

SEXTANT 76
CPTS GRAND HAVRE

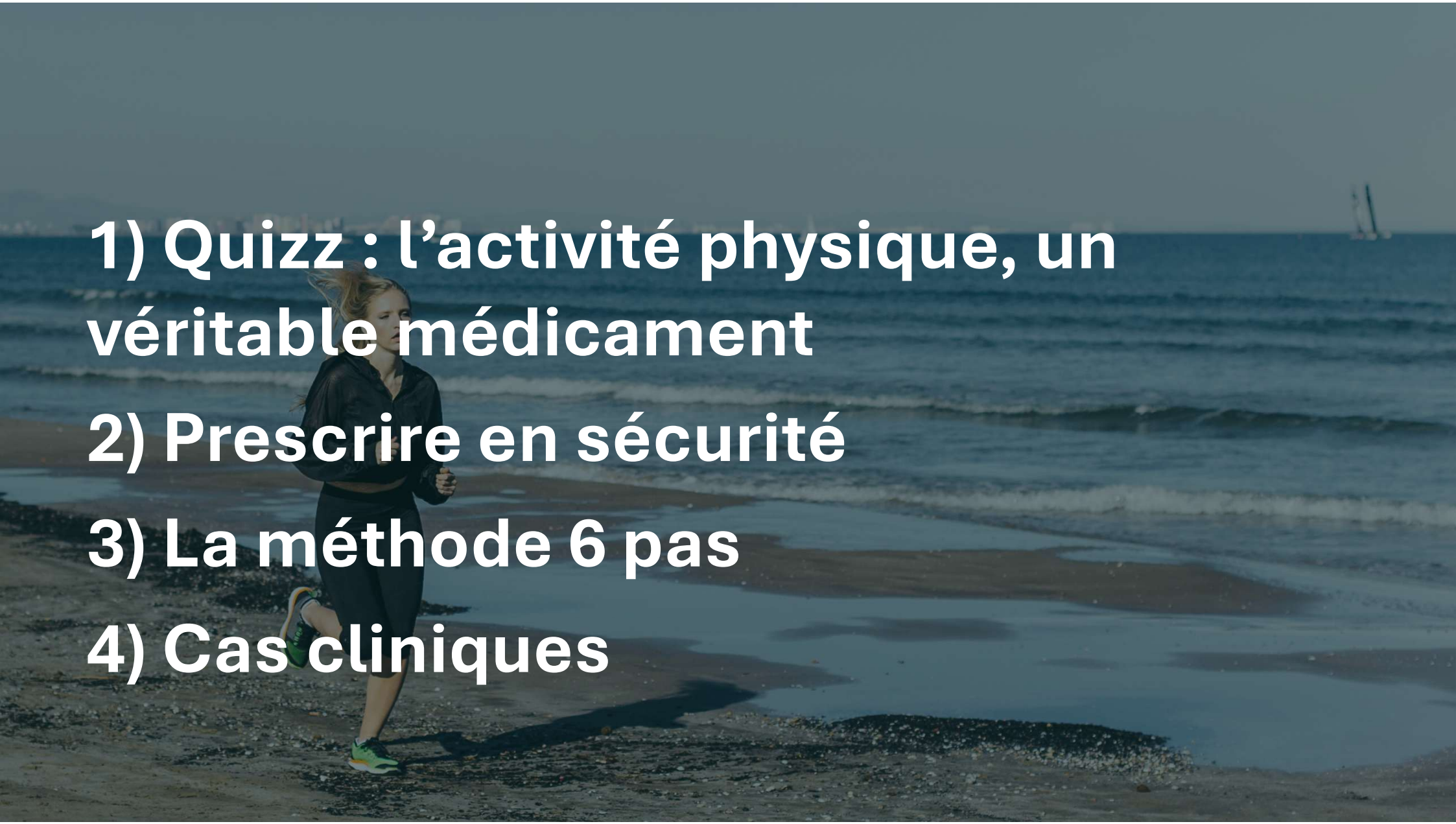
Soirée pratique : prescrire et accompagner de l'activité physique

Dr Matthieu Blondet

12/11/2026



Pour commencer : 2 minutes d’activité physique


1) Quizz : l’activité physique, un véritable médicament
2) Prescrire en sécurité
3) La méthode 6 pas
4) Cas cliniques



1) Quizz : l’activité physique, un véritable médicament

QUESTION 01 / 10

Mortalité

Avec 30 minutes de marche rapide, cinq jours par semaine, quelle diminution du risque de mortalité observe-t-on par rapport à l'inactivité ?

Une seule réponse.

- **A** Environ 5 %
- **B** Environ 15 %
- **C** Environ 30 %
- **D** Aucun bénéfice sans activité sportive intense

RÉPONSE 01 / 10 • C

Mortalité

−31 %

de mortalité toutes causes

150 minutes d’activité modérée par semaine, par rapport à l’inactivité.

À 75 minutes par semaine : déjà −23 % de mortalité.

Les bénéfices commencent avant les recommandations.

Le premier objectif : sortir de l’inactivité.

[1] Garcia, 2023 • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 02 / 10

Longévité

À quel gain d’espérance de vie une activité physique régulière atteignant les recommandations est-elle associée, par rapport à l’inactivité ?

Une seule réponse.

