent, le plus souvent, un accompagnement médical spécialisé et/ou médicotechnique spécifique :
 - les patients avec une amputation, des troubles neuro-orthopédiques, etc.,
 - les patients avec une atteinte musculaire d'origine neurologique, dégénérative ou traumatique (ex. : spasticité, rupture de coiffe des rotateurs, etc.),
 - les patients avec une lésion médullaire ;
- les PSH sensoriel, visuel ou auditif ou avec des troubles de l'équilibre sont plus à risque de chutes. Ils peuvent avoir besoin d'une prise en charge spécifique et d'une supervision renforcée de leur AP ;
- les PSH psychique présentant des troubles cognitifs, des troubles psychotiques ou de l'humeur et/ou ayant des comportements à risque ou traités avec des psychotropes peuvent avoir besoin d'un accompagnement médical plus important et d'une supervision renforcée de leur AP.

Les patients pratiquant leur AP avec un dispositif médical ou une aide technique (fauteuil roulant manuel, canne, prothèse, orthèse, stomie, etc.) ont un risque majoré de lésions cutanées lors de l'AP aux points d'appui ou de frottement. Une consultation médicale d'AP est préconisée. Une consultation médicale et/ou médicotechnique spécialisée peut se justifier.

3. Des indications selon la pathologie ou l'état de santé ciblé

Les indications spécifiques de la consultation médicale d'AP selon la pathologie ou l'état de santé sont précisées dans les référentiels ou fiches d'aide à la prescription d'AP de la HAS. Le tableau 11 reprend quelques situations cliniques notables.

Tableau 11. Indications de la consultation selon certaines situations cliniques

Les personnes âgées ≥ 70 ans

Elles doivent être considérées, *a priori*, comme à niveau de RCV élevé et plus à risque d'une blessure musculosquelettique. Une consultation médicale d'AP est donc préconisée avant une AP d'intensité élevée. Elles peuvent en bénéficier avant une AP d'intensité modérée, si elles sont inactives. Elles peuvent justifier de conseils spécifiques sur les AP, d'une supervision et d'un soutien motivationnel renforcés. Un avis spécialisé gériatrique peut se justifier.

Les personnes en situation de handicap

Elles peuvent avoir besoin d'un accompagnement médical plus important et parfois d'une supervision renforcée de leur AP. Une consultation médicale d'AP est préconisée et un avis médical spécialisé et/ou médicotechnique spécialisé peut se justifier.

Les femmes enceintes

Une AP adaptée est conseillée aux femmes enceintes. Une consultation médicale d'AP et une consultation obstétricale sont recommandées avant la prescription d'AP chez une femme enceinte présentant une comorbidité ou une complication obstétricale. En cas de grossesse normale, elle peut se justifier selon les types ou les intensités d'AP envisagées. Les femmes enceintes doivent connaître les précautions à prendre lors de la pratique d'une AP et les signes cliniques d'alerte (cf. référentiel d'aide à la prescription d'AP chez la femme enceinte et en post-partum).

Les personnes en situation d'obésité

Ces personnes ont un risque CV majoré, non pris en compte par la classification européenne du risque cardio-vasculaire. Elles sont souvent inactives, sédentaires, peu motivées pour les AP et plus à risque de blessures musculosquelettiques. Une consultation médicale d'AP peut être réalisée en cas d'IMC ≥ 35 kg/m². Elles peuvent en bénéficier, en particulier, pour un soutien motivationnel renforcé et/ou pour des conseils sur la prévention des blessures. Un avis spécialisé peut se justifier.

Les patients atteints d'une maladie respiratoire

Les patients atteints d'une maladie respiratoire (BPCO, asthme, maladie pulmonaire interstitielle) peuvent avoir des facteurs de risque CV associés (tabagisme, etc.). Ils peuvent présenter, selon le type et la sévérité de la maladie, des limitations respiratoires à l'AP et une désaturation en oxygène à l'effort (non présente au repos). Les résultats de l'exploration fonctionnelle respiratoire et du test de marche de 6 minutes avec mesure de la saturation en oxygène doivent être pris en compte pour adapter la prescription d'AP. Pour ces raisons, une consultation médicale d'AP et un avis spécialisé peuvent se justifier ou être préconisés selon la sévérité de la maladie.

Les patients atteints d'un cancer

Les patients atteints de cancer sont souvent déconditionnés et peuvent présenter des craintes vis-à-vis des AP. Ils sont plus à risque de lésions musculosquelettiques en lien avec une chirurgie, une radiothérapie, une chimiothérapie ou un traitement hormonal (ostéoporose), etc. Ils peuvent avoir un risque CV augmenté en lien avec un traitement spécifique cardiotoxique. Ils peuvent justifier d'un accompagnement médical plus important et d'une supervision renforcée de leur AP. Une consultation médicale d'AP est préconisée. Un avis spécialisé peut se justifier.

La consultation médicale d'activité physique

La consultation médicale d'AP, lorsqu'elle est indiquée, vient compléter l'évaluation médicale minimale. Elle nécessite en moyenne 30 min et peut être réalisée par le médecin sur plusieurs consultations.

Elle s'inscrit, au mieux, dans le cadre d'un parcours de santé coordonné mobilisant différents professionnels de l'AP : masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en APA-S ou un éducateur sportif formé au sport-santé. Dans ce cas, l'évaluation de la condition physique est le plus souvent réalisée par le professionnel de l'AP. L'entretien motivationnel, réalisé par le médecin, est complété par les autres professionnels tout au long du parcours.

La consultation médicale d'AP du patient comprend :

- **Un interrogatoire**, en particulier sur : l'histoire médicale, les habitudes de vie, et les risques, les limitations et les contre-indications à l'AP.
- **Une évaluation de son niveau de RCV**, selon la classification européenne du risque cardio-vasculaire.
- **Un examen physique complet**, en particulier cardio-vasculaire, respiratoire, cutané et de l'appareil locomoteur.
- **Un entretien motivationnel** centré sur la ou les AP ou sportive(s) choisie(s) avec le patient, afin de :
 - évaluer son état de motivation pour l'AP choisie ;
 - repérer les freins, agir sur les leviers et l'accompagner vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire ;
 - définir avec lui des objectifs réalistes et réalisables ;
 - encourager la pratique d'AP sous toutes ses formes et une réduction du temps passé à des activités sédentaires.
- **Une évaluation des différentes composantes de la condition physique du patient** par des mesures anthropométriques et par des tests simples validés en environnement.
- **Une prescription d'examens complémentaires et/ou d'un avis spécialisé** (si indiquée).
- **Une prescription d'AP** qui comprend : un programme d'APA (niveau 2, si indiqué) ; ou un sport-santé ou des AP ordinaires en groupe ou en individuel, supervisées ou non (niveau 3 et 4) ; et des conseils individualisés d'AP de la vie quotidienne et de réduction de la sédentarité.
- **La rédaction d'un certificat d'absence de contre-indication à la pratique du sport**, pour le sport choisi avec le patient, si indiqué (tableau 26)
- **La programmation du suivi médical**, qui doit permettre au médecin d'adapter sa prescription d'AP, de renforcer la motivation de son patient et de l'accompagner progressivement vers un mode de vie physiquement actif et moins sédentaire en toute autonomie.

1. Interrogatoire

L'interrogatoire est le temps capital pendant lequel le médecin va :

- rechercher les pathologies en cours, les symptômes éventuels à l'effort, les antécédents personnels et familiaux, les traitements ;
- analyser les résultats des examens cliniques et complémentaires antérieurs ;
- préciser les habitudes de vie du patient, en particulier en AP et en activités sédentaires ;
- rechercher des contre-indications et/ou des limitations à l'AP.

1.1 Les éléments de l'interrogatoire

Ils couvrent différents domaines : habitudes de vie, antécédents familiaux et personnels et handicaps éventuels (tableau 12).

Tableau 12. Les éléments de l'interrogatoire

Habitudes de vie (recueillies aussi lors de l'entretien de motivation)

- 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.
- Activité professionnelle avec les exigences attendues en AP
- Consommation d'alcool, de tabac ou de caféine, vapotage, ou utilisation de drogues illicites Mode de vie de l'entourage (Qui fait une AP autour de vous ? Quel type d'AP ? Aimerez-vous réaliser cette AP avec cette personne ? AP plutôt en individuel ou en groupe, etc.)
- Pour les PSH, recherche des autres freins à la pratique : accessibilité des structures, transport pour s'y rendre, accompagnement humain, besoin d'un matériel spécifique, etc. (L'AP proposée est-elle accessible au handicap de la personne ?)
- Environnement construit en proximité : aménagements favorisant les AP ; centre, club ou association d'AP, etc.

Antécédents familiaux et/ou héréditaires

- Antécédents familiaux de mort subite et/ou de maladies CV héréditaires ou non
- Antécédents familiaux de maladies respiratoires, métaboliques ou d'AVC

Histoire de symptômes liés à l'AP évocateurs d'une pathologie cardiorespiratoire (tableau 7)

Pathologies, hospitalisations et traitements

- Maladies, hospitalisations ou interventions chirurgicales récentes
- Traitement en cours, dont diététique

Problèmes neurologiques et ostéo-musculo-articulaires

- Douleurs ; fatigue
- Blessures musculosquelettiques récentes
- Ostéoporose et autres ostéopathies fragilisantes
- Troubles musculosquelettiques ; malformations ; arthrose ; arthrite ; ostéite ; rachialgies ou lombalgies, etc.
- Troubles neurologiques (parésie – paralysie) et conséquences neuro-orthopédiques

États cutanés

- Mal perforant plantaire ; escarres ; plaies chroniques, etc.
- Zones à risque de lésion cutanée : troubles de la sensibilité cutanée (polynévrites des membres inférieurs, etc.), points d'appui ou de frottement chez les personnes installées en fauteuil ou marchant avec un appareillage orthopédique (orthèse ou prothèse)
- Sphère urodigestive : stomie ; incontinence urinaire d'effort, etc. pouvant justifier de conseils spécifiques à l'AP

Résultats des examens complémentaires antérieurs

- Examens récents, en particulier cardiopulmonaires et musculosquelettiques
- Examens biologiques récents (dans l'année) : glycémie, HbA1c, CRP, bilan lipidique, clairance de la créatinine et autres examens de laboratoire anormaux
- Pour les PSH : un bilan spécialisé qui doit être récent < 1 an

Pour les personnes en situation de handicap physique, psychique intellectuel et cognitif ou sensoriel, des informations complémentaires sont à préciser

- Les suivis médicaux, paramédicaux
- Le suivi par une assistante sociale ou par une structure médico-sociale spécialisée
- Des aides humaines éventuelles ou un accompagnant
- Les aides techniques et dispositifs médicaux en place et leur utilisation
- Les allocations en cours, une mutuelle (avec une prise en charge des dispositifs médicaux), des allocations type allocations adulte handicapé (AAH), des prestations de compensation
- La reconnaissance de la qualité de personne handicapée, de travail handicapé (RQTH), la mise à jour du dossier MDPH (maison départementale des personnes handicapées)

1.2 Les contre-indications et les limitations à l'AP

L'AP n'est jamais absolument, totalement et définitivement contre-indiquée pour la plupart des personnes atteintes d'une pathologie chronique. L'AP fait souvent partie de leur prise en charge.

Les contre-indications à l'AP sont le plus souvent relatives et/ou temporaires et relèvent **essentiellement de pathologies aiguës ou non stabilisées** (tableaux 13, 14).

Au-delà des contre-indications et limitations des tableaux 13, 14, le praticien devra toujours évaluer le rapport bénéfice/risque pour son patient pour l'AP choisie avec lui, et l'en informer.

Les contre-indications du tableau 13 concernent les AP d'intensité au moins modérée et en dehors d'une prise en charge en rééducation/réadaptation.

Tableau 13. Les contre-indications et limitations à l'AP

Contre-indications absolues pour les AP d'intensité au moins modérée

- Insuffisance cardiaque décompensée
- Troubles rythmiques ventriculaires complexes
- Hypertension artérielle sévère non contrôlée
- Hypertension artérielle pulmonaire (> 60 mmHg)
- Myocardite ou épanchement péricardique aigu
- Myocardiopathie obstructive sévère
- Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique

Contre-indications absolues et temporaires pour les AP d'intensité au moins modérée

- Toutes les pathologies aiguës
- Toutes les pathologies chroniques décompensées ou non stabilisées
- Dénutrition importante
- Fatigue extrême et/ou incapacité physique manifeste à la pratique d'AP
- Anémie marquée (hémoglobine < 8 g/L)

Contre-indications relatives pour les AP d'intensité élevée

- Insuffisance respiratoire chronique sous O₂ de longue durée
- Pathologies respiratoires chroniques sévères (risque de désaturer à l'effort)
- Diabète compliqué avec rétinopathie sévère ; un traitement récent au laser chirurgical de l'œil ; ou une dysautonomie sévère
- Porteurs de drépanocytose

Les contre-indications ou limitations musculosquelettiques et cutanées à l'AP (tableau 14) sont le plus souvent temporaires et/ou ne concernent qu'une zone corporelle et/ou nécessitent d'adapter le volume ou l'intensité de l'AP.

Tableau 14. Les contre-indications et limitations musculosquelettiques et cutanées à l'AP

Contre-indications absolues et temporaires pour les AP pour la zone concernée

- Les pathologies traumatiques non consolidées
- Les pathologies ostéo-articulaires en poussée congestive (arthroses, arthrites, etc.)

Contre-indications absolues et temporaires pour les AP d'intensité au moins modérée et pour la zone concernée

- Diabète avec mal perforant plantaire, pour les AP en charge sollicitant les deux membres inférieurs, même controlatéral à la lésion
- Escarre et plaie évolutive ou chronique selon la gravité et la localisation :
 - localisée sur zone d'appui, de contact ou à risque de frottement lors de l'AP
 - à risque de complication lié à l'activité (piscines, sable, terre, etc.)

NB. Les escarres sans risque d'appui, de frottement, et protégées par un pansement bien réalisé ne sont pas une contre-indication.

Les myopathies nécessitent un avis spécialisé et une prise en charge adaptée.

2. Évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire du patient

Le niveau de RCV du patient doit être évalué chez tous les patients qui consultent leur médecin pour des conseils et/ou une prescription d'AP d'intensité au moins modérée.

Il permet d'évaluer le risque de survenue d'un accident cardio-vasculaire grave à l'AP (infarctus du myocarde, arythmie sévère voire mort subite), qui va dépendre :

- avant tout de la présence d'une cardiopathie chez le patient qui peut être méconnue et dont le risque peut alors être estimé à partir de son niveau de RCV (tableau 15) ;
- du niveau habituel d'AP du patient (actif ou inactif) ;
- et de l'intensité en valeur absolue de l'AP envisagée (tableau 28 annexe 2).

2.1 La classification des patients selon leur niveau de risque cardio-vasculaire

Dans ce guide, l'évaluation RCV du patient, en trois niveaux avant prescription d'une AP (tableau 15) reprend les données de la classification européenne du RCV de 2016 et le SCORE2 de 2021 (avis d'experts), avec :

- un RCV élevé en présence d'une maladie cardio-vasculaire documentée, d'un diabète de type 1 ou 2 ou d'une insuffisance rénale chronique modérée à sévère (tableau 16) ;
- et en l'absence d'une de ces pathologies, un RCV évalué par le SCORE2 et SCORE2-op selon 3 niveaux [élevé (rouge), modéré (orange), faible (vert)] (annexe 5).

D'autres facteurs, qui influencent le niveau de RCV, sont aussi à considérer par le médecin prescripteur d'AP (tableau 18).

NB. La HAS travaille actuellement à un nouvel outil d'évaluation du risque cardio-vasculaire. Une mise à jour des modalités d'évaluation du risque de survenue d'un accident cardio-vasculaire grave à l'AP pourra être envisagée.