- **A** Aucun : on vit mieux, mais pas plus longtemps
- **B** Environ 6 mois
- **C** Environ 3 à 4 ans
- **D** Dix ans, quel que soit le niveau d’activité

Longévité

+3 à 4 ans

d’espérance de vie

+3,4 ans à 150–299 minutes de marche rapide par semaine.

Une analyse de plus de 650 000 participants.

Un bénéfice associé observé dans différentes catégories d’IMC.

Des minutes de mouvement peuvent compter en années de vie.

[2] Moore, 2012 • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 03 / 10

Maladies chroniques

Dans quelles situations l’activité physique adaptée peut-elle améliorer les symptômes, les capacités ou l’autonomie ?

Une ou plusieurs réponses.

- **A** La BPCO
- **B** La fibromyalgie
- **C** Les troubles de l’équilibre et le risque de chute
- **D** La perte d’autonomie liée au déconditionnement

RÉPONSE 03 / 10 • A, B, C ET D

Maladies chroniques

–23 %

de chutes

BPCO, fibromyalgie, équilibre, déconditionnement : les quatre réponses sont justes.

Pour les chutes : équilibre et exercices fonctionnels.

Préserver les capacités pour préserver l’autonomie.

Adapter l’activité, plutôt que l’écarter.

[3] Sherrington, 2019 ; [10–11] HAS • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 04 / 10

Alzheimer

Quel ordre de grandeur peut-on retenir pour l’association entre activité physique et diminution du risque de maladie d’Alzheimer ?

Une seule réponse.

- **A** Aucun lien observé
- **B** Environ 20 %, avec des estimations variables selon les études
- **C** Environ 70 % chez tout le monde
- **D** Une prévention garantie si l’on marche chaque jour

RÉPONSE 04 / 10 • B

Alzheimer

≈ –20 %

de risque d’Alzheimer

Un repère variable selon les études.

Ne pas confondre Alzheimer et démences toutes causes.

Réduire le risque ne signifie pas garantir la prévention.

Le cerveau aussi bénéficie du mouvement.

[4] Iso-Markku, 2022 • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 05 / 10

Diabète et cœur

Quelles affirmations sont exactes ?

Une ou plusieurs réponses.

- **A** Chez des personnes à haut risque, une intervention centrée sur l'exercice a réduit d'environ 45 % le risque de devenir diabétique
- **B** Sans perte de poids, l'activité physique n'améliore pas la glycémie
- **C** En population générale, atteindre environ 150 minutes d'activité modérée par semaine est associé à environ 25 à 30 % de risque cardiovasculaire en moins
- **D** Seule une activité intense protège le cœur

Diabète et cœur

−46 % / −27 %

diabète / cardiovasculaire

−46 % de diabète : exercice chez des personnes présentant une intolérance au glucose.

−27 % cardiovasculaire : association à 150 min/semaine en population générale.

Des bénéfices qui ne se résument pas à la perte de poids.

La balance peut bouger peu, mais les bénéfices sont bien réels.

[1] Garcia, 2023 ; [5] Pan, 1997 • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 06 / 10

Cancer du sein

Quelles affirmations sont exactes ?

Une ou plusieurs réponses.

- **A** Une activité physique régulière est associée à une diminution du risque de cancer du sein d'environ 10 à 30 %, selon le niveau d'activité et les études
- **B** Après un diagnostic de cancer du sein, l'activité physique est associée à une diminution importante du risque de mourir de ce cancer, pouvant approcher 40 %
- **C** Il faut systématiquement interrompre l'activité pendant une chimiothérapie ou une radiothérapie
- **D** Il faut attendre la disparition complète de la fatigue avant de proposer une activité adaptée

Cancer du sein

−10 à −30 %

de risque de survenue

Prévention : selon le niveau d’activité et les études.

Jusqu’à ≈ −40 % de mortalité spécifique après diagnostic.

Pendant les traitements : adapter, sans attendre la disparition complète de la fatigue.

Avant, pendant, après : une place pour l’activité adaptée.

[6] NCI ; [7] Cariolou, 2023 • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 07 / 10

Dépression et cognition

Quelles affirmations sont exactes ?

Une ou plusieurs réponses.

- **A** Un programme d’exercice structuré peut faire partie du traitement d’une dépression
- **B** L’activité physique peut réduire les symptômes anxieux
- **C** Elle augmente systématiquement le quotient intellectuel
- **D** Elle peut améliorer certaines fonctions cognitives, dont la mémoire et les fonctions exécutives

Dépression et cognition

Aussi efficace qu’un anti dépresseur

pour les dépressions légères à modérées

Marche/jogging, renforcement et yoga : réduction des symptômes anxieux et dépressifs.

Améliore l’attention et les performances exécutives dans les heures après l’activité.

Bénéfices plus nets chez les enfants, les personnes âgées et les patients avec un trouble cognitif ou un TDAH.

Un traitement possible, pas seulement un conseil de bien-être.

[8] Noetel, 2024 ; [9] OMS ; [12] Singh et al. • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 08 / 10

Grossesse

Au cours d’une grossesse sans contre-indication, une activité physique adaptée…

Une seule réponse.

- **A** Est à éviter par précaution
- **B** Sert uniquement à limiter la prise de poids
- **C** Réduit notamment le risque de diabète gestationnel et de troubles hypertensifs
- **D** Devient automatiquement interdite au troisième trimestre

Grossesse

≈ –30 %

de diabète gestationnel

Ordre de grandeur selon les programmes et populations.