Tableau 15. Classification des patients en 3 niveaux de RCV avant prescription d'une AP

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Élevé et très élevé	Maladie CV documentée : maladies cardiaques, maladies vasculaires périphériques et maladies cérébro-vasculaires (tableau 16)
	Diabètes de type 1 ou 2 <i>(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)</i>
	Insuffisance rénale chronique modérée (DFG : 30-59 mL/min/1,73 m ²) à sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m ²)
	Un facteur majeur de risque CV nettement augmenté, en particulier : – une hypercholestérolémie totale > 3,1 g/L (8 mmol/L) – ou une hypertension artérielle ≥ 180/110 mmHg
	SCORE2 ou SCORE2-op élevé
Modéré	SCORE2 ou SCORE2-op modéré
Faible	SCORE2 ou SCORE2-op faible

Tableau 16. Les pathologies à RCV augmenté prises en compte par la classification européenne

Les maladies cardio-vasculaires, qu'elles soient documentées par la clinique ou par l'imagerie, sont : la maladie coronarienne, les maladies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, revascularisation artérielle, anévrisme aortique) et les maladies cérébro-vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, accident ischémique transitoire).

L'insuffisance rénale chronique est associée à une augmentation du RCV, indépendamment des autres facteurs de RCV souvent associés. Le risque de mortalité CV augmente graduellement avec la dégradation de la fonction rénale, à partir d'un débit de filtration glomérulaire (DFG) < 75 mL/min/1,73 m². Il est trois fois plus élevé pour un DFG à 15. Indépendamment du DFG, une albuminurie est associée à une augmentation de la mortalité CV (RR # 2.5) (10).

Chez les patients atteints de diabètes types 1 et 2, les effets vasculaires de l'hyperglycémie chronique augmentent le RCV avec le temps et en fonction de la qualité de l'équilibre glycémique. Chez le patient atteint de diabète de type 2, de nombreux autres facteurs de RCV ou des maladies CV sont souvent associés (10).

2.2. L'index SCORE2

L'index SCORE2 (*Systematic Coronary Risk Estimation 2*) (11) évalue le risque d'évènement CV fatal et non fatal à dix ans lié à une athérosclérose, chez les individus de 40 à 69 ans apparemment en bonne santé (prévention primaire). Le SCORE2-op évalue ce même risque chez les individus de 70 ans à 89 ans.

L'index SCORE2 et le SCORE2-op intègrent 5 facteurs de risque : le sexe, l'âge, le statut tabagique, la pression artérielle systolique (mmHg) et le non-HDL cholestérol plasmatique (mmol/L).

NB. Pour la pression artérielle et le non-HDL cholestérol, ce sont les chiffres observés lors de la consultation qui doivent être considérés pour le calcul du SCORE2 et non les chiffres initiaux avant traitements correctifs éventuels.

L'index SCORE2 ne s'applique pas :

- aux patients de moins de 40 ans ;
- aux patients de plus de 69 ans ;
- aux patients avec une hypertension non équilibrée sévère (PA ≥ 180/110 mmHg) ;
- aux patients atteints d'hypercholestérolémie familiale ;
- aux patients diabétiques, ou insuffisants rénaux chroniques modérés à sévères, ou atteints d'une maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire).

Le RCV calculé par SCORE2 et SCORE2-op varie selon les pays. Il existe différentes tables selon le niveau de risque de la population du pays. La France se situe dans le groupe des pays à bas RCV (annexe 5).

NB. Selon le SCORE2-op, l'essentiel des personnes âgées de 70 ans et plus sont à RCV élevé et, sauf exception, doivent être considérées comme telles avant prescription d'AP. Les personnes âgées de 70 ans et plus représentent une population très hétérogène, où l'on peut distinguer trois tranches d'âge (70-75 ans, 75-85 ans et > 85 ans) et trois états physiologiques (les sujets âgés robustes, fragiles ou en perte d'autonomie) permettant de définir neuf profils de « patients âgés ». Pour chacun de ces profils, le médecin prescripteur d'AP devra adapter l'étendue de son évaluation médicale et les modalités de sa prescription d'AP, en s'aidant de son jugement clinique et du référentiel d'aide à la prescription d'AP chez les personnes âgées.

NB. Pour les immigrés de 1^{re} génération, le médecin doit utiliser le tableau SCORE2 et SCORE2-op du pays de l'ethnie d'origine. Pour les générations suivantes, le risque se rapproche de celui du pays d'accueil (tableau 17 et annexe 6).

Tableau 17. SCORE2 et SCORE2-op selon les pays

Pays à faible risque : Belgique, Danemark, France, Israël, Luxembourg, Norvège, Espagne, Suisse, Pays-Bas et Royaume-Uni.

Pays à risque modéré : Autriche, Chypre, Finlande, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Malte, Portugal, Saint-Marin, Slovénie et Suède.

Pays à haut risque : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Estonie, Hongrie, Kazakhstan, Pologne, Slovaquie et Turquie.

Pays à très haut risque : Algérie, Arménie, Azerbaïdjan, Biélorussie, Bulgarie, Égypte, Géorgie, Kirghizistan, Lettonie, Liban, Libye, Lituanie, Monténégro, Maroc, République de Moldova, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, Syrie, TFYR (Macédoine), Tunisie, Ukraine et Ouzbékistan.

2.5 Les autres facteurs et pathologies à risque cardio-vasculaire

D'autres facteurs de risque ou pathologies (tableau 18) augmentent le niveau de RCV du patient et donc son risque de survenue d'évènements CV graves à l'AP (10) et doivent être pris en compte par le médecin, en particulier pour la prescription d'examen complémentaires, dont une EE.

Tableau 18. Autres facteurs et pathologies à RCV non pris en compte par la classification européenne

- **Les patients avec un antécédent de cancer ayant reçu un traitement spécifique cardio-toxique**, en particulier certaines chimiothérapies ou une radiothérapie thoracique, ont un RCV augmenté, même à distance de ces traitements. Ces traitements entraînent une détérioration circulatoire non liée à l'athérosclérose.
- **Les antécédents familiaux d'une maladie coronaire ou d'une mort subite chez un parent du 1^{er} degré avant 50 ans.**

D'autres facteurs peuvent aussi être pris en compte par le médecin.

- **L'obésité** (IMC ≥ 30 kg/m² et/ou périmètre abdominal > 102 cm pour un homme ou > 88 cm pour une femme) et le prédiabète sont des facteurs de RCV, qui doivent être considérés (cf. référentiel d'aide à la prescription d'AP du surpoids/obésité).
- **Les maladies auto-immunes.** Un haut degré d'inflammation est un accélérateur de lésions vasculaires. La polyarthrite rhumatoïde, ainsi que les autres maladies auto-immunes, en particulier si elles sont sévères et/ou très actives, sont des facteurs de RCV indépendants (10).
- **Apnée du sommeil.** Il y a un lien entre, d'une part, l'apnée du sommeil et, d'autre part, l'HTA, la maladie coronarienne, la fibrillation auriculaire, l'accident cérébro-vasculaire et l'arrêt cardiorespiratoire (10).
- **État de santé des femmes.** Les complications obstétricales sévères, en particulier la pré-éclampsie et l'HTA liée à la grossesse, sont associées à un plus haut risque de développer par la suite une HTA et un diabète. Le syndrome polykystique ovarien augmente le risque de développer un diabète (10) (cf. référentiel d'aide à la prescription d'AP grossesse et post-partum).

3. Examen physique

L'examen physique de repos comprend :

- la mesure de la fréquence cardiaque et l'appréciation du rythme cardiaque ;
- la mesure de la pression artérielle ;
- l'auscultation pulmonaire, cardiaque et vasculaire ;
- la palpation des pouls périphériques ;
- l'examen de l'abdomen ;

- la palpation et l'inspection des extrémités inférieures :
 - présence et symétrie des pouls artériels, absence d'œdème, de lésions, de plaies et de troubles de la sensibilité,
 - chez les patients diabétiques, un examen minutieux des pieds, à la recherche de plaies et de troubles de la sensibilité,
 - chez les PSH installées en fauteuil ou porteuses d'un appareillage orthopédique (orthèse ou prothèse), une palpation et une inspection cutanée de tous les points d'appui potentiels avec une estimation du temps de recoloration cutanée (TdRC < 6 secondes) ;

- l'examen du système ostéo-articulaire, en particulier des hanches et des genoux, et en fonction des sports envisagés :
 - chez les personnes avec atteinte ostéo-articulaire et/ou musculosquelettique, dont les PSH physique : une attention particulière pour les articulations à risque de sursollicitation, aux limitations d'amplitude articulaire active et passive,
 - la recherche de signes d'ostéopénie (antécédents de fracture, etc.) ;

- un examen neurologique et locomoteur :
 - une recherche de déficits sensoriels visuel et auditif ou de troubles cognitifs (si indiqué),
 - une analyse de la marche et de l'équilibre (si indiqué),
 - chez les PSH physique, un examen de la commande motrice, des sensibilités et une recherche de mouvements involontaires.

4. Condition physique

La condition physique est la capacité générale à s'adapter et à répondre favorablement à l'effort physique. Elle comprend : la capacité cardiorespiratoire (ou endurance aérobie), les aptitudes musculaires (force, endurance et puissance musculaires), la souplesse et les aptitudes neuromusculaires (équilibre, coordination, vitesse).

Elle est évaluée en cabinet médical à partir :

- des données anthropométriques : les mesures de la taille, du poids et du périmètre abdominal et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ;
- des tests simples de condition physique en environnement (tableau 19).

3.1 Les données anthropométriques

L'**indice de masse corporelle** (IMC) est obtenu en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres au carré. Il s'exprime en kg par m². Il est prédictif du pourcentage de masse grasse corporelle et des risques associés pour la santé, mais il ne tient compte ni de l'âge, ni du genre, et fournit donc une donnée approximative du surpoids ou de l'obésité (cf. référentiel d'aide à la prescription d'AP surpoids et obésité) (12).

Le **périmètre (ou circonférence) abdominal** est mesuré en centimètres à l'aide d'un mètre ruban à mi-chemin entre la 12^e côte et la crête iliaque, les pieds légèrement séparés et en expiration normale. Il définit l'obésité centrale et permet d'estimer l'excès de graisse abdominale, qui est associée à des risques pour la santé (cf. référentiel d'aide à la prescription d'AP surpoids et obésité) (12).

3.2 Les tests de condition physique en environnement

Une évaluation des différentes composantes de la condition physique peut être effectuée par le médecin en cabinet à l'aide de **tests simples en environnement** cités au tableau 19 et dont les modalités de passation sont décrites dans le guide des connaissances sur l'AP, la sédentarité et leurs impacts sur la santé de la HAS (13).

Dans le cadre des parcours de santé organisés autour de la prescription médicale d'AP, la condition physique est le plus souvent évaluée par un professionnel de l'AP selon des modalités propres à ce parcours. Ce professionnel sélectionne alors les tests en environnement qu'il juge pertinents, en fonction du profil du patient et des AP envisagées avec lui.

Les tests en environnement permettent au médecin et au professionnel de l'AP de repérer les faiblesses de certaines composantes de la condition physique du patient et de proposer des exercices physiques ciblés.

Une évaluation plus précise de la condition physique peut nécessiter des **tests d'exercice en laboratoire**. Le plus fréquent est l'épreuve d'effort avec analyse des gaz expirés, qui est réalisée sur ergocycle ou sur tapis roulant dans des structures spécialisées et par des médecins formés (cardiologues, pneumologues, médecins de médecine physique et réadaptation ou médecins du sport).

Tableau 19. Les tests de condition physique en environnement les plus utilisés

- **La capacité cardiorespiratoire (ou endurance aérobie ou endurance) :**
 - le test de marche de 6 minutes (TM6) ; ou de 2 min (TM2) ;
 - le test de stepper de 6 minutes ;
 - les tests de levers de chaise.
- **Les aptitudes musculaires (force musculaire et endurance musculaire) :**
 - les tests de levers 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.
- **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.
- **L'équilibre :**
 - le test d'appui unipodal ;
 - le test Tandem.

NB. Ces tests sont détaillés dans le guide de connaissances sur l'activité physique et la sédentarité et leurs impacts sur la santé de la HAS.

5. L'entretien de motivation

L'entretien de motivation est un moment clé de la consultation médicale d'AP. Effectué par le médecin, il doit être renforcé à toutes les étapes du parcours et par l'ensemble des professionnels amenés à superviser les AP prescrites. Il se construit sur les éléments recueillis lors de l'interrogatoire et sur la connaissance que le médecin a de son patient et de son environnement.

Dans le cadre de l'entretien de motivation, le médecin doit :

- évaluer le niveau habituel d'AP et de sédentarité du patient ;
- évaluer son état de motivation pour les AP ou sportives choisies avec lui ou pour sa participation à un programme d'APA (si indiqué) ;
- repérer les freins, agir sur les leviers pour la pratique des AP prescrites et pour un changement de comportement plus actif et moins sédentaire dans sa vie quotidienne ;
- définir avec le patient des objectifs réalistes et réalisables d'AP et de réduction du temps passé à des activités sédentaires et l'accompagner dans la réalisation de ces objectifs ;
- encourager la pratique d'AP ou sportives sous toutes ses formes.

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

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

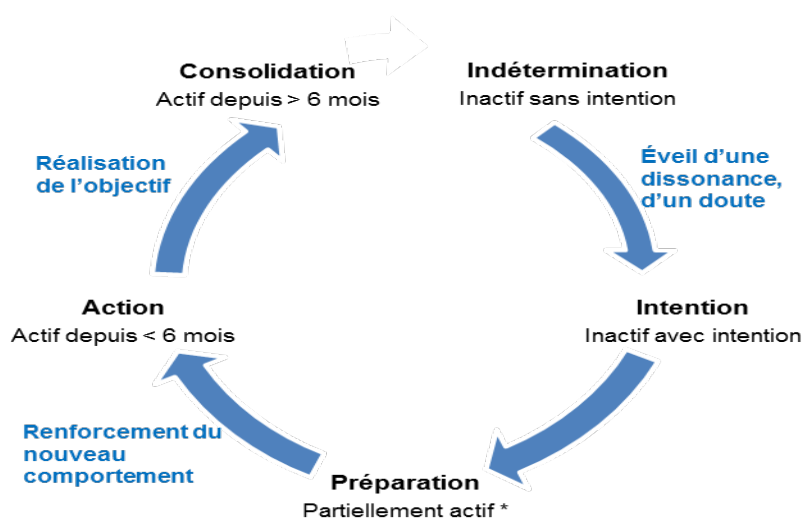
5.2 Évaluer l'état de motivation du patient pour les activités physiques

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 comportement (TTM) pour évaluer et suivre l'état de motivation de son patient pour un programme d'APA, une AP ou sportive choisie avec lui ou pour un mode de vie plus actif ou moins sédentaire et adapter son discours en conséquence.

Le TTM (tableau 20) 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 la confiance en soi (son auto-efficacité).

Le patient 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 progrès**. **La rechute est possible et doit être prévenue.**

Tableau 20. Stades de motivation et attitudes correspondantes (modèle transthéorique de changement de comportement (TTM))



- 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.

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

5.3 Repérer les freins, agir sur les leviers et accompagner le patient vers un changement de comportement

Le médecin doit se rappeler qu'un changement de comportement ne se prescrit pas. Lors de la consultation médicale d'AP et à l'occasion des différentes consultations de suivi, il doit accompagner progressivement son patient vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire et l'aider à le maintenir dans le temps.

Pour cela, il peut s'appuyer sur le lien de confiance qui existe entre le patient et son médecin et s'aider des approches cognitives et comportementales. Il doit repérer les freins du patient à l'AP et agir sur les leviers à sa disposition en s'aidant des facteurs connus pour influencer la pratique de l'AP (tableau 21).

Les freins à l'AP sont nombreux. À titre d'exemple, le tableau 22 reprend les principales objections opposées à la pratique d'une AP par les personnes et propose des pistes de réponses au professionnel. Le médecin peut s'en inspirer, mais les conseils doivent toujours être personnalisés, adaptés au patient et à son environnement.

En pratique, chez l'adulte et la personne âgée, le médecin doit formuler son message sur l'AP de manière positive, en insistant sur les gains pour la santé, le maintien de l'autonomie, 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 (podomètre ou autres trackers pour les programmes de marche) et qu'elles ont été choisies avec le patient.