Des bénéfices aussi sur les troubles hypertensifs.

Sans contre-indication : pas d’arrêt automatique au troisième trimestre.

La grossesse n’impose pas le repos systématique.

[9] OMS ; [10] HAS — voir réserve en notes • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 09 / 10

Enfant et apprentissages

Quelles affirmations sont exactes ?

Une ou plusieurs réponses.

- **A** Les activités collectives peuvent favoriser les relations sociales dans un cadre bienveillant
- **B** L’activité physique peut améliorer l’attention et certaines capacités utiles aux apprentissages
- **C** Le temps passé à bouger est nécessairement du temps perdu pour apprendre
- **D** L’activité physique contribue à prévenir l’excès d’adiposité

RÉPONSE 09 / 10 • A, B ET D

Enfant et apprentissages

60 min / jour

chez les 5–17 ans

Une moyenne sur la semaine à intensité modérée à soutenue.

Jeux, déplacements actifs et sport peuvent compter.

Des bénéfices physiques, mentaux et cognitifs.

Bouger et apprendre ne sont pas des concurrents.

[9] OMS • Réductions relatives ; précisions en notes

QUESTION 10 / 10

Bouger au quotidien

Quelle affirmation est exacte ?

Une seule réponse.

- **A** Sans course à pied, les bénéfices sont négligeables
- **B** Seules les séances de sport comptent
- **C** Marche, vélo utilitaire, escaliers et certaines activités de jardinage comptent aussi
- **D** Sans cardiofréquencemètre, difficile d’obtenir un bénéfice

RÉPONSE 10 / 10 • C

Bouger au quotidien

150 min / sem.

+ 2 jours de renforcement

Marche, vélo utilitaire, escaliers et jardinage comptent aussi.

Le sport est une forme d’activité physique, pas son synonyme.

Commencer en dessous de la cible est déjà utile.

Le quotidien compte. Chaque progression compte.

[9] OMS ; [10] HAS • Réductions relatives ; précisions en notes

10 repères pour retenir la puissance du mouvement

1

–30 %

Mortalité

de risque de décès, par rapport à l'inactivité

2

+3 à 4 ans

Longévité

d'espérance de vie en moyenne

3

–25 %

Chutes

environ un quart de chutes en moins

4

–20 %

Alzheimer

de risque chez les personnes actives

5

–45 %

Diabète de type 2

de risque au maximum, chez les personnes à haut risque

Chiffres arrondis pour faciliter la mémorisation : résultats observés en population, pas des garanties individuelles.

10 repères pour retenir la puissance du mouvement

6

–25 %

Maladies cardiovasculaires

environ un quart de risque en moins

7

Cancer du sein

–10 à 30 %

de risque de survenue

–40 %

de mortalité après diagnostic

8

Egalité avec Anti depresseurs

Dépression Légere à modérée

9

–30 %

Grossesse

de risque de diabète gestationnel

10

Pour agir : la dose

60 min

par jour chez l'enfant

150 min

par semaine chez l'adulte

Les bénéfices commencent bien avant d'atteindre les durées recommandées.

« Le mouvement n'est pas un supplément au traitement. Il en fait partie. »

BIBLIOGRAPHIE

[1] Garcia et al., 2023 Garcia L, Pearce M, Abbas A, et al. Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose–response meta-analysis of large prospective studies. British Journal of Sports Medicine. 2023;57(15):979–989. DOI : 10.1136/bjsports-2022-105669.

[2] Moore et al., 2012 Moore SC, Patel AV, Matthews CE, et al. Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis. PLOS Medicine. 2012;9(11):e1001335. DOI : 10.1371/journal.pmed.1001335.

[3] Sherrington et al., 2019
Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;1:CD012424. DOI : 10.1002/14651858.CD012424.pub2.

[4] Iso-Markku et al., 2022 Iso-Markku P, et al. Physical activity as a protective factor for dementia and Alzheimer's disease: systematic review, meta-analysis and quality assessment of cohort and case–control studies. British Journal of Sports Medicine. 2022;56:701–709.

[5] Pan et al., 1997 Pan XR, Li GW, Hu YH, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care. 1997;20(4):537–544. DOI : 10.2337/diacare.20.4.537.

[6] National Cancer Institute, 2020 National Cancer Institute. Physical Activity and Cancer. Fiche de synthèse scientifique. Version révisée le 10 février 2020. https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/physical-activity-fact-sheet

[7] Cariolou et al., 2023 Cariolou M, Abar L, Aune D, et al. Postdiagnosis recreational physical activity and breast cancer prognosis: Global Cancer Update Programme (CUP Global) systematic literature review and meta-analysis. International Journal of Cancer. 2023;152(4):600–615. DOI : 10.1002/ijc.34324.

[8] Noetel et al., 2024 Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2024;384:e075847. DOI : 10.1136/bmj-2023-075847.

[9] Bull et al., 2020 — OMS Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine. 2020;54(24):1451–1462. DOI : 10.1136/bjsports-2020-102955.

[10] HAS — Prescription d'activité physique Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. Dossier et référentiels cliniques ; page actualisée en octobre 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

[11] HAS, 2025 — Fibromyalgie Haute Autorité de santé. Fibromyalgie de l'adulte : conduite diagnostique et stratégie thérapeutique. Recommandation de bonne pratique. Juillet 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3634512/fr/fibromyalgie-de-l-adulte-conduite-diagnostique-et-strategie-therapeutique

[12] Singh et al., 2025. Effectiveness of exercise for improving cognition, memory and executive function: a systematic umbrella review and meta-meta-analysis. Br J Sports Med. 2025 Jun 3;59(12):866-876. doi: 10.1136/bjsports-2024-108589. PMID: 40049759; PMCID: PMC12229068.



2) Prescrire en sécurité

Sécuriser, sans décourager le mouvement.

Le cœur

Une évaluation adaptée

à l'effort envisagé.

Les articulations

Une progression adaptée

aux capacités du patient.

Avant les examens : trois questions

1. Le patient

Des symptômes ?

Une maladie instable ?

2. L’habitude

Actif ou inactif ?

Déconditionné ?

3. Le projet

Quelle activité ?

Quelle intensité réelle ?

Le bilan dépend du patient… et de ce qu’il souhaite faire.

Les signaux d’alerte passent avant l’ordonnance

À rechercher

Douleur / oppression thoracique

Dyspnée inhabituelle

À ne pas banaliser

Malaise ou syncope

Palpitations symptomatiques

Un symptôme suspect appelle une démarche diagnostique.

L’intensité : des repères concrets

Intensité	FC maximale	Pénibilité /10[1]	Respiration et parole
Faible	40–55 %	3–4	Pas d’essoufflement
Modérée	**55–70 %**	**5–6**	**Essoufflement modéré ; conversation possible**
Élevée	70–90 %	7–8	Essoufflement important ; conversation difficile
Très élevée	> 90 %	> 8	Conversation impossible

[1] Échelle de pénibilité présentée par la HAS ; ne pas confondre avec les échelles de Borg.

Modérée : je sens l’effort, mais je peux encore converser.

Un bilan proportionné, pas un forfait cardiologique

Reprise faible à modérée, sans alerte	Évaluation adaptée ; pas d'examens systématiques
Projet intense, inactivité ou risque CV élevé	Évaluation approfondie ; examens selon le profil
Maladie cardiovasculaire connue	Adapter à la maladie ; avis spécialisé selon le cas
Symptômes suspects / maladie instable	Diagnostiquer et stabiliser avant de poursuivre

Intensité envisagée + activité habituelle + risque cardiovasculaire.

HAS • Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité • juillet 2022 • p. 28, 33, 38 ; guide compagnon de consultation HAS, 2022

Épreuve d’effort : utile, mais pas systématique

Ce qu’elle apporte

Capacité et tolérance

Réponse ECG et tensionnelle

Symptômes à l’effort

Aide au réentraînement

Ce qu’elle ne garantit pas

L’absence de toute maladie coronaire

L’absence de tout accident futur

Un examen ciblé, pas une autorisation générale de bouger.

Pourquoi un test normal n’exclut pas l’accident

30–40 %

des plaques peu sténosantes

peuvent être instables, se rompre et provoquer une thrombose.

60–70 %

des sténoses plus importantes

peuvent être détectées par l’épreuve d’effort.

Détecter une obstruction ≠ prédire la rupture d’une plaque.

Sécurité articulaire : d’abord la progressivité

Démarrer petit

Activité accessible

Durée réaliste

Contraintes tolérées

Augmenter par paliers

Laisser le temps de s’adapter

Réévaluer la récupération

Adapter, pas abandonner

Douleur nouvelle : réadapter et évaluer

Arthrose ≠ repos permanent

Le piège : trop, trop vite. La solution : une progression tolérée.

Kiné, APA ou autonomie : choisir selon le besoin

Rééducation

Lésion, déficit ou limitation nécessitant des soins

→ Kinésithérapeute

Adaptation

Besoins spécifiques empêchant une pratique ordinaire

→ Programme APA

Autonomie

Capacités suffisantes et autorégulation possible

→ Pratique autonome ou encadrement léger

Orienter selon les capacités et les besoins, pas selon l'étiquette.

Quatre réflexes pour prescrire en sécurité

1. Rechercher les symptômes et vérifier la stabilité.
2. Définir l’intensité réelle pour ce patient.
3. Réserver les examens aux situations pertinentes.
4. Progresser et accompagner selon les besoins.

Pour le cœur : proportionner. Pour les articulations : progresser.

Cas clinique

Monsieur A

55 ans

Diabète de type 2, en surpoids, mais pas obèse

Pas d’autres complications

Très sédentaire au travail (webmaster), rentre épuisé le soir, aime se reposer les weekends

Vous avez 6 minutes pour prescrire de l’activité physique à Monsieur A.



3) La méthode 6 pas

Introduction

L'activité physique est le seul traitement qui agit en même temps sur la mortalité, la qualité de vie, la santé mentale, les maladies chroniques… et qui ne coûte rien.