Les événements traumatisants psychologiques ou physiques de la vie, comme une dépression ou une blessure, sont des éléments défavorables au maintien de l'AP. Ils doivent être prévenus et/ou traités.

Tableau 21. Les leviers à l'AP chez les adultes et les personnes âgées (HAS, 2018 (6))

Les facteurs de motivation sont : – chez les adultes et les personnes âgées : 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 ; – chez les personnes âgées, on retrouve en plus : la prévention des complications associées à l'avancée en âge (les chutes, un déclin cognitif et/ou fonctionnel dans les AP 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 support social et des encouragements apportés par la famille, les amis et les professionnels ; – 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 (confiance en sa propre capacité à effectuer une AP) qui lui-même peut être renforcé par : le choix d'alternatives qui répondent aux préférences du patient (par exemple, AP en groupe ou en individuel, à domicile ou en salle ou avec 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 d'initiation et de maintien de l'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.
--

Tableau 22. Stades de motivation et attitudes correspondantes

Le manque de temps	
	Mettre l'accent sur : les déplacements actifs qui sont facilement mobilisables (marcher, monter et descendre les escaliers, déplacement en vélo, déplacement en fauteuil roulant manuel (+/- 3^e roue manuelle) pour les PSH le modèle comportemental « gagnant-gagnant » des AP de la vie quotidienne (tableau 23) le fractionnement des périodes d'AP tout en gardant ses effets bénéfiques sur la santé les effets de l'AP sur la santé et la condition physique même pour des intensités et/ou des volumes réduits
Le manque d'intérêt ou de motivation	
	Mettre l'accent sur : la diversité des AP, leur caractère ludique le lien social, la possibilité de rencontrer de nouvelles personnes et de profiter de nouveaux environnements (nature, infrastructures) les bénéfices pour la santé, la condition physique et le maintien de l'autonomie
L'autodépréciation et les idées fausses sur l'AP, le fatalisme et la résignation, en particulier chez les plus âgés et les résidents en EHPAD	
Trop vieux	Mettre l'accent sur : les bienfaits de l'AP et ses effets sur la qualité de vie et l'indépendance fonctionnelle, « donner de la vie aux années » l'amélioration des capacités d'adaptation à l'effort quel que soit l'âge l'aide potentielle à la socialisation (plaisir de partager avec d'autres personnes, de passer un moment agréable)

la qualification des professionnels qui pourront adapter individuellement la pratique de l'AP
lever l'ambiguïté entre le sport et l'AP qui est sans objectif de performance

La peur de se blesser, des douleurs, la perception d'un état de fatigue

Crainte des blessures/des douleurs	Mettre l'accent sur : - les périodes d'échauffement et de récupération à respecter - l'adaptation et la progressivité en intensité et en volume du programme d'AP - les exercices d'assouplissement et d'échauffement musculaires - le maintien d'une bonne position pendant l'AP en faisant attention au dos et aux genoux - l'apport des professionnels de l'APA qui valident les bonnes pratiques indolores - apprendre à écouter les signaux de son corps sans dépasser ses limites
Effort trop important	Mettre l'accent sur : - le rôle de l'AP sur la réduction de la sensation de fatigue et d'essoufflement - le rôle de l'AP sur l'amélioration de la qualité du sommeil - le rôle de l'inactivité physique sur le déconditionnement (spirale du déconditionnement : moins je bouge -> moins je suis capable de bouger -> moins j'ai envie de bouger) - la progressivité de la pratique : un effort faible/modéré est bénéfique s'il est fait régulièrement

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 médico-sociaux

Déplacements difficiles	Mettre l'accent sur : - la possibilité de pratique proche de chez soi - la pratique d'AP en groupe avec son entourage (déplacement en groupe) - les AP à domicile, au besoin avec l'aide des nouvelles technologies - l'effet de l'AP sur l'amélioration des déplacements à moyen terme
Météo défavorable	Mettre l'accent sur : - les bénéfices des AP de la vie quotidienne (ménage, bricolage, etc.) - les AP à domicile - les AP en centre sportif

Les influences sociales peu motivantes pour les AP ; isolement et faible réseau social

	Mettre l'accent sur : - sollicitez votre entourage, vos proches, vos connaissances et demandez-leur s'ils pratiquent une AP - pratiquez une AP avec eux en salle de sport, à proximité de chez vous ou de votre travail. Certains professionnels interviennent également à domicile - n'oubliez pas qu'il existe des portes ouvertes organisées par la ville (associations, clubs de sport, etc.) et des périodes d'essai
--	--

Les coûts financiers trop élevés de l'AP

	Mettre l'accent sur : - certaines AP comme la marche sont gratuites - faire de l'exercice chez soi ne coûte rien (exemple : exercices avec le poids du corps) - l'APA peut être subventionnée par les villes, les complémentaires santé ou les maisons sport-santé, etc.
--	---

Pour les PSH, des surcoûts financiers et humains à l'AP non pris en charge et des manques d'offres locales avec une accessibilité, des équipements adaptés et un personnel formé. Des manques de transports adaptés, d'accueil et d'accompagnement humains et/ou de disponibilité et de financement d'équipements ou de dispositifs médicaux spécifiques nécessaires à la pratique d'une AP

Mettre l'accent sur :

les AP de la vie quotidienne, et favoriser les déplacements actifs avec un matériel adapté (par exemple : installer une 3^e roue type *handbike* sur un fauteuil roulant manuel, privilégier un fauteuil roulant dynamique avec aide à la propulsion plutôt qu'un fauteuil roulant électrique, adapter les appareillages de marche avec l'aide d'un spécialiste)

choisir les AP avec la personne et l'orienter vers des prestataires, des infrastructures ou des équipements adaptés

informer sur l'existence d'aides financières, en particulier pour l'achat de matériel (MDPH, mutuelle, associations...) et guider la personne dans ses démarches

5.4 Définir avec le patient des objectifs d'AP et de réduction de la sédentarité

Le médecin doit définir avec le patient des objectifs d'AP régulières réalistes et réalisables sur le long terme, pour cela il doit :

- rechercher les AP actuelles et antérieures du patient et les motifs éventuels d'arrêt ;
- faire préciser au patient ses objectifs et ses préférences en AP et/ou sportives, ainsi que le temps et les moyens financiers qu'il peut y consacrer ;
- choisir avec le patient un programme d'APA (niveau 2, si indiqué) ou une AP ou sportive ordinaire supervisée ou en autonomie ou un sport-santé (niveau 3 et 4), en s'aidant des référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie et état de santé de la HAS, de la classification des AP de loisirs et sportives (tableau 31 annexe 7), du [catalogue d'activité du site Manger-Bouger du PNNS](#), du [Médicosport-santé](#), ou pour les PSH du [Handiguide](#) et la plateforme digitale [Trouve ton parasport](#) ;
- adresser son patient vers une organisation pouvant l'orienter vers des AP dans un but de santé : maison sport-santé, DAPAP, ville sport-santé (cf. chapitre dispensation d'AP page 54). Les PSH peuvent aussi se renseigner auprès de réseaux d'accompagnement (MDPH, CCAS, associations de patients, référents handicap des fédérations sportives).

Le médecin doit aider son patient à réduire les effets délétères de la sédentarité. Pour cela, le patient doit :

- réduire son temps consacré à des comportements sédentaires (moins de 7 heures par jour) ;
- éviter les périodes assises prolongées en se levant chaque heure pour bouger 1 à 3 minutes (le fractionnement de la période de sédentarité réduit ses effets délétères) ;
- remplacer les activités sédentaires par des AP d'intensité légère ou, au mieux, par des AP d'intensité au moins modérée.

5.5 Encourager la pratique d'activité physique sous toutes ses formes

Le médecin doit accompagner son patient vers un mode de vie actif et moins sédentaire, en sécurité, et dans la mesure du possible en toute autonomie, tout au long de sa vie. En effet, les bénéfices d'une AP régulière se maintiennent tant que l'AP se poursuit et disparaissent progressivement en 2 mois en cas d'arrêt total de l'AP.

Le médecin doit donc promouvoir l'AP sous toutes ses formes (tableau 23), afin de permettre au patient d'atteindre ou de dépasser les niveaux d'AP recommandés pour la santé de l'OMS (tableau 30 annexe 3) et de les maintenir sur le long terme.

Chez les personnes qui pratiquent régulièrement des AP, les recommandations du médecin ne doivent pas promouvoir un objectif qui encouragerait une réduction de son niveau d'AP habituel, sauf risque particulier. À l'inverse, les recommandations d'AP pour la santé de l'OMS peuvent ne pas être applicables compte tenu des caractéristiques du patient (âge, état de santé, condition physique, handicap) ou de l'environnement humain ou construit, ou être inadaptées aux objectifs ou aux désirs actuels du patient. D'une manière générale, il convient d'expliquer au patient que toute augmentation de l'AP, si elle est régulière, même inférieure aux recommandations de l'OMS, même de faible intensité, reste bénéfique pour la santé (14).

Tableau 23. Les différentes formes d'activité physique

Les activités physiques de la vie quotidienne

Les AP de la vie quotidienne se subdivisent en trois domaines : les déplacements actifs (marche, montée et descente des escaliers, vélo), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage, etc.) et les activités professionnelles ou scolaires. 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'AP qu'elles associent au terme de sport.

Elles sont en général d'une intensité modérée. Elles ont une bonne adhésion sur le long terme.

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, vélo, escaliers) sont les plus facilement mobilisables et sont à privilégier. La marche rapide et le cyclisme de loisirs sont des AP d'intensité le plus souvent modérée.

Les podomètres, smartphones et autres trackers d'AP sont des technologies de plus en plus employées par les individus pour mesurer leur nombre de pas au quotidien. Ces outils permettent d'apprécier le nombre de pas par jour et sont efficaces pour améliorer l'adhésion à un programme de marche et plus largement pour augmenter le nombre de pas par jour.

Si le chiffre habituellement cité est de 10 000 pas par jour (ce qui équivaut à 1 h 30 à 2 h de marche), l'objectif est plutôt de 7 000 pas par jour (15), avec des effets déjà bien démontrés sur la mortalité.

Dans un souci d'efficacité, cet objectif ne doit pas être établi, ni imposé comme un dogme, il vaut mieux proposer au patient d'augmenter son nombre de pas progressivement (+ 1 000 à 3 000 pas hebdomadaires), et souligner que chaque pas en plus est bénéfique pour sa santé.

Les activités sportives de loisirs

Les activités sportives de loisirs peuvent être pratiquées en clubs, en individuel ou en groupes non affiliés à une association. 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 (tableau 31 annexe 7), qui permet au médecin d'orienter le choix du patient en fonction de ses objectifs de santé et de sa condition physique.

Le patient peut relever d'un programme de sport-santé. Pour le prescrire, le médecin peut utiliser le [Médicosport-santé](#) (16), qui est un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives rédigé par le comité médical du CNOSF et porté par le Vidal.

Les exercices physiques

Des exercices physiques peuvent être proposés au patient en fonction de faiblesses constatées aux tests de condition physique. Ces exercices peuvent être, selon les cas, effectués en autonomie, ou supervisés par des professionnels de l'APA ou des éducateurs sportifs formés.

L'activité physique adaptée (APA)

L'APA est utilisée en tant que thérapeutique non médicamenteuse dans de nombreuses pathologies chroniques, seule ou en complément d'une autre thérapeutique médicamenteuse ou non médicamenteuse. Elle se compose d'exercices physiques, en groupe ou en individuel, en face à face ou à distance, élaborés et supervisés par des professionnels de l'APA. Le programme d'APA est réalisé en plus des AP et sportives régulières habituelles du patient.

La prescription d'examens complémentaires

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

Les indications de ces examens complémentaires sont limitées et doivent rester ciblées. Les indications définies dans ce document relèvent essentiellement d'un accord d'experts. Si certaines semblent acquises, d'autres sont très dépendantes du contexte clinique et vont reposer sur le jugement clinique du médecin prescripteur et/ou du spécialiste sollicité.

Certaines indications sont en lien avec un risque d'évènement CV grave lié à l'AP (tableau 24), d'autres dépendent essentiellement des recommandations de bonnes pratiques relatives à la pathologie ciblée, aux comorbidités ou au handicap du patient.

Tableau 24. Des données sur la détection du risque d'évènement cardio-vasculaire grave lié à l'AP

Le risque d'évènement cardio-vasculaire grave à la pratique d'une AP (infarctus du myocarde et mort subite) va dépendre avant tout de la présence d'une cardiopathie méconnue.

Chez les jeunes adultes (moins de 35 ans), le risque de mort subite lié à l'AP est faible vu la faible prévalence des maladies CV dans cette population. Les causes de décès CV sont dues principalement à des anomalies congénitales ou héréditaires du système CV, dont les cardiomyopathies, les maladies arythmogènes génétiques et les anomalies de naissance et du trajet des artères coronaires (17). L'interrogatoire est alors capital pour la recherche d'antécédents personnels et familiaux, qui pourraient orienter le médecin traitant vers une de ces pathologies et lui faire requérir un avis spécialisé. Dans ce cadre, l'ECG de repos peut être contributif pour détecter une pathologie asymptomatique potentiellement arythmogène.

Chez les adultes d'âge moyen et âgés (35 ans et plus), le risque de mort subite liée à l'AP est plus élevé car la prévalence des maladies CV est plus importante dans cette population (18). Les hommes sont les plus concernés et la maladie coronaire asymptomatique en est la cause quasiment exclusive (85 % des cas). Une rupture de plaque coronaire d'athérome peu sténosante (30-40 % de la lumière vasculaire) mais instable est alors en cause. L'interrogatoire avec la recherche de signes de maladies CV et de facteurs de risque d'athérosclérose coronaire est capital. L'ECG de repos est très peu contributif chez ces patients lorsqu'ils sont asymptomatiques (tableau 1).

L'épreuve d'effort (EE) peut détecter les sténoses coronaires asymptomatiques d'au moins 60 à 70 %, mais a très peu d'efficacité pour détecter ces plaques peu sténosantes mais instables avec risque de rupture. L'EE est donc faiblement prédictive de la survenue d'un évènement cardio-vasculaire grave lors d'une AP intense chez les sujets asymptomatiques.

1. Épreuve d'effort et avis cardiologique

L'EE maximale avec enregistrement continu de l'ECG et $\pm$ analyse des gaz expirés cherche à dépister une maladie coronarienne silencieuse et éventuellement la survenue d'un trouble du rythme cardiaque à l'effort chez les patients asymptomatiques les plus à risque.

Elle permet aussi de préciser les réponses et la tolérance à l'AP du patient, sa capacité cardiorespiratoire maximale et son seuil ventilatoire (le niveau d'exercice pour lequel l'essoufflement devient marqué, c'est-à-dire au-delà duquel l'intensité de l'exercice devient élevée), qui peuvent être utiles pour définir plus précisément les intensités maximales d'AP que le patient va pouvoir supporter.

Chez certains patients, en particulier très âgés ou avec une obésité sévère ou avec une maladie respiratoire sévère, une EE maximale peut ne pas être réalisable. Mais ces patients sont rarement en capacité ou en demande de réaliser une AP d'intensité élevée.

Chez certains patients, les risques d'une EE sont supérieurs à ses bénéfices potentiels. Le médecin spécialiste doit rechercher les contre-indications à une EE et évaluer le rapport bénéfice/risque de sa réalisation.

Les indications d'une EE avant une AP :

- une EE est toujours indiquée dans le cadre d'une consultation médicale diagnostique chez un patient symptomatique ;
- une EE est indiquée pour la pratique d'une AP d'intensité élevée en cas d'antécédent familial de pathologie cardio-vasculaire héréditaire ou de mort subite avant 50 ans d'un membre de la fratrie du premier degré ;
- l'EE est faiblement prédictive de la survenue d'un événement cardio-vasculaire grave lors de l'AP chez les patients asymptomatiques (tableaux 24). Ses indications sont donc limitées à la pratique d'AP d'intensité élevée en valeur absolue (> 6 METs) et varient avec le niveau de RCV du patient et son niveau habituel d'AP (actif ou inactif) (tableau 25).