La question n'est pas : ***Faut-il la prescrire ?***

La question est : ***Comment la prescrire efficacement, en 5 minutes en consultations ?***

Objectifs

Parler d’activité physique **sans allonger sa consultation**

Motiver sans culpabiliser

Prescrire une activité **réaliste, écrite et suivie**

Accompagner le patient **dans la durée**

Facteurs favorisant la reprise d’une activité physique

LE MEDECIN A UN IMPACT IMPORTANT

Présent quand le patient demande de l'**Aide**	Présent quand le patient **Souffre**	Professionnel de santé le plus consulté
Parole perçue comme **Légitime, Crédible et Rassurante**	Relation de **Confiance** tissée souvent depuis plusieurs années.	**Soutien moral**
Valorisation du cheminement du patient	Sentiment d'être **soutenu**	Augmentation de **l'auto-efficacité**

Comment renforcer notre parole

Bénéfice pédagogique	Preuves/Exemples	Source
↑ Adhésion x2	**Ordonnance + Conseils personnalisés / Conseils génériques** ➢ **2x plus de chances de maintenir l'AP à 6 mois**	Faude et al., BMC Public Health (2017)
↑ Motivation intrinsèque	**Ecoute des désirs du patient** (ex. : « jouer avec mes petits-enfants ») **/ Objectifs imposés** ➢ **Augmente la motivation de 40%.**	Teixeira et al., Health Psychol Rev (2012)
↓ Abandon précoce	**Suivi personnalisé** (ex. : « On ajuste dans 2 semaines ») ➢ **réduit les abandons de 30%.**	Michie et al., Br J Sports Med (2011)
↑ Résultats cliniques	**Plan adapté à personnalité du patient** (ex. : timide → AP solo ; sociable → groupe) ➢ **Améliore les résultats (ex. : ↓ HbA1c, ↑ VEMS).**	Williams & French, Ann Behav Med (2011)
↑ Autonomie	**Prescription progressive** (« 5 min/jour → +1 min/semaine ») ➢ **donne un sentiment de contrôle aux patients.**	Bandura, Health Psychol (1997)

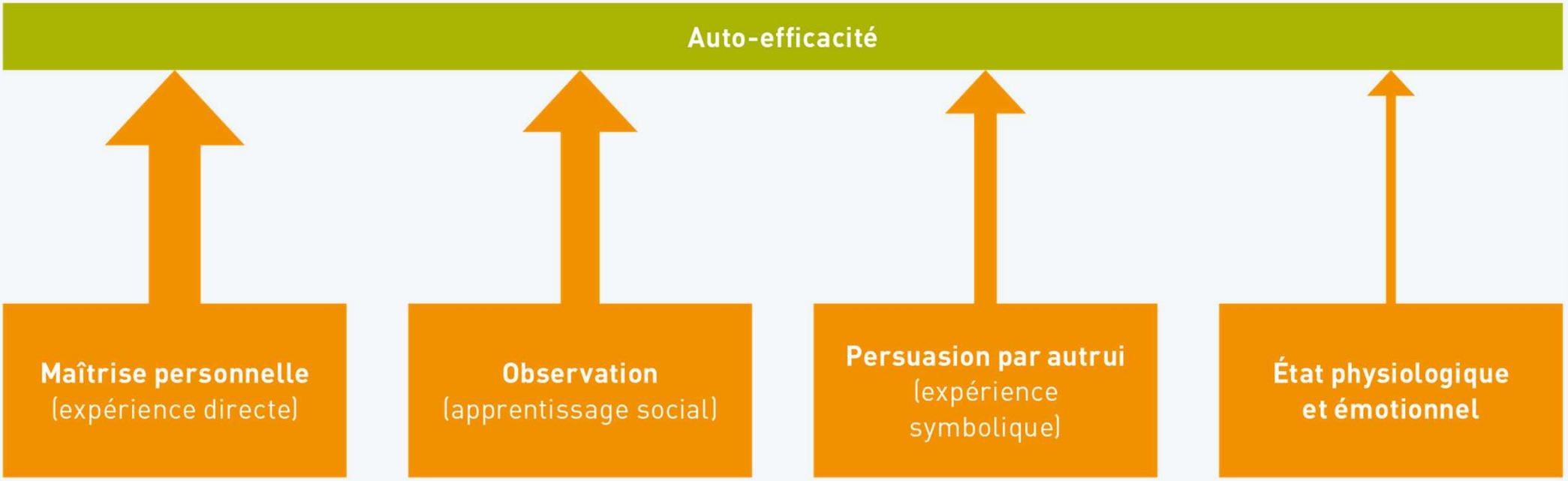


Auto-efficacité : concept central

Pourquoi c’est crucial

- Plus prédictif que la motivation
- Modifiable par le médecin
- Dépend de la taille de l’objectif

Facteurs influençant la construction de l'auto-efficacité



(plus la flèche est épaisse, plus l'influence est grande)

LES 4 PROCESSUS DE L'EM

Accompagner le changement de comportement



Un processus dynamique
avec la possibilité de revenir en arrière

1. Engagement dans la Relation

- Créer une alliance empathique
- Instauer une confience mutuele

2. Focalisation

- Définir une direction commune
- Clarifier les objectifs à viser

3. Évocation

- Faire émerger les motivations
- Explorer l'ambivalence

4. Planification

- Élaborer un plan d'action
- Renforcer l'engagement

D'après Miller & Rollnick, *L'entretien motivationnel*, InterEditions.

METHODE AU CABINERT EN 5 MIN

1 Repérer

2 Explorer motivation et l’auto-efficacité

3 Identifier freins

4 Fixer objectifs facilement atteignables

5 Prescrire clairement

6 Suivre et encourager

ETAPE 1

REPERER
30-60 s

Deux questions simples

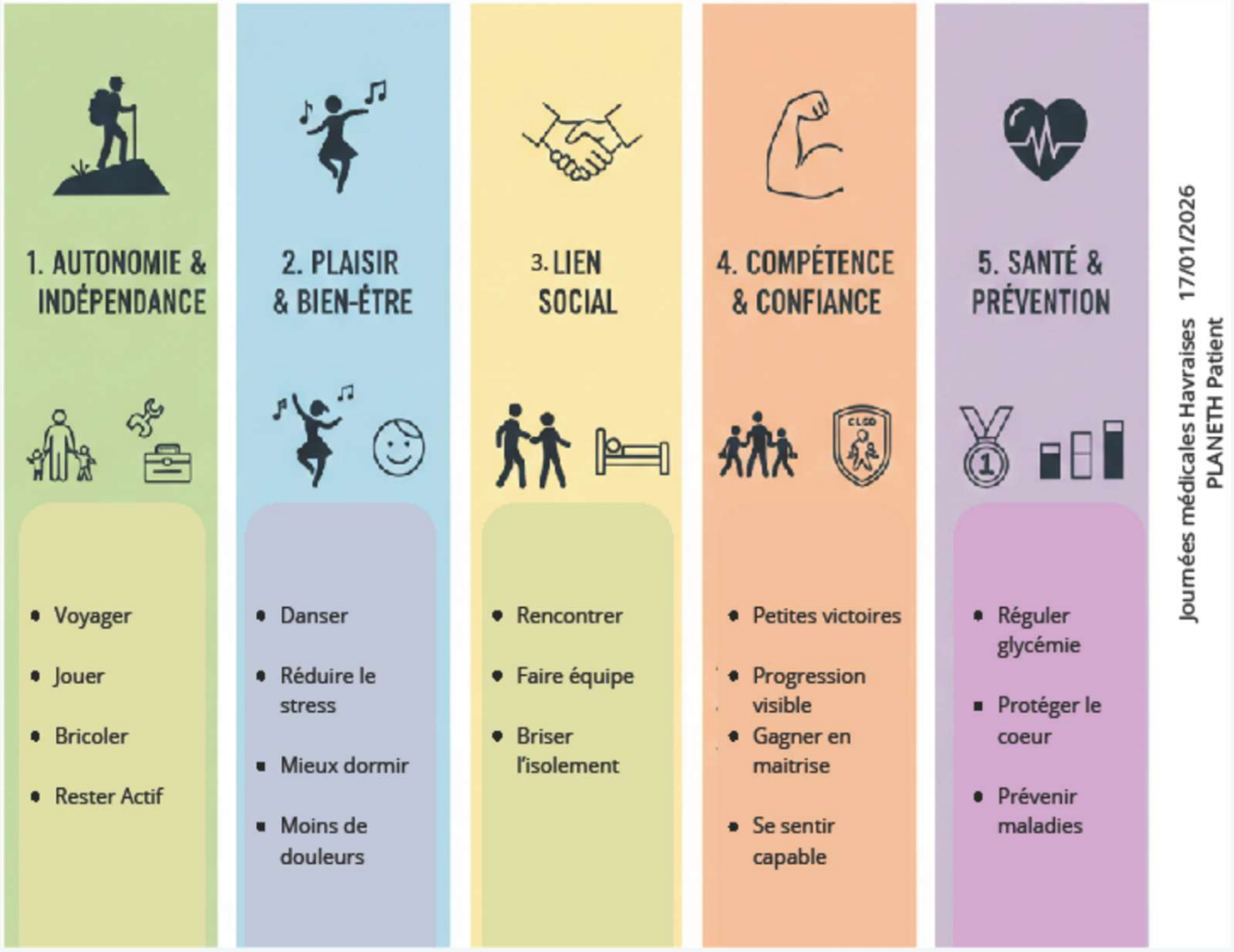
« Combien de jours par semaine arrivez-vous à bouger 30 minutes ? »

« Sur une journée, combien de temps restez-vous assis ? »

ETAPE 2

LEVIERS DE MOTIVATION
1 min

« Savez-vous pourquoi vous n'y arrivez pas ? »



ETAPE 3

REPERER LES FREINS
2 min

« Qu'est-ce qui vous donnerait envie de bouger ? »

RÉPONSES
FREINS ET ATTITUDES CORRESPONDANTES

Le manque de temps

- **Déplacements** actifs facilement **mobilisables** : marcher, monter et descendre les escallers, se de-placer à vélo.
- Modele "gagnant-gagnant" : montrer les benéfices sur la santé de l'AP de la vie quotidienne afin de diminuer la perception negative des tâches obligatoires.
- Fractionnement des périodes d'AP efficâce.
- Effets bénèfiques de l'AP sur la santé et la condition physique, mème pour des intensites et/ou des volumes réduits.

Trop vieux

- Bienfaits de l'AP sur la qualité de vie et l'indépendance.
- Exercice physique. domicile sans coût.
- APA à domicile.

Le manque d'intérét ou de motivation

- Diversité des AP et caractére ludique.
- Lien social : rencontrer de nouvelles personnes, profiter de nouveaux environnements (nature, infrastructure).
- Bénéfices pour la santé, ja condition physique et le maintien dè l'autonomie.

Influences sociales peu motivantes, isolement, faible réseau social

- Solliciter l'entourage, les proches, les connaissances et s informer de leurs pratiques d'AP.
- Pratiquer physique à domice sans coût.
- APA pouvant ètre sùbventiònnné, par les collectivités, les compleinentàres).
- Effets de l'inactivité physique et du déconditionnement sprrlle du cquallionement : môins jo bouge → inoins jo sog, cojable de bouger
- Qualification des professionnels penre-tànt une adaptation individualisée.