Tableau 25. Recommandations de l'épreuve d'effort (EE) chez un patient asymptomatique selon l'intensité de l'AP (accord d'experts)

Avant de commencer ou poursuivre une AP d'intensité légère :			
• une EE n'est pas recommandée, quel que soit le niveau de RCV du patient.			
Avant de commencer ou poursuivre une AP d'intensité modérée :			
• une EE n'est pas recommandée, chez les patients avec un niveau de RCV faible ;			
• une EE n'est pas préconisée, chez les patients avec un niveau de RCV modéré, élevé ou très élevé.			
Avant de commencer ou poursuivre une AP d'intensité élevée en valeur absolue (> 6 METs) :			
	<i>RCV faible</i>	<i>RCV modéré</i>	<i>RCV élevé ou très élevé</i>
Patient inactif	EE non préconisée	EE peut être réalisée	EE recommandée
Patient actif	EE non recommandée	EE non préconisée	EE recommandée

2. ECG de repos et/ou avis cardiologique

Un ECG de repos et/ou un avis cardiologique, avant de débuter ou de reprendre une AP d'intensité élevée en valeur absolue (> 6 METs), est recommandé :

- chez les patients avec des antécédents personnels de maladie cardio-vasculaire (hors HTA équilibrée) ;
- chez les adultes de moins de 35 ans, en cas d'antécédents familiaux de pathologies cardio-vasculaires héréditaires ou congénitales ou de mort subite chez un parent du 1^{er} degré avant 50 ans

3. Examens biologiques

La prescription systématique d'examens biologiques n'est pas recommandée, au préalable d'une AP. Toutefois, la consultation médicale d'AP est l'occasion de vérifier le bon suivi et le contrôle des maladies chroniques et des facteurs de RCV du patient :

- dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques relatives à la maladie, un contrôle à jeun de la glycémie et du bilan lipidique (cholestérol total, LDL, HDL et triglycérides sériques) et de la créatininémie peut se justifier, s'ils datent de plus d'un an ;
- un bilan lipidique peut aussi être prescrit pour le calcul de l'index SCORE2, si son dosage date de plus d'un an.

4. Exploration fonctionnelle respiratoire et avis pneumologique

La consultation médicale d'AP est l'occasion de vérifier le bon suivi et le contrôle d'une maladie respiratoire chronique.

- Dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques, un avis pneumologique avec une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) peut se justifier, s'il date de plus d'un an.
- Chez les patients atteints d'une pathologie respiratoire chronique sévère, un test de marche de 6 minutes (TM6) avec enregistrement continu de la saturation en oxygène (oxymètre de pouls) est recommandé, s'il date de plus d'un an. Ce test peut détecter une désaturation à l'effort, absente au repos. Si le patient se déplace en fauteuil roulant manuel, on peut effectuer un test de propulsion manuel de 6 minutes avec enregistrement continu de la saturation en oxygène.

NB. Le test de marche de 6 min et l'EFR doivent être effectués à distance (3 semaines) d'un épisode d'exacerbation de la pathologie respiratoire chronique.

5. Avis spécialisés pour les personnes en situation de handicap

La consultation médicale d'AP est l'occasion de vérifier le bon suivi spécialisé du handicap et de la pathologie sous-jacente, au moins une fois par an.

Les handicaps physiques et intellectuels nécessitent une évaluation et un suivi régulier par un spécialiste de médecine physique et de réadaptation et, selon le degré de complexité, par une équipe pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire, avec au moins un kinésithérapeute ou un enseignant en APA-S. Selon la lésion et les pathologies associées au handicap, plusieurs dimensions doivent être évaluées, par exemple :

- en cas de lésion médullaire, malformation urologique ou anorectale : exploration fonctionnelle du bas appareil urinaire et suivi de la prise en charge (sondage) ;
- en cas d'atteinte neurologique centrale ou périphérique : recherche de limitations d'amplitude articulaire active et passive, évaluation de la parésie spastique, de la dystonie, de la plégie, etc.

Les handicaps visuels peuvent justifier d'un avis ophtalmologique pour éliminer les contre-indications à la pratique de certaines AP ou sportives et proposer des adaptations.

Les handicaps auditifs peuvent justifier d'un avis ORL pour éliminer d'éventuelles contre-indications à la pratique de certaines AP ou sportives et proposer des adaptations.

Chez les PSH, un bilan des capacités, des limitations et des adaptations nécessaires à la pratique de l'AP choisie avec la personne doit être réalisé. Le plan d'AP proposé doit prendre en compte :

- les capacités cognitives, psychiques et fonctionnelles du patient ;
- un programme de réadaptation qui doit être poursuivi en parallèle de la prescription d'AP ;
- un dispositif médical, une aide technique ou autre matériel et une adaptation environnementale, technique et/ou humaine nécessaires à la pratique de l'AP choisie.

La prescription médicale d'activité physique

1. Les principes de prescription de l'AP

Une politique de promotion de l'AP sur ordonnance utilise le lien privilégié du patient avec son médecin et l'ordonnance, prescription médicale écrite, qui est par elle-même un facteur fort de motivation et d'adhésion à l'AP pour le patient.

L'AP est prescrite par un médecin spécialiste de médecine générale ou d'une autre spécialité, de premier ou de second recours ([article L. 1172-1](#) et [article R. 4127-8](#) du CSP).

Pour déterminer le niveau adéquat de prescription d'AP (tableau 3), le médecin s'appuie sur les données de l'évaluation médicale minimale ou de la consultation médicale d'AP de son patient, selon les indications définies par ce guide.

Les effets bénéfiques sur la santé d'une AP régulière se maintiennent tant que l'AP se poursuit et disparaissent progressivement en 2 mois en cas d'arrêt total de l'AP (19). Ainsi, quel que soit le niveau initial de prescription de l'AP (tableau 3), un relais doit être opéré vers des AP du quotidien ou des activités sportives de loisirs, si possible en autonomie.

L'observance de la prescription d'AP est le premier enjeu. L'adhésion au programme d'AP ou d'APA est la condition de son efficacité à court terme. L'accompagnement de la personne vers un changement de mode de vie plus actif est la condition d'une efficacité à moyen et long terme.

L'AP est donc choisie avec le patient et se prescrit en accord avec lui. Le médecin prend en compte les objectifs du patient, ses préférences et ses ressources financières et en temps, ainsi que les ressources en AP de son environnement.

L'AP est prescrite chez un patient motivé et pour lequel un changement de comportement plus actif est envisageable. Dans le cas contraire, le médecin accompagne progressivement son patient vers un changement d'état de motivation pour l'AP lors des consultations de suivi (tableaux 8, 20, 21, 22).

Un changement de mode de vie ne se prescrit pas. Il revient donc au médecin, comme au professionnel de l'AP, de motiver et d'éduquer la personne tout au long de son parcours et de l'accompagner progressivement vers un changement de comportement physiquement plus actif et moins sédentaire, en sécurité, tout au long de sa vie et, dans la mesure du possible, en toute autonomie.

À ce titre, un contrat de santé peut être formalisé avec le patient (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), qui est aussi un facteur de motivation et d'adhésion à l'AP pour le patient.

Les effets bénéfiques intrinsèques d'une AP sur la santé d'une personne dépendent des caractéristiques FITT-VP de l'AP (tableau 27, 28, 29), et cela, quelles que soient les modalités de sa pratique, en autonomie ou avec une supervision par un professionnel de l'AP ou de l'APA. Les professionnels de l'AP ou de l'APA, selon le niveau d'intervention (tableau 3), ont pour rôles : [1] d'adapter l'AP aux caractéristiques et aux risques de la personne [2] d'en assurer la supervision, si la personne a des besoins spécifiques qui l'empêchent de la pratiquer dans des conditions ordinaires en autonomie et en sécurité, et [3] d'accompagner progressivement la personne vers une pratique d'AP en autonomie.

Ainsi, une AP est prescrite chez un patient physiquement inactif, ne répondant pas aux recommandations d'AP à des fins de santé de l'OMS. Cette prescription ne se justifie pas chez une personne physiquement active qui pratique déjà en autonomie des AP régulières conformes aux recommandations

de l'OMS. Le niveau de prescription (tableau 3) va dépendre avant tout des capacités physiques, psychiques, cognitives et comportementales de la personne et de ses risques à suivre un programme d'AP en autonomie et de façon sécuritaire.

Une ordonnance d'AP comprend, au mieux :

- **des conseils** de réduction et de fractionnement du temps passé à des comportements sédentaires ;
- **des conseils** d'augmentation des AP de la vie quotidienne, en particulier des déplacements actifs (tableau 23).

Selon le niveau d'intervention requis par le patient (tableau 3), en fonction des données de l'évaluation médicale minimale ou de la consultation médicale d'AP et en s'aidant du référentiel d'aide à la prescription d'AP pour la pathologie ciblée :

- niveau 2 : **un programme d'activité physique adaptée (APA)**, élaboré et supervisé par un professionnel de l'APA, en individuel ou en groupe ;
- niveau 3 : **une activité physique et/ou une activité sportive de loisirs** choisie avec le patient, supervisée par un éducateur sportif formé, en individuel ou en groupe.

Si indiqué, **un sport-santé** supervisé par un éducateur sportif formé, selon des modalités définies par les fédérations sportives et répertoriées dans le [Médicosport-santé](#) édité par le CNOSF et porté par le Vidal et, pour les PSH par la plateforme digitale « [Trouve ton parasport](#) » du CPSF ;

- niveau 4 : **une activité physique ou sportive de loisirs** choisie avec le patient, pratiquée en autonomie, sans supervision, en individuel ou en groupe, en s'aidant de la classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires (tableau 31 annexe 7), du [catalogue d'activité du site Manger-Bouger du PNNS](#) et, pour les PSH du [Handiguide et Médicosport-santé](#).

Selon le niveau d'intervention requis (tableau 3), le médecin précise le type de professionnel requis pour sa dispensation, en s'adaptant au mieux aux ressources locales et en tenant compte des préférences du patient.

Si indiqué, le médecin rédige un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport (tableau 26) pour le sport choisi avec le patient.

Le médecin oriente son patient selon les ressources en AP de son territoire (cf. Chapitre dispensation d'AP sur prescription médicale).

2. L'activité physique en prévention primaire

Il existe une relation dose-réponse positive entre, d'une part, le volume d'AP d'endurance aérobie (tableau 27) d'intensité au moins modérée (tableau 28) régulière et, d'autre part, l'état de santé et la condition physique de la personne. Il est toutefois important de souligner que, pour un individu donné, une AP régulière même limitée, en volume ou en intensité, est déjà bénéfique pour sa santé et vaut mieux qu'aucune AP.

Il ne semble pas qu'il y ait un volume minimal d'AP nécessaire pour avoir des bénéfices pour la santé. Mais on considère qu'un niveau d'AP correspondant à une dépense énergétique totale $\geq 500-1\,000$ MET-min par semaine est associé à un **taux inférieur de maladies cardio-vasculaires et de mortalité prématurée (prévention primaire)**. Il correspond approximativement à une dépense énergétique de 1 000 kcal par semaine ou à un volume de 150 minutes par semaine d'AP d'intensité modérée.

Si le volume d'AP est plus important, les bénéfices pour la santé sont supérieurs. Toutefois, chez les patients souffrant de comorbidités, au-delà de 300 min par semaine d'AP d'intensité modérée, les effets bénéfiques supplémentaires deviennent limités, tandis que les risques sanitaires augmentent (cf. guide des connaissances sur l'AP et la sédentarité de la HAS).

Ces volumes d'AP d'endurance d'intensité modérée ou leurs équivalents en intensité élevée et modérée définissent un objectif raisonnable, qui a été choisi par l'OMS comme recommandations mondiales d'AP chez l'adulte, en association avec 2 séances de renforcement musculaire par semaine (tableau 29).

En prévention primaire, les temps d'AP réguliers recommandés par l'OMS chez l'adulte sont de 150 à 300 minutes d'AP d'endurance aérobie d'intensité modérée ou de 75 à 150 minutes d'AP d'endurance d'intensité élevée ou l'équivalent d'intensité modérée et élevée, répartis en 3 à 5 fois sur la semaine, auxquels il faut ajouter 2 séances par semaine d'AP de renforcement musculaire, ainsi qu'une réduction du temps consacré à des activités sédentaires (tableau 30).

En prévention primaire, le volume d'AP d'endurance **se calcule à partir de l'ensemble des temps d'AP d'intensité au moins modérée que la personne pratique régulièrement** et comprend ses AP de la vie quotidienne, dont les déplacements actifs et ses activités physiques et sportives de loisirs (tableau 23).

Toutes les périodes d'AP d'intensité au moins modérée, quelle que soit leur durée (même inférieure à 10 minutes), doivent être prises en compte dans le calcul de ces 30 minutes d'AP quotidienne recommandées (8).

Si ces recommandations restent un objectif, il est important de passer comme message au patient que **toute augmentation d'AP, même de faible intensité et inférieure aux recommandations en termes de durée, si elle est régulière, a des effets bénéfiques sur sa santé.**

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.

Ainsi, en prévention primaire, une prescription d'AP de niveau 3 ou 4 peut se justifier chez une personne **inactive, motivée et pour laquelle un changement de comportement est envisageable**. Le médecin prodigue au patient des conseils pour augmenter ses AP de la vie quotidienne et/ou s'engager dans des AP ou sportives de loisirs et pour réduire et fractionner ses temps de sédentarité. Il inscrit ces conseils sur une ordonnance. La dispensation de ces AP n'est pas prise en charge par l'assurance maladie.

3. L'activité physique adaptée

L'activité physique adaptée (APA) (niveau 2, tableau 3) est une thérapeutique non médicamenteuse validée sur des données probantes dans de nombreuses maladies chroniques et états de santé.

Elle peut être prescrite en traitement de première intention pour : le diabète de type 2, l'HTA non compliquée et le surpoids et l'obésité, ou un épisode dépressif caractérisé d'intensité légère à modérée, ainsi que chez les personnes âgées fragiles ou à risque de chutes.

Elle peut être prescrite seule ou en association avec d'autres traitements médicamenteux ou non médicamenteux, par exemple : une alimentation équilibrée et au besoin un programme d'ETP dans l'obésité, le diabète de type 2 ou le diabète de type 1 ; un sevrage tabagique dans la BPCO. Elle peut être prescrite dans le cadre d'une prise en charge multifactorielle de prévention des chutes chez une personne âgée à risque élevé de chutes ou en perte d'autonomie et résidant en institution.

Elle peut être prescrite indépendamment, à la suite ou en complément d'un programme de rééducation/réadaptation selon la pathologie et sa sévérité.

NB. La rééducation/réadaptation n'est pas traitée dans ce guide, toutefois selon les pathologies et leur degré de sévérité, elle peut être prescrite : [1] soit au préalable d'un programme d'APA ou d'un autre niveau d'intervention par l'AP, par exemple en post-AVC, après un syndrome coronaire aigu, etc., [2] soit concomitamment, par exemple dans la maladie de Parkinson, chez certaines personnes en situation de handicap physique, etc. Ces situations sont précisées dans les référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie de la HAS et les modalités de relais sont au besoin évoquées.

3.1 Les modalités d'un programme d'APA

L'APA est prescrite sous forme de programmes dispensés par un professionnel de l'APA. Le professionnel de l'APA va adapter le programme à la (les) pathologie(s), aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient, ainsi qu'à son degré d'autonomie et à ses risques à la pratique de l'APA.

Un programme d'APA (niveau 2) se compose de **2 à 3 séances d'AP par semaine, sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable**. Chaque séance d'APA dure entre 45 min à 60 min et associe des AP endurance aérobie et de renforcement musculaire. Il doit y avoir au moins un jour de repos en interséance.

Selon la pathologie ou l'état de santé ciblé, **d'autres types d'exercices** peuvent être associés : des exercices d'équilibre (par exemple pour : les personnes âgées, la maladie de Parkinson, etc.), des exercices de coordination (par exemple pour : la maladie de Parkinson, etc.), des exercices d'assouplissement (par exemple pour : les arthroses périphériques, lombalgies chroniques, etc.) ou des exercices respiratoires (par exemple dans l'asthme ou la BPCO, etc.).

Chaque séance est précédée par une phase d'échauffement et se termine par une phase de récupération (cf. guide page 16).

NB. Les études validant l'APA en tant que thérapeutique non médicamenteuse ont été effectuées indépendamment du niveau d'AP habituel du patient, avant et pendant le programme d'APA (20). L'APA, lorsqu'elle est indiquée, doit donc **se surajouter aux AP ou sportives quotidiennes du patient**.

3.2 Les conditions de prescription, d'arrêt et de renouvellement d'un programme d'APA

[La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France](#) par son article 2 ouvre la prescription d'APA **à tous les médecins** et élargit celle-ci, en plus des personnes atteintes d'une affection de longue durée, aux personnes atteintes **d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et des personnes en perte d'autonomie**. Un décret doit en fixer la liste.

Son article 3 prévoit « un rapport sur la prise en charge par l'assurance maladie des séances d'APA prescrites en application de l'article L. 1172-1 du CSP ».

Pour des raisons d'efficience, la prescription d'APA, son arrêt et son renouvellement doivent respecter **des conditions garantes de son efficacité** à court terme, mais aussi moyen et long terme pour le patient.

Les 4 conditions d'une prescription médicale initiale d'APA sont (avis d'experts) :

- (1) Le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques.
- (2) Il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS (tableau 30).
- (3) Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire.
- (4) Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable (cf. guide chapitre motivation page 35).

NB. Un programme d'APA peut être associé à un programme de rééducation/réadaptation.

Les conditions d'arrêt d'un programme d'APA se réfèrent à la capacité de la personne à pratiquer des AP en autonomie et de façon sécuritaire ou à son refus de suivre cette thérapeutique ([art. L. 1111-4](#) du CSP). Elles sont (avis d'experts) :

- le programme d'APA arrive à son terme. Le patient pratique des AP régulières en autonomie (niveau 4) ou encadrées par un éducateur sportif (niveau 3) ;
- le programme d'APA est interrompu avant son terme à la demande du médecin qui considère que le patient ne relève plus des 4 conditions de prescription citées ci-dessus :
 - la maladie est déstabilisée ou le patient présente une contre-indication à l'AP. Le programme d'APA est alors suspendu, au besoin relayé par un programme de rééducation/réadaptation,
 - le patient a la capacité de suivre des AP ordinaires en autonomie et est en demande d'un relais avant la fin du programme d'APA ;
- le programme d'APA est interrompu ou abandonné avant son terme à la demande du 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. Il adresse au médecin un compte rendu des séances et de leurs impacts, et précise les motifs de l'arrêt.

Les conditions de renouvellement d'un programme d'APA sont (avis d'experts) :

- les 4 conditions de prescription initiale sus-décrites sont respectées ;
- la maladie, son évolution ou l'état de santé du patient ne lui permettent pas de passer à une pratique d'AP ordinaires (de niveau 3 ou 4, tableau 3) ;
- **et** la reprise ou la poursuite d'une APA permet une stabilisation ou une évolution favorable de la pathologie ou de l'état de santé du patient.

NB. Des pathologies ou états de santé évolués ou évolutifs relevant de l'APA, vu ses bénéfices prouvés, ne permettent pas d'envisager à terme un relais par des AP ordinaires, par exemple : personne âgée avec syndrome démentiel ou atteinte d'une maladie de Parkinson évoluée, handicaps psychiques, etc. Dans ces cas, c'est au médecin de juger des bénéfices/risques de cette prescription, et surtout de sa durée (renouvellement).

Ce renouvellement du programme d'APA est effectué par le médecin, au mieux, par celui qui a assuré la prescription initiale d'APA ou par le médecin traitant.

La prescription de renouvellement d'APA peut être effectuée par le masseur-kinésithérapeute, sauf avis contraire du médecin prescripteur ([article L. 4321-1 du CSP](#)). Un décret d'application sur les conditions de ce renouvellement doit être publié.

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 (déroulement du programme d'APA, effets sur la condition physique et l'état fonctionnel du patient, degré d'autonomie du patient à pratiquer des AP et objectif(s) d'un renouvellement éventuel). Il en remet une copie au patient ([art. D. 1172-5 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. Le médecin peut apprécier que son patient relève d'un autre niveau d'intervention par l'AP et, s'il l'estime nécessaire, peut adresser son patient vers un autre professionnel de l'AP, pour des activités physiques ordinaires, des activités sportives de loisirs ou du sport-santé (de niveau 3 ou 4) ([article R. 4127- 8](#) et [article L. 4321-1 du CSP](#)).

3.3 La prescription d'APA chez un patient atteint de pathologies multiples

La prescription d'un programme APA concerne souvent des patients polypathologiques, souvent âgés, et avec plusieurs facteurs de RCV. Pour la majorité de ces patients, l'**APA d'intensité légère à modérée reste bénéfique et sécuritaire**.

Chez ces patients polypathologiques, la prescription d'APA 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-VP, annexe 1) 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 de la prescription d'AP. Les modalités de l'AP doivent être régulièrement adaptées pour répondre au mieux à la tolérance du patient à l'AP pratiquée 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.

4. Les activités physiques de niveau 3 et 4

Le médecin peut prescrire dans un but de santé des activités physiques du quotidien, des activités sportives de loisirs ou du sport-santé (niveau 3 ou 4, tableau 3). Ces AP ne sont pas destinées à être prises en charge par l'assurance maladie.

Ces AP de niveau 3 ou 4 peuvent être prescrites en prévention primaire (cf. chapitre précédent). Elles peuvent être prescrites en prévention secondaire ou tertiaire, d'emblée ou à la suite d'un programme d'APA ou d'un programme de rééducation/réadaptation.

Les conditions de prescription de ces AP de niveau 3 ou 4 sont :

- le patient a une pathologie ou un état de santé qui peut bénéficier des effets de l'AP ;
- il ne relève pas d'un programme d'APA ;
- le patient n'est pas déjà physiquement actif. Il n'a pas un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations de l'OMS (tableau 30) ;
- l'AP choisie avec le patient respecte les contre-indications et limitations en lien avec sa (ou ses) pathologie(s) ou état(s) de santé (tableaux 13 et 14 ; référentiels d'aide à la prescription d'AP).

Pour le niveau 4 :

- 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 et de maintenir effectivement et sans risque son niveau d'AP par ses propres moyens ;
- l'état de santé et les besoins (sociaux, émotifs, médicaux) 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 sans supervision, à réaliser en autonomie, avec des AP quotidiennes en environnement (marche, pratique du vélo, jardinage, activités sportives de loisirs à la maison ou sur des aires résidentielles), ainsi que des recommandations de diminution du temps passé à des activités sédentaires.

Pour le niveau 3 :

- le patient ne répond pas à un des 3 critères du niveau 4.

Le médecin conseille et prescrit au patient des AP ou sportives de loisirs encadrées par des éducateurs sportifs formés, organisées par des associations ou des clubs sportifs, ainsi que des recommandations de diminution du temps passé à des activités sédentaires. Si indiqué, il prescrit une activité de sport-santé.

Il rédige, si indiqué, un **certificat de non-contre-indication à la pratique du sport** (CACI) choisi avec le patient. Afin de favoriser les pratiques sportives, [la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France](#) – article 23 a simplifié les conditions pour lesquelles un CACI à la pratique du sport peut être exigé pour la délivrance ou le renouvellement d'une licence par une fédération sportive ou pour la participation à une compétition sportive (tableau 26).

Il est à noter que le choix entre les niveaux 3 et 4 est en grande partie conditionné aux préférences du patient.

Tableau 26. Code du sport – le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport

Article L. 231-2 du Code du sport – modifié par la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 – art. 23

I.- Pour les personnes majeures, la délivrance ou le renouvellement d'une licence par une fédération sportive peuvent être subordonnés à la présentation d'un certificat médical permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée.

II.- Après avis simple d'un organe collégial compétent en médecine, les fédérations mentionnées à l'article L. 131-8 fixent dans leur règlement fédéral :

1° Les conditions dans lesquelles un certificat médical peut être exigé pour la délivrance ou le renouvellement de la licence ;

2° La nature, la périodicité et le contenu des examens médicaux liés à l'obtention de ce certificat, en fonction des types de participants et de pratique.

Article L. 231-2-1 – modifié par la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 art. 23

I.- L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est, sous réserve des II et III du présent article, subordonnée à la présentation d'une licence permettant la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive mentionnée à l'article L. 231-2 dans la discipline concernée.

II.- Pour les personnes majeures non licenciées, l'inscription peut être subordonnée à la présentation d'un certificat médical établissant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée.

III.- Après avis simple d'un organe collégial compétent en médecine, les fédérations mentionnées à l'article L. 131-8 fixent dans leur règlement fédéral :

1° Les conditions dans lesquelles un certificat médical peut être exigé ; 2° La nature, la périodicité et le contenu des examens médicaux liés à l'obtention de ce certificat, en fonction des types de participants et de pratique ; 3° La liste des licences délivrées par d'autres fédérations agréées ou délégataires permettant de participer aux compétitions sportives qu'elles organisent ou autorisent ou qui sont soumises à autorisation pour les personnes majeures.

IV.- Par dérogation aux II et III du présent article, lorsqu'une compétition sportive organisée ou autorisée par une fédération sportive agréée ou soumise à autorisation pour les personnes majeures a lieu, pour la partie en territoire français, sur le territoire d'un ou de plusieurs départements frontaliers, les participants sont soumis à la réglementation de leur lieu de résidence quant aux conditions d'inscription.

5. Le suivi médical de la prescription d'activité physique

C'est en général à l'occasion des différentes consultations de suivi de la pathologie de son patient que le médecin assure le suivi de sa prescription d'AP ou d'APA.

Lors des consultations de suivi, le médecin réserve un temps d'échange dédié au suivi de sa prescription d'AP et pour échanger sur les comptes rendus de l'intervenant en AP ([art. D. 1172-5 du CSP](#)).

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, une alimentation équilibrée et une bonne hygiène de sommeil.

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

- juger de la tolérance du patient à l'AP prescrite et de ses impacts sur la situation clinique du patient ;
- évaluer l'adhésion du patient à cette prescription d'AP et renforcer sa motivation en valorisant tous les progrès obtenus : augmentation du volume d'AP régulière, amélioration de la santé, de la condition physique, de l'autonomie et de la qualité de vie ;
- réévaluer les capacités du patient à réaliser des AP en sécurité et en autonomie ;
- adapter le niveau d'intervention à l'évolution de la situation clinique du patient, à ses capacités à suivre des AP en sécurité et en autonomie, à l'évolution de sa motivation, de ses préférences et de ses objectifs et aux réalités des ressources en AP de son territoire.

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, à d'éventuelles blessures ou autres événements indésirables relatés par le patient ou dans les comptes rendus des professionnels de l'AP ;
- au degré d'adhésion du patient à la prescription d'AP ;
- au niveau d'intervention : un programme d'APA (niveau 2) ou une gamme AP ou sportives ordinaires (niveau 3 et 4).

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

- à la pathologie chronique ciblée et à son évolution, en particulier à des phases de déstabilisation ou d'acutisation de la pathologie ou, au contraire, à une stabilisation ou une amélioration avec le programme d'AP ;
- aux caractéristiques de l'AP prescrite, en particulier à son intensité élevée ou non, à son volume et à sa progression plus ou moins rapide ;
- au profil du patient : âge, condition physique, autonomie fonctionnelle, psychique et cognitive, comorbidités, niveau de RCV, autres risques à l'AP et comportements à risque ;
- à la qualité de l'entourage (entourage sécuritaire ou non, isolement socio-familial) ;
- au degré de structuration locale des parcours de santé centrés sur la prescription médicale d'AP, en particulier : les intervenants dispensant l'AP et leurs formations, la fréquence régulière et la qualité des échanges entre ces intervenants et le médecin prescripteur, qui doivent être clairement définis ([art. D. 1172-5 du CSP](#)) ;
- à la nécessité d'un suivi des aides techniques et des dispositifs médicaux, etc.

La dispensation d'activité physique à des fins de santé

1. Les missions des intervenants en activité physique

Dans le cadre d'un parcours de santé structuré centré sur une prescription d'AP, les intervenants en AP ont plusieurs missions (21) :

- réaliser une évaluation de la condition physique et des capacités fonctionnelles du patient en lien avec le programme d'APA, l'AP ou sportive de loisirs, ou le sport-santé envisagé ;
- compléter l'évaluation de l'état de motivation de la personne à la pratique de l'AP prescrite et évaluer les ressources individuelles et les capacités de la personne à s'engager dans une pratique autonome ;
- construire ou co-construire un plan d'AP avec la personne et assurer son adaptation ;
- animer les séances d'AP en suscitant la participation et l'adhésion de la personne. Repérer toute altération de la tolérance lors des séances. Évaluer les progrès avec la pratique, en termes de condition physique, de capacités fonctionnelles et d'autonomie à l'AP ;
- accompagner la personne tout au long de la prise en charge. Entretenir sa motivation et renforcer son autonomie à la pratique des AP. Encourager l'adoption d'un comportement plus actif et moins sédentaire (éducation à la santé). Selon les pathologies, participer à un programme d'éducation thérapeutique ;
- établir un bilan simple et pertinent sur le déroulement de l'AP au médecin prescripteur. En accord avec la personne, transmettre périodiquement ce compte rendu au médecin et formuler des propositions quant à la poursuite de l'AP et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu ([art. D. 1172-5 du CSP](#)) ;
- s'assurer de la bonne adaptation des aides techniques et dispositifs médicaux.

Le masseur-kinésithérapeute, qui est aussi un professionnel de l'APA, peut renouveler et adapter le programme d'APA, conformément à l'[article L. 4321-1 du CSP](#) modifié par la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 – article 4 : « ... *Le masseur-kinésithérapeute peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret...* »

Le professionnel de l'APA, qui peut ne pas être un professionnel de santé, instaure une correspondance confiante avec le médecin prescripteur. Il lui adresse régulièrement, et toujours en fin de programme, un compte rendu de la prise en charge. En fonction de l'évolution de la situation clinique de son patient, de son autonomie à gérer ses AP et de ses préférences, le médecin fait évoluer le niveau de sa prescription (tableau 3) et, s'il l'estime nécessaire, adresse son patient vers un autre professionnel de l'AP.

2. Les différents intervenants en activité physique

Selon le niveau de prescription (tableau 3), les intervenants en AP doivent posséder des compétences variables (21), des connaissances très générales ou plus approfondies de la présentation clinique de la pathologie chronique ciblée, des interactions de l'AP avec la pathologie et/ou les traitements et risques spécifiques liés à l'AP.

En cas d'urgence, l'intervenant en AP doit disposer des connaissances nécessaires à la bonne exécution des gestes de secours destinés à préserver l'intégrité physique de la victime en attendant l'arrivée des secours organisés (21).

Concernant l'APA, [l'article L. 1172-1 du CSP](#) modifié par la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 – article 2, précise que : « *Les activités physiques adaptées sont dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret. Un décret fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées.* »

Aujourd'hui, la prescription d'AP mobilise différents types d'intervenants de l'AP selon les niveaux d'intervention (tableau 3).

- Le niveau 2, le programme d'APA, requiert un professionnel de l'APA, qui peut être soit un professionnel de santé : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien, soit un enseignant en APA-S qui est titulaire au minimum d'une licence mention STAPS « activité physique adaptée et santé ».
- Le niveau 3 requiert des professionnels et personnes qualifiées ayant les compétences requises pour assurer l'évaluation de la situation du patient, la construction ou la co-construction du programme d'activité physique ou sportive et, si nécessaire, son individualisation pour garantir la sécurité des patients dans la pratique de l'activité. Ce sont : des éducateurs sportifs, des professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification professionnelle (CQP), attestant de l'acquisition des compétences requises et figurant sur une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des Sports, de l'Enseignement supérieur et de la Santé, ainsi que des personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée, dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des Sports et de la Santé, sur proposition du CNOSF (21).