Déplacements difficiles

- Possibilité de pratiquer une AP proche du domicile.
- Pratique d'AP en groupe avec l'entourage (déplacements partages).
- AP à domicile, si besoin avec l'aide des nouvelles technologies.
- Existence de portes oureités de déplacement à moyen terme grâce à l'AP.
- Existence de portes ouvertes organisées par les collectivites (associations, clubs sportifs) et d de periodes d'essai.

Effort percu blesser, douleurs, perception de fatigue

- Respect des pèriodes d'échauffement et de récuperation.
- Adaptation et progressivité de l'intensité et du volume.
- Exercicee d'assouplissement et d'échauffement musculaire.
- Apport des professionnels de l'APA pour valider des pratiques indolores.

ETAPE 4

REPERER L'AUTO-EFFICACITE

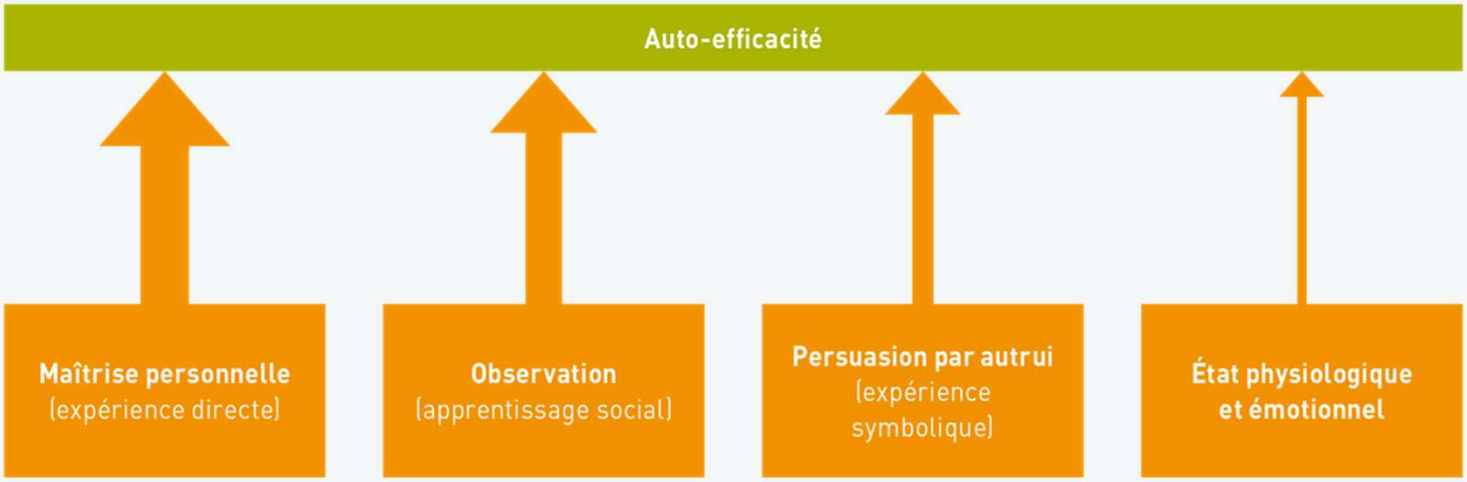
1 min

Une question :

« Sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous vous sentiriez capable de réaliser cette activité sur 2 semaines? »

Règle d'or : **Si confiance < 7 → objectif trop ambitieux**

Phrase utile : *Mon objectif n'est pas que vous fassiez beaucoup, mais que vous teniez dans le temps et que vous ayez un bénéfice ressenti.*



ETAPE 5

PRESCRIRE PRECISEMENT

Méthode FITT-VP

- **F**réquence
- **I**ntensité
- **T**ype
- **T**emps
- **V**olume
- **P**rogression

ETAPE 6

ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS

Rappeler le patient dans les 15 jours

Fixer au patient un rendez-vous assez rapidement.

Connaitre le niveau d’activité et vos temps de conseils

CONSULTATION FLASH - ACTIVITÉ PHYSIQUE (5 MIN)

1. REPÉRER (45s)

- Jours / semaine (30 min AP)
- Temps assis/jour?

2. LEVIERS & FREINS (2 MIN)

Envie de bouger?

Peur (douleur/chute)

Coût

Isolement

Temps → Fractionner (3x10min) (3x10min), Escaliers)

3. STRATÉGIE PAR PROFIL



BPCO: "Crise ? → 3min Vélo + Inhalateur

Sédentaire:
"Déteste le sport"
→ Danse 10min



Arthrose:
"Bricoler?"
→ Etirements des mains

4. AUTO-EFFICACITE



7/10

Échelle: "Confiance 2 semanes ?

Si < 7: Objectif trop ambitieux Ajuster !