3. Les organisations et le parcours de santé centré sur la prescription d'activité physique

Les parcours de santé centrés sur la prescription médicale d'AP se sont structurés autour de diverses organisations d'initiatives locales, régionales ou nationales. Afin d'accompagner efficacement son patient, le médecin doit se renseigner sur les structures d'orientation ou de dispensation d'AP à des fins de santé existantes sur son territoire.

Depuis 2013, les **plans régionaux sport-santé bien-être** sont portés dans les régions par les délégations académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) et les agences régionales de santé (ARS). Dans ce cadre, des **DAPAP, dispositifs d'aide à la prescription d'AP adaptée**, sont financés par les ARS.

Des villes ou métropoles ont signé des contrats locaux de santé avec d'autres partenaires institutionnels et mis en place pour leurs administrés des parcours **ville sport-santé sur ordonnance**.

Des fédérations sportives ont développé des offres de **sport-santé**, répertoriées dans le [Médicosport-santé](#) du CNOSF et, pour les PSH des offres de **parasport-santé** qui sont renseignées sur la plateforme digitale [« Trouve ton parasport »](#) du CPSF.

Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 – Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé, plus de 70 expérimentations sur le thème de l'AP pour la santé ont été retenues sur les territoires, qui pour certaines pourraient donner lieu à terme à des financements pérennes.

Depuis 2019, des **maisons sport-santé** sont labellisées par les ministères des Sports et de la Santé. L'objectif affiché est la création de 500 maisons sport-santé réparties sur le territoire national.

[L'art. L. 1173-1 du CSP – modifié de la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 – art. 5](#) précise les missions des maisons sport-santé : *« Afin de faciliter et de promouvoir l'accès à l'activité physique et sportive à des fins de santé et à l'activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la maison sport-santé assure des activités :*

- d'accueil, d'information et d'orientation du public concernant la pratique de ces activités ;*
- de mise en réseau et de formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée. »*

[L'article L. 113-4 du Code du sport, créé par la loi du 2 mars 2022 – art. 14](#) prévoit que les communes et les établissements publics de coopération intercommunale peuvent établir **un plan sportif local** *« afin de formaliser et d'ordonner les orientations et actions visant à la promotion et au développement de la pratique des activités physiques et sportives sur leur territoire. Le plan tend à l'organisation d'un parcours sportif diversifié tout au long de la vie pour l'ensemble des publics, par la coopération et la mutualisation des ressources humaines et matérielles de la vie sportive locale. Le plan intègre une réflexion sur le développement de la pratique sportive féminine, du sport adapté et du handisport. Il favorise les initiatives environnementales et d'intégration sociale et professionnelle par le sport ».*

[L'article L. 311-1 du Code de l'action sociale et des familles – modifié par la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 – art. 1](#) inscrit dans les missions des **établissements et services médico-sociaux** des *« actions contribuant [...] à la pratique d'activités physiques et sportives et d'activités physiques adaptées, au sens de l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique, avec [...] une information des personnes accueillies ou prises en charge par les établissements et services médico-sociaux quant à l'offre d'activités physiques et sportives et d'activités physiques adaptées [...], assurées en leur sein, à proximité de ces établissements et services ou à proximité du lieu de résidence de ces personnes ».* [L'article L. 311-12](#) ajoute que *« chaque établissement social et médico-social désigne parmi ses personnels un référent pour l'activité physique et sportive ».*

Table des tableaux

Tableau 1. Terminologies utilisées pour ce document	8
Tableau 2. Liste des référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie ou état de santé publiés par la HAS	13
Tableau 3. Les quatre niveaux d'intervention par l'AP (classification d'après le programme Suède en mouvement).....	15
Tableau 4. Règles générales de prudence à la pratique d'une AP.....	16
Tableau 5. Les « 10 réflexes en or pour préserver sa santé dans le sport »	17
Tableau 6. Le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous : Q-AAP+	18
Tableau 7. Signes et symptômes d'alerte suggérant une maladie cardio-vasculaire et/ou respiratoire.....	19
Tableau 8. Conseils aux patients selon leur état de motivation et leur niveau d'AP régulier.....	21
Tableau 9. Indications de la consultation médicale d'AP selon le risque d'évènement cardio-vasculaire grave lié à l'AP.....	22
Tableau 10. Indications de la consultation selon le risque de blessures musculosquelettiques et cutanées (liste non exhaustive).....	23
Tableau 11. Indications de la consultation selon certaines situations cliniques	24
Tableau 12. Les éléments de l'interrogatoire	26
Tableau 13. Les contre-indications et limitations à l'AP.....	27
Tableau 14. Les contre-indications et limitations musculosquelettiques et cutanées à l'AP	28
Tableau 15. Classification des patients en 3 niveaux de RCV avant prescription d'une AP	29
Tableau 16. Les pathologies à RCV augmenté prises en compte par la classification européenne ..	30
Tableau 17. SCORE2 et SCORE2-op selon les pays	31
Tableau 18. Autres facteurs et pathologies à RCV non pris en compte par la classification européenne	31
Tableau 19. Les tests de condition physique en environnement les plus utilisés	34
Tableau 20. Stades de motivation et attitudes correspondantes (modèle transthéorique de changement de comportement (TTM)).....	36
Tableau 21. Les leviers à l'AP chez les adultes et les personnes âgées (HAS, 2018 (6))	37
Tableau 22. Stades de motivation et attitudes correspondantes	37
Tableau 23. Les différentes formes d'activité physique	40
Tableau 24. Des données sur la détection du risque d'évènement cardio-vasculaire grave lié à l'AP	41
Tableau 25. Recommandations de l'épreuve d'effort (EE) chez un patient asymptomatique selon l'intensité de l'AP (accord d'experts)	42
Tableau 26. Code du sport – le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport	51
Tableau 27. Caractéristiques FITT-VP de l'AP.....	59

Tableau 28. Classification des intensités des exercices d'endurance (capacité cardio-vasculaire) ...	60
Tableau 29. Classification des intensités des exercices de renforcement musculaire (force musculaire)	61
Tableau 30. Recommandations mondiales sur l'AP et la sédentarité pour les adultes de 18 ans et plus (OMS, 2021 (22))	62
Tableau 31. Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires.....	70

Table des annexes

Annexe 1.	Les caractéristiques de l'activité physique – FITT-VP	59
Annexe 2.	Les classifications des activités physiques selon leur intensité	60
Annexe 3.	Les recommandations mondiales sur l'activité physique et la sédentarité	62
Annexe 4.	Questionnaire de Marshall	64
Annexe 5.	SCORE2 et SCORE2-op pour les pays à faible risque – en France	65
Annexe 6.	SCORE2 et SCORE2-op dans les autres pays	66
Annexe 7.	Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires	69

Annexe 1. Les caractéristiques de l'activité physique – FITT-VP

Une activité physique peut être décrite par ses différentes caractéristiques (ou modalités) : la fréquence, l'intensité, le type, le temps (ou durée), le volume et la progression, dont l'acronyme est **FITT-VP** (tableau 27).

Tableau 27. Caractéristiques FITT-VP de l'AP

La fréquence rend compte de la répétition des périodes ou sessions d'AP dans un espace-temps (en général le nombre de sessions ou séances par semaine).

L'intensité correspond au coût énergétique de l'activité considérée par unité de temps. Elle peut être mesurée en valeur absolue (METs) ou en valeur relative par les réponses physiologiques qu'elle induit chez un individu donné (pourcentage de la fréquence cardiaque maximale, effort perçu ou sensations subjectives comme l'essoufflement sur une échelle de 0 à 10).

Le type de l'AP se réfère à ses effets physiologiques attendus en termes d'amélioration sur les différentes composantes de la condition physique : la capacité cardiorespiratoire (endurance), les aptitudes musculaires (force, endurance et puissance musculaire), la souplesse musculo-articulaire et les aptitudes neuromotrices (équilibre, allure, coordination).

Le temps ou durée exprime le temps pendant lequel l'AP est pratiquée. Elle correspond à la quantité de temps par session, en minutes ou heures, par jour ou par semaine. La durée de l'AP est le temps des séances d'AP multipliées par leur fréquence.

Le volume ou la quantité d'AP correspond à la durée multipliée par l'intensité. Le volume d'AP peut être utilisé pour estimer la dépense énergétique réelle d'un individu en MET-min/semaine ou kcal/semaine.

La progression consiste en une augmentation de l'une des composantes du FITT tolérée par l'individu. Le taux de progression va dépendre de l'état de santé, de la condition physique et des réponses à l'AP de l'individu, ainsi que de ses objectifs.

Annexe 2. Les classifications des activités physiques selon leur intensité

1. Les intensités de l'AP d'endurance

Les intensités des AP d'endurance peuvent être évaluées selon différentes modalités : en valeur absolue, en valeur relative, selon l'effort perçu ou la valence affective (tableau 28).

Tableau 28. Classification des intensités des exercices d'endurance (capacité cardio-vasculaire)

Classification des activités physiques selon leur intensité
Activité sédentaire : – une dépense énergétique $\leq 1,5$ MET ; – < 40 % FC max ; – < 20 % FCR et VO_2 max ; – pénibilité $< 2/10$; – pas d'essoufflement, pas de transpiration, battements cardiaques non perçus. Exemples : toutes les activités réalisées au repos en position allongée ou semi-allongée ou en position assise non active (déplacements en véhicule motorisé, regarder la télévision, lire, écrire, etc.).
AP d'intensité faible : – une dépense énergétique comprise entre 1,6 et 3 METs ; – 40 à 55 % FC max ; – 20 à 40 % FCR et VO_2 max ; – pénibilité : 3 à 4/10 ; – pas d'essoufflement, pas de transpiration. Exemples : une marche < 4 km/h, un déplacement lent en fauteuil manuel, promener son chien, s'habiller, faire des activités manuelles ou lecture (en position debout).
AP d'intensité modérée : – une dépense énergétique comprise entre 3 et < 6 METs ; – 55 à 70 % FC max ; – 40 à 60 % FCR ou VO_2 max ; – pénibilité : 5 à 6/10 ; – essoufflement et transpiration modérée, conversation possible. Cette AP peut être maintenue 30 à 60 min. Exemples : une marche 5 à 6,5 km/h, un déplacement en fauteuil manuel +/- avec 3 ^e roue manuelle, une montée lente des escaliers, une course à pied < 8 km/h, du vélo de loisirs à 15 km/h, du <i>handbike</i> loisir, la nage de loisirs, la danse, le jardinage, etc.
AP d'intensité élevée : – une dépense énergétique comprise entre 6 à < 9 METs ; – 70 à 90 % FC max ; – 60 à 85 % FCR ou VO_2 max ; – pénibilité : 7 à 8/10 ; – essoufflement important, transpiration abondante, conversation difficile.

Classification des activités physiques selon leur intensité

Cette AP ne peut être maintenue plus de 30 min. Exemples : une marche rapide supérieure à 6,5 km/h, un déplacement rapide en fauteuil manuel, une montée rapide des escaliers, une course à pied à 8-9 km/h, du vélo à 20 km/h, etc.

AP d'intensité très élevée :

- une dépense énergétique ≥ 9 METs ;
- $> 90\%$ FC max ;
- $> 85\%$ FCR ou VO_2 max ;
- pénibilité : $> 8/10$;
- essoufflement très important, transpiration très abondante, conversation impossible.

Cette AP ne peut être maintenue plus de 10 min. Exemples : une course à pied de 9 à 28 km/h, vélo > 25 km/h, une course en fauteuil d'athlétisme, un déplacement rapide en fauteuil roulant manuel avec 3^e roue manuelle, course à pied avec orthèse, etc.

Les exemples sont donnés pour des activités physiques d'endurance aérobie, pour des adultes d'âge moyen avec une condition physique moyenne.

FC max : fréquence cardiaque maximale ; FCR : fréquence cardiaque de réserve = FC max-FC repos ; VO_2 max : consommation maximale d'oxygène.

2. Les intensités de l'AP de renforcement musculaire

Les intensités des AP de renforcement musculaire s'expriment en valeur relative, par rapport au 1-RM (répétition maximale) qui est la plus grande résistance que la personne peut mouvoir une seule fois à travers la plus grande amplitude de mouvement d'une manière contrôlée avec une bonne posture. Le 1-RM est un indicateur fiable de la force musculaire de la personne (tableau 29).

Tableau 29. Classification des intensités des exercices de renforcement musculaire (force musculaire)

Exercices contre résistance	Intensité relative en % de 1-RM
Très légère	< 30
Légère	$30 < 50$
Modérée	$50 < 70$
Élevée	$70 < 85$
Très élevée (sous-maximale à maximale)	≥ 85

Annexe 3. Les recommandations mondiales sur l'activité physique et la sédentarité

L'OMS a édité des recommandations sur l'AP et la sédentarité (22) pour les adultes et les personnes âgées, en bonne santé, en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique (tableau 30).

Tableau 30. Recommandations mondiales sur l'AP et la sédentarité pour les adultes de 18 ans et plus (OMS, 2021 (22))

Recommandations mondiales sur l'AP chez les adultes

Tous les adultes devraient pratiquer une AP régulière.

Les adultes devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 à 300 minutes d'AP aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'AP aérobie d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et soutenue pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Les adultes devraient pratiquer des AP 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 AP apportent sur le plan de la santé.

Les adultes et, en l'absence de contre-indication, les adultes atteints d'une maladie chronique peuvent augmenter l'AP aérobie d'intensité modérée à plus de 300 minutes ou pratiquer plus de 150 minutes d'AP aérobie d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé.

En complément, les personnes adultes âgées de 65 ans et plus, dans le cadre de leur AP hebdomadaire, devraient pratiquer des activités physiques variées et à plusieurs composantes qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, au moins trois fois par semaine, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.

Les adultes devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une AP de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) apporte des bénéfices pour la santé.

Pour contribuer à réduire les effets néfastes pour la santé d'un niveau de sédentarité élevé, les adultes devraient viser à dépasser les niveaux recommandés d'AP d'intensité modérée à soutenue.

Déclarations de bonnes pratiques

Les adultes et les personnes âgées en bonne santé

Pour tous les adultes en bonne santé

Une AP limitée vaut mieux qu'aucune AP.

Si les adultes n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité limitée d'AP sera néanmoins bénéfique pour leur santé.

Les adultes devraient commencer par de petites quantités d'AP et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée.

En complément, pour les personnes âgées de 65 ans et plus

Les personnes âgées devraient être aussi actives que le permet leur capacité fonctionnelle et adapter leur niveau d'effort en fonction de leur forme physique.

En complément, pour les adultes souffrant d'un handicap

La pratique d'une AP ne suppose pas de risque important pour les adultes souffrant d'un handicap, pour autant qu'elle soit adaptée à leur niveau d'activité, à leur état de santé et à leurs fonctions physiques actuels, et lorsque les bénéfices pour la santé l'emportent sur les risques.

Les adultes souffrant d'un handicap devront éventuellement consulter un professionnel de la santé ou un autre spécialiste de l'activité physique et des handicaps pour déterminer le type et la quantité d'AP qui leur conviennent.

Les adultes et les personnes âgées souffrant d'une maladie chronique

Lorsqu'ils ne sont pas en mesure de respecter les recommandations, les adultes souffrant de ces affections chroniques devraient s'efforcer de pratiquer une AP adaptée à leurs capacités.

Les adultes souffrant de ces affections chroniques peuvent consulter un spécialiste de l'AP ou un professionnel de santé pour définir les types et la quantité d'activité adaptés à leurs besoins, à leurs capacités, à leurs limitations/complications fonctionnelles, à leurs médicaments et à leur schéma thérapeutique global.

En l'absence de contre-indication, il n'est généralement pas nécessaire d'obtenir un certificat médical d'aptitude avant de commencer à pratiquer une activité physique d'intensité faible ou modérée n'excédant pas le niveau d'effort d'une marche rapide ou de la vie quotidienne.

Annexe 4. Questionnaire de Marshall

L'[auto-questionnaire de Marshall](#) *Al, Miller Yd, Burton Nw, Brown Wj.*, en deux questions, permet de repérer rapidement (en 30 secondes) les patients inactifs (23).

QUESTIONNAIRE DE MARSHALL

Date de passage du questionnaire :

Nom :

Prénom :

Consignes :

Remplissez le questionnaire. Pour chaque question, vous choisissez une seule réponse.

Vous répondez à toutes les questions.

- A.** Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ?

Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide

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 du tennis en double

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)

Lecture* des résultats :

Vous additionnez les scores obtenus à la question A et à la question B.

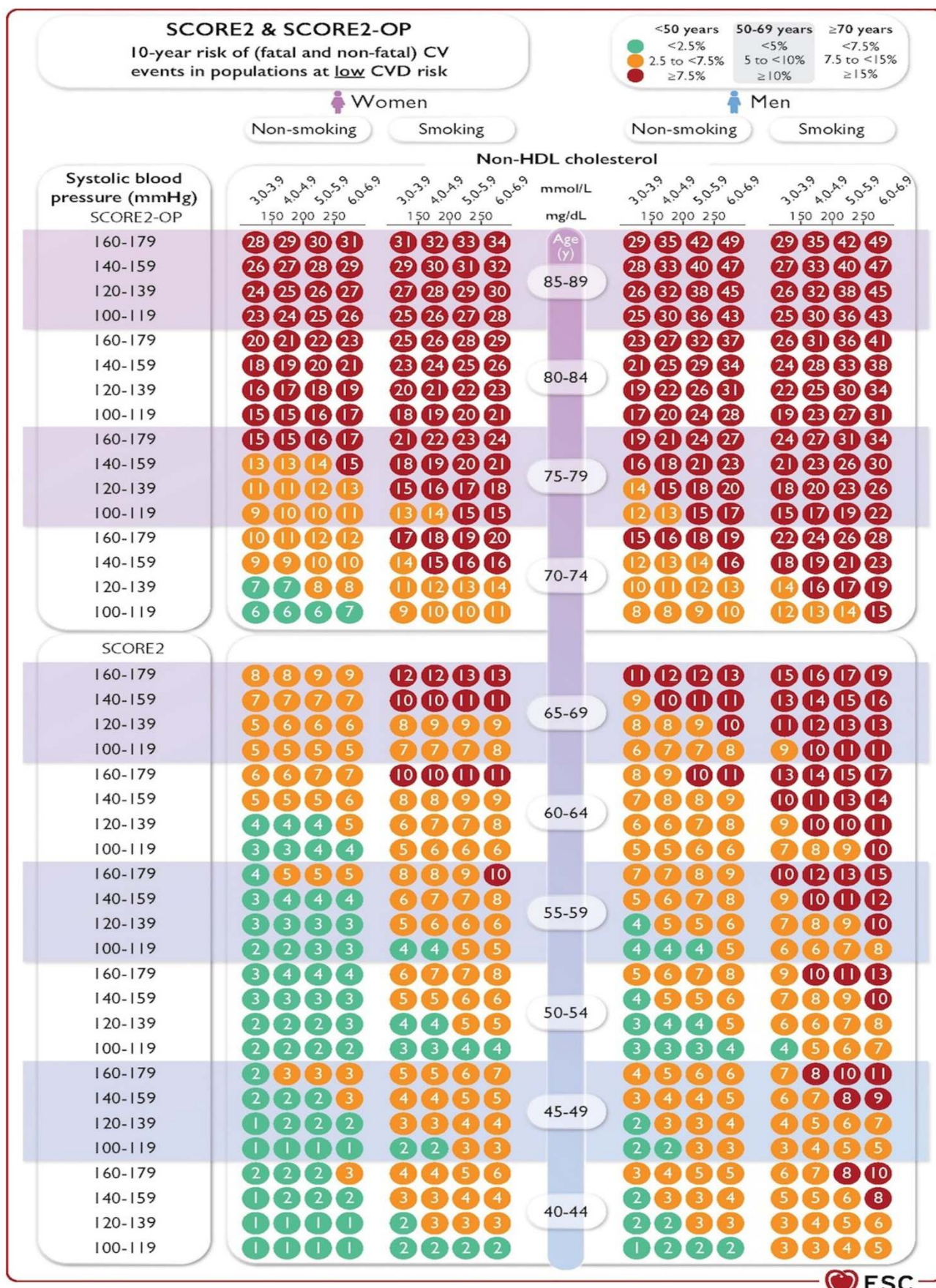
Reportez-vous au tableau de résultats ci-dessous

Résultats	Commentaires
Score → 4 = "suffisamment" actif	encourager le pratiquant à continuer
Score 0-3 = "insuffisamment" actif	encourager le pratiquant à en faire plus

* Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consultez la page 87 du livre "Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants" (FFEPGV) Édition Amphora 2014

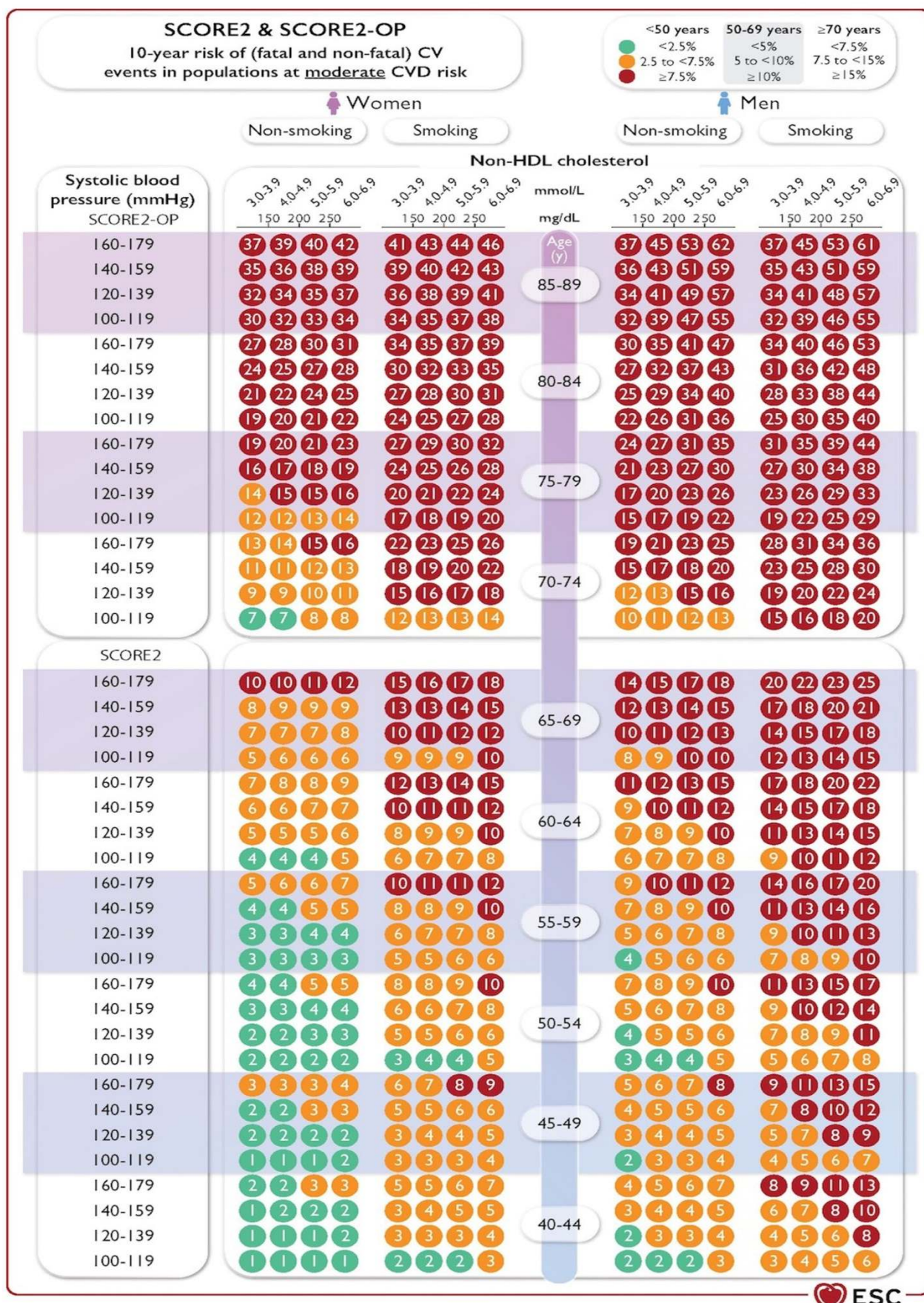
Annexe 5. SCORE2 et SCORE2-op pour les pays à faible risque – en France

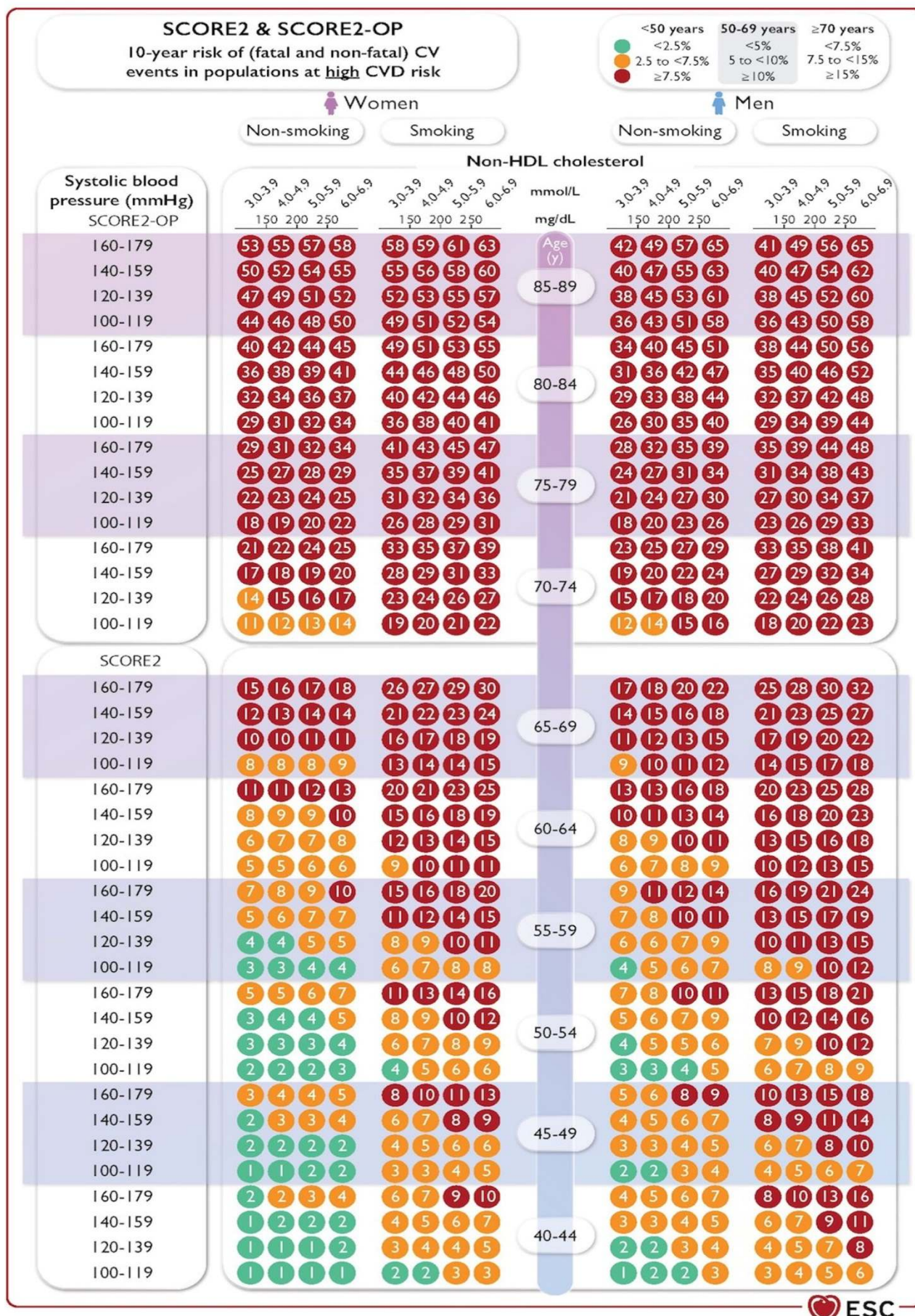
Pays à faible risque : Belgique, Danemark, France, Israël, Luxembourg, Norvège, Espagne, Suisse, Pays-Bas et Royaume-Uni.



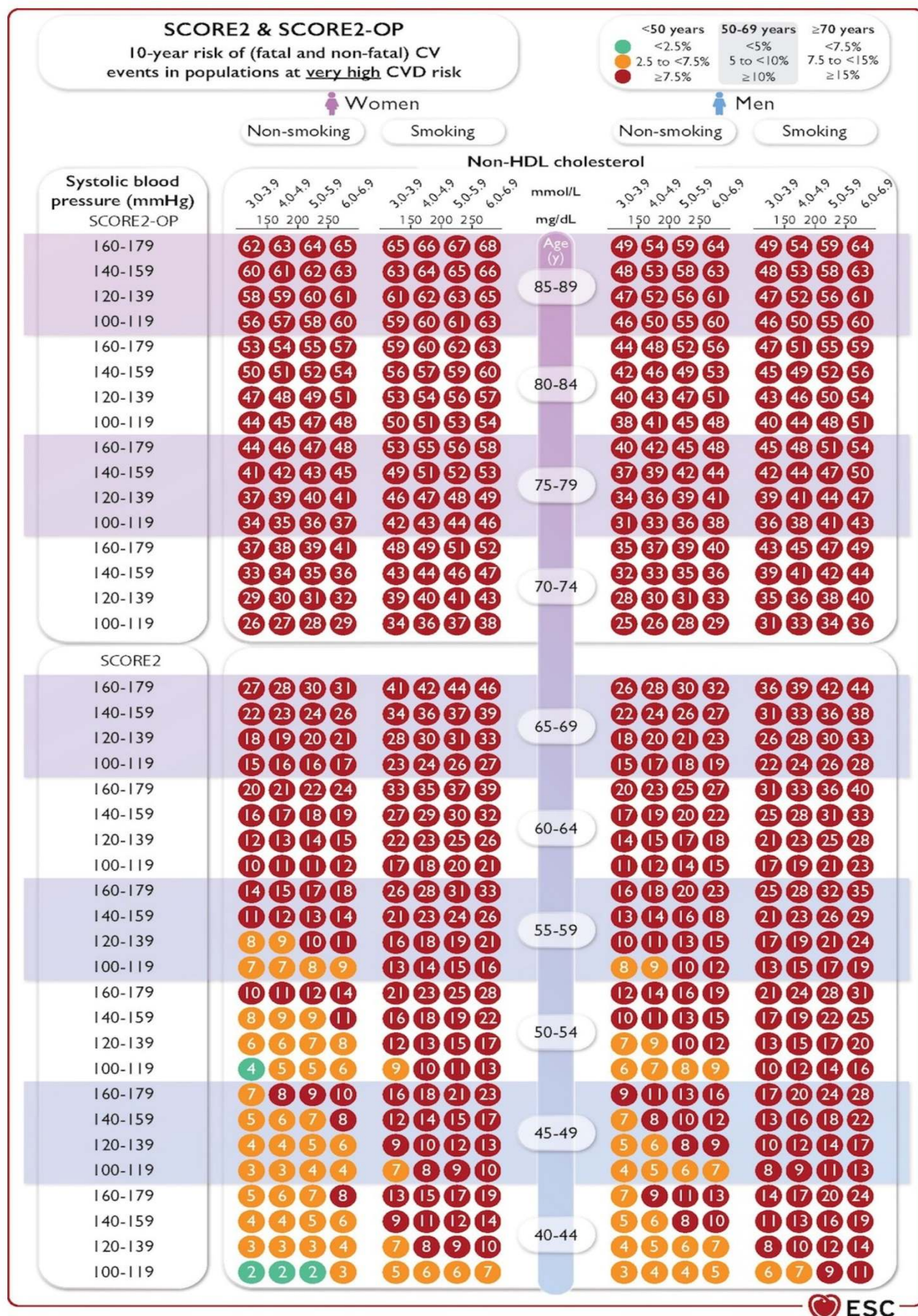
Annexe 6. SCORE2 et SCORE2-op dans les autres pays

Pays à risque modéré : Autriche, Chypre, Finlande, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Malte, Portugal, Saint-Marin, Slovénie et Suède.





Pays à très haut risque : Algérie, Arménie, Azerbaïdjan, Biélorussie, Bulgarie, Égypte, Géorgie, Kirghizistan, Lettonie, Liban, Libye, Lituanie, Monténégro, Maroc, République de Moldova, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, Syrie, TFYR (Macédoine), Tunisie, Ukraine et Ouzbékistan.



Annexe 7. Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires

Le tableau 31 propose une classification basée sur les contraintes dynamiques (effets prédominants sur la fréquence et les volumes cardiaques et sur les pressions artérielles pulmonaires) et statiques (effets prédominants sur les pressions artérielles systémiques) des principales AP et sportives pratiquées en France (liste non exhaustive) (24).

Le niveau (faible, modéré ou intense) des contraintes, dynamiques et statiques, proposé correspond aux valeurs moyennes enregistrées pendant l'ensemble de la durée de pratique de l'AP considérée. Des valeurs plus élevées ponctuelles lors de cette pratique peuvent donc être observées.

Cette classification doit être utilisée par le praticien comme un guide. Une approche individualisée des contraintes peut être estimée en fonction, d'une part, des patients : âge, pathologie, traitement, niveau technique dans l'AP (contrainte augmente si niveau faible) et, d'autre part, selon les conditions environnementales (météorologiques, altitude) lors de la pratique.

Les AP qui présentent des risques spécifiques en cas de survenue de malaise ou perte de connaissance (*) ou du fait des collisions (**) fréquentes sont spécifiées. Ces risques sont à prendre en considération chez certains patients, par exemple sous anticoagulants, avec une fragilité osseuse, etc.

Enfin, dans le cadre de la pratique du sport-santé, une adaptation des règles de pratique peut être proposée par la fédération sportive concernée. Le praticien se réfère alors au *Médicosport-santé* du CNOSF, porté par le Vidal (16).

Tableau 31. Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardio-vasculaires

DYNAMIQUE	A	B	C
STATIQUE	Faible ($< 50\%$ VO_2 max)	Modérée ($50-75\%$ VO_2 max)	Forte (élevée) ($> 75\%$ VO_2 max)
I Faible ($< 10\%$ FMV)	<i>Bowling</i> , golf, tai-chi et équivalents, pétanque <i>Stretching</i> , <i>body balance</i>	<i>Volley-ball</i> , tennis de table, tennis (double), marche nordique, longe-côte* (sans bras) Danses non acrobatiques, <i>step</i> , <i>body attack</i> *	Ski de fond** (classique), marche sportive, course à pied > 800 m, course orientation, tennis (simple), squash Danses acrobatiques* **
II Modérée ($10-20\%$ FMV)	Tir à l'arc, équitation* ** Sports mécaniques* **, <i>volley-ball</i> <i>Surf</i> * **, <i>kitesurf</i> * **, voile (type laser), natation synchronisée*, plongeon* **, plongée sous-marine* (apnée) Yoga, pilates, <i>body-pump</i> Gainage et renforcement musculaire avec poids du corps	Patinage artistique* **, course à pied ≤ 800 m, marathon et ultra-endurance, décathlon, <i>badminton</i> , escrime**, trampoline* **, <i>handball</i> Basket-ball, beach-volley, water-polo* **, rugby** (sauf pack avants), planche à voile* ** (sans <i>pumping</i>), plongée sous-marine* (scaphandre autonome) <i>Aquagym</i> *, <i>body-jump</i> , longe-côte* (avec bras), boule lyonnaise	Ski de fond (skating), natation*, football**, hockey** (gazon-glace), cyclisme* ** (plat), triathlon* **, patinage* ** (<i>roller</i>) longue distance <i>Aquabiking</i> *, vélo fixe
III Forte (élevée) ($> 30\%$ FMV)	Haltérophilie*, musculation* <i>Bobsleigh</i> * **, luge* **, escalade* **, gymnastique* ** voile, ski nautique* **, athlétisme (lancers, sauts* **), judo et autres arts martiaux**	Lutte**, <i>crossfit</i> *, culturisme, <i>rugby</i> (pack avants**), ski alpin* **, <i>snowboard</i> * **, patinage* ** (<i>roller</i>) <i>sprint</i> , planche à voile* (<i>pumping</i>)	Boxe tous types* **, canoë-kayak, Ski de randonnée* **, ski alpinisme* ** Cyclisme* ** (avec côtes), aviron Rameur en salle

VO_2 max = consommation maximale d'oxygène du pratiquant. FMV = force maximale volontaire du pratiquant. Les activités de loisirs (de détente, remise en forme et entretien physique) sont en italique.

Références bibliographiques

(3-5, 8, 10, 16-19, 24-43).

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100(2):126-31.

2. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève: OMS; 2001.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

3. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève: OMS; 2004.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226_fre.pdf;jsessionid=532FDB452F2258C37AA94CDE6BCFF015?sequence=1

4. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025. Comité régional de l'Europe - Soixante-cinquième session - Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe; 2016.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/283807/65wd09f_PhysicalActivityStrategy_150474_withCover.pdf?ua=1

5. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: WHO; 2018.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

6. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et synthèse bibliographique. Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription chez les adultes. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

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

7. Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of*

Systematic

Reviews

2013;9(CD010392):CD010392.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010392.pub2>

8. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2018.

<https://health.gov/paguidelines/second-edition/report.aspx>

9. Ministère des sports. 10 réflexes en or [En ligne] 2013.

<http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/pratique-securite/10-reflexes-en-or/>

10. European Society of Cardiology, European Association for the Study of Diabetes, European Atherosclerosis Society, European Heart Network, European Society of Hypertension, European Stroke Organisation, *et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37(29):2315-81.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>

11. European Society of Cardiology. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J* 2021;42(25):2439-54.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>

12. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive. Surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

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

13. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription

médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

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

14. Del Pozo Cruz B, Biddle SJH, Gardiner PA, Ding D. Light-intensity physical activity and life expectancy: National Health and Nutrition Survey. *Am J Prev Med* 2021;61(3):428-33.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2021.02.012>

15. Paluch AE, Gabriel KP, Fulton JE, Lewis CE, Schreiner PJ, Sternfeld B, *et al.* Steps per Day and All-Cause Mortality in Middle-aged Adults in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *JAMA network open* 2021;4(9):e2124516.
<http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.24516>

16. Commission médicale du Comité national olympique et sportif français, Société française de médecine de l'exercice et du sport. Médico-Sport santé. Dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Paris: CNOSF; 2017.
<http://franceolympique.com/files/File/actions/sante/outils/MEDICOSPORT-SANTE.pdf>

17. Société française de cardiologie, Brion R, Carré F. Recommandations de la Société française de cardiologie. Le bilan cardiovasculaire de la visite de non-contre-indication à la pratique du sport en compétition entre 12 et 35 ans. *Arch Mal Coeur Vaiss Partique* 2009;15(182):41-3.

18. American College of Sport Medicine, Pescatello LS, Arena R, Riebe D, Thompson PD. ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2014.

19. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Expertise collective. Activité physique : contextes et effets sur la santé. Paris: INSERM; 2008.
<https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>

20. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques. Montrouge: ADP Sciences; 2019.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

21. Bigard X, Ancellin R, Ayma R, Barrault D, Brunot A, Dragos S, *et al.* Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? Rapport du Groupe de Travail. Paris: Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes; 2016.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf

22. Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité Genève: OMS; 2021.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349728/9789240032118-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Marshall AL, Miller YD, Burton NW, Brown WJ. Measuring total and domain-specific sitting: a study of reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2010;42(6):1094-102.
<http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181c5ec18>

24. American Heart Association, American College of Cardiology, Levine BD, Baggish AL, Kovacs RJ, Link MS, *et al.* Eligibility and disqualification recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities: Task force 1: Classification of sports: Dynamic, static, and impact: A scientific statement from the American Heart Association and American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2015;66(21):2350-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.09.033>

25. Swedish National Institute of Public Health. Physical activity in the prevention and treatment of disease. Stockholm: SNI; 2010.

26. Rivière D, Ministère des personnes âgées et de l'autonomie, Ministère des sports de la jeunesse de l'éducation populaire et de la vie associative, de l'éducation populaire et de la vie associative, Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors_m3-3.pdf

27. European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Borjesson M,

Urhausen A, Kouidi E, Dugmore D, Sharma S, *et al.* Cardiovascular evaluation of middle-aged/senior individuals engaged in leisure-time sport activities: position stand from the sections of exercise physiology and sports cardiology of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2011;18(3):446-58.
<http://dx.doi.org/10.1097/HJR.0b013e32833bo969>

28. European Society of Cardiology, Pelliccia A, Fagard R, Bjornstad HH, Anastassakis A, Arbustini E, *et al.* Recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease: a consensus document from the Study Group of Sports Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and exercise physiology and the working group of myocardial and pericardial diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005;26(14):1422-45.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehi325>

29. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: OMS; 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf?sequence=1

30. Organisation mondiale de la santé, Department of chronic diseases and health promotion. Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ). Guide pour l'analyse. Genève: OMS; 2010.
http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ_Analysis_Guide_FR.pdf

31. World Health Organization. Physical activity for health. More active people for a healthier world: draft global action plan on physical activity 2018-2030. Geneva: WHO; 2018.
<http://www.who.int/ncds/governance/who-discussion-paper-gappa-9april2018.pdf>

32. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016) - Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité Saint-Maurice: Santé Publique France; 2017.
[http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-](http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016-Chapitre-Activite-physique-et-sedentarite)

[physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016-Chapitre-Activite-physique-et-sedentarite](#)

33. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

34. Haute Autorité de Santé. Évaluation du risque cardio-vasculaire. Fiche mémo. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_evaluation_du_risque_cardio-vasculaire.pdf

35. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Paris: ANSES; 2016.
https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012S_A0155Ra.pdf

36. Institut national du cancer. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. . Boulogne Billancourt: INCa; 2017.
<http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/L-Institut-publie-un-rapport-sur-les-benefices-de-l-activite-physique-pendant-et-apres-un-cancer>

37. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR, Jr., Tudor-Locke C, *et al.* 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc* 2011;43(8):1575-81.
<http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e31821ec e12>

38. American Thoracic Society, European Respiratory Society, Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, *et al.* An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188(8):e13-64.
<http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>

39. American College of Sport Medicine, Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M. ACSM's

Guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2018.

40. Programme national nutrition santé. Test de niveau d'activité physique [En ligne] 2018. <http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Vos-outils/Test-de-niveau-d-activite-physique>

41. European Association of Preventive Cardiology. HeartScore France. Outil interactif d'estimation et gestion du risque cardio-vasculaire 2018.

42. Comité national olympique et sportif français. Liste des organisations. 2018.

43. Warburton D, Jamnik V, Bredin S, Gledhill N. The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed- X+). Health Fitness J Can 2014;4:3-17.

Participants

Ce guide est une mise à jour du guide de promotion, de consultation et de prescription médicale d'AP et sportive pour la santé chez les adultes de juillet 2019 avec un groupe de travail en partie renouvelé.

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture.

Groupe de travail

AMELON-PETIT Constance, médecin de médecine physique et réadaptation

ANCELLIN Raphaëlle, cheffe de projet à l'INCa

AGOSTINI Caroline, psychiatre

BOUCHAND Philippe, médecin généraliste et du sport

SERRECCHIA Béatrice, médecin de santé publique

CARRE François, professeur de cardiologie et de physiologie du sport

DUCLOS Martine, professeur d'endocrinologie et physiologie du sport

FARRUGIA Pierre-Yves, masseur-kinésithérapeute

GINBOURGER Thomas, professionnel de l'activité physique adaptée

ISNER-HOROBETI Marie-Ève, professeur de médecine physique et réadaptation

LEFEVRE-COLAU Marie-Martine, médecin de médecine physique et réadaptation

PERRIER Antoine, biomécanique et podologue

PERRIER Clément, sociologue

PERRIN Claire, sociologue

PUISIEUX François, professeur de gériatrie

ROLLAND Yves, professeur de gériatrie

TANNE Corentin, pédiatre et médecine physique et réadaptation

VUILLEMIN Anne, professeur en activité physique adaptée et de santé publique

TRANCHANT Christine, neurologue

ROUX Thomas, neurologue

GROSBOIS Jean-Marie, pneumologue

VUILLEROT Carole, pédiatre

LECOCQ Jehan, médecin du sport

Groupe de lecture

Les sociétés savantes et collèges ou fédérations impliqués dans la prescription de l'APA et dans les référentiels d'aide à la prescription d'AP publiés ont été sollicités pour proposer des experts dans les professions et spécialités suivantes : médecine générale, cardiologie, pneumologie, pédiatrie, neurologie, gériatrie, endocrinologie, psychiatrie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, masseur-kinésithérapeute et enseignant APA-S. Les professionnels suivants ont participé au groupe de lecture :

Abramovici Francis, médecin généraliste	Halimi Yvan, psychiatre
Beasse Fanny, masseur-kinésithérapeute	Hallouet Rémi, enseignant APA-S
Berné Catherine, médecin endocrinologue	Ingargiola Émilie, enseignant APA-S
Besnier Antoine, masseur-kinésithérapeute	Labrunée Marc, médecin de médecine physique et réadaptation
Boegner Catherine, médecin endocrinologue	Maudet Damien, enseignant APA-S
Bougault Valérie, enseignant APA-S	Mellerin Ianis, médecin généraliste
Camels Paul, médecin de médecine physique et réadaptation	Metrot Julien, enseignant APA-S
Defebvre Luc, médecin neurologue	Raherison Chantal, médecin pneumologue
Dumas Jean-François, masseur-kinésithérapeute	Roussillon Julien, enseignant APA-S
Famery Brice, masseur-kinésithérapeute	Sourdets Christelle, médecin rhumatologue
Foujanet Brassart Maxime, masseur-kinésithérapeute	
Gary Yann, enseignant APA-S	
Guy Jean-Michel, médecin cardiologue	

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ALD	Affection de longue durée
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
AP	Activité physique
APA	Activité physique adaptée
APS	Activité physique et sportive
AVC	Accident vasculaire cérébral
CACI	Certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCR	Capacité cardiorespiratoire
CI	Contre-indication
CNOSF	Comité olympique du sport français
CPSF	Comité paralympique et sportif français
CSP	Code de la santé publique
CV	Cardio-vasculaire
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DT2	Diabète de type 2
ECG	Électrocardiogramme
EE	Épreuve d'effort
EFR	Exploration fonctionnelle respiratoire
Enseignant en APA-S	Enseignant en activité physique adaptée – santé
Enseignant en STAPS	Enseignant en sciences et techniques des activités physiques et sportives
FITT-VP	Fréquence, Intensité, Type, Temps - Volume, Progression
FC max	Fréquence cardiaque maximale
FC repos	Fréquence cardiaque de repos
FCR	Fréquence cardiaque de réserve
HTA	Hypertension artérielle
IDM	Infarctus du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
MET	<i>Metabolic Equivalent Task</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Pression artérielle
PSH	Personne en situation de handicap
RCV	Risque cardio-vasculaire

SCORE	<i>Systematic Coronary Risk Estimation</i>
SEC	Société européenne de cardiologie
TM2	Test de marche de 6 minutes
VO ₂ max	Consommation maximale d'oxygène

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