5. ORDONANCE FITT-VP

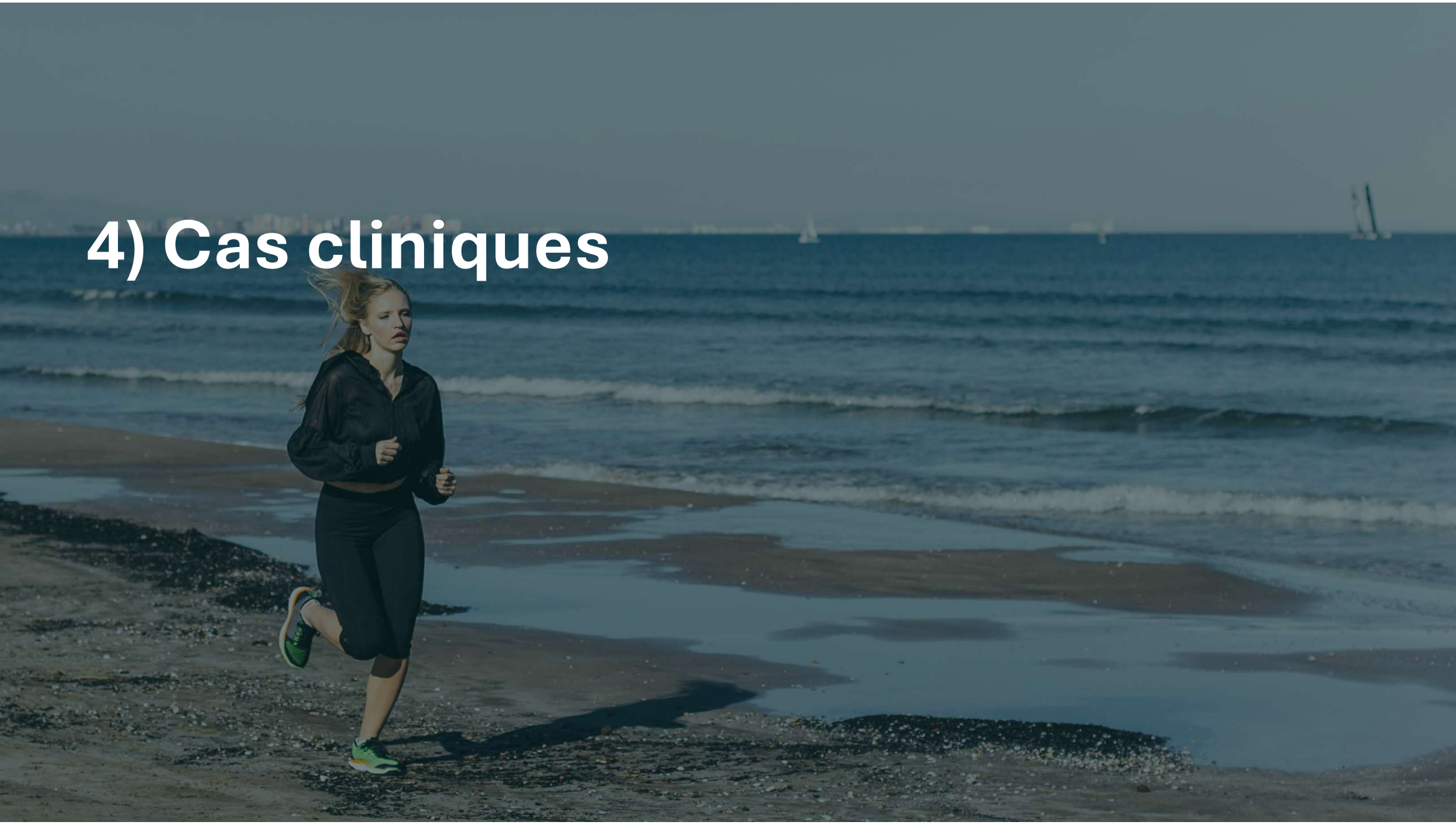
- Frequence: 5j/sem
- Intensité: "Parler,"
- Temps: 10-20 min
- Type: Marche, Vélo,

6. SUIVI LONG TERME

- Rappel J+15
- RDV D-Line

REFERENCES SCIENTIFIQUES

- Anses. Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Maisons-Alfort; 2016. https://www.anses.fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf
- Inserm. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective. Montrouge: EDP Sciences ; 2019. http://hdl.handle.net/10608/9690
- HAS. Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité. 2022 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
- HAS. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
- Temprado et al. Activité physique pour la prévention des troubles de la mobilité et du risque de chute au cours du vieillissement : Etat des lieux et recommandations. Chaire Active Aging 2.0. 2024.
- Interventions visant à accroître l'activité physique chez les personnes âgées : une méta-analyse Gérontologue. Août 2015;55(4):706-18
- Efficacité de la promotion de l'activité physique en soins primaires : revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés *BMJ* 2012;344:e1389



4) Cas cliniques

Patient 1 : Madame A, 80 ans, des antécédents cardio-vasculaires, a fait un AVC et s'est bien remise grâce à prise en charge kiné. Garde encore un discret trouble de l'équilibre ressenti sans déficit réel, mais qui lui fait surtout peur de sortir, et qui justifie de poursuivre la kiné. Sédentaire, sans aucune activité physique depuis le décès de son conjoint il y a 3 ans. Peur d'avoir un Alzheimer, et demande constamment des bilans à son médecin traitant.

Patient 2 : Monsieur B, 52 ans, surpoids, IMC = 30, pas d'activité physique, pré-diabète (glycémie à 1,2 à plusieurs reprises), BPCO débutante. Poussé par ses trois enfants, s'est arrêté de fumer il y a une dizaine d'années. Était responsable HSE dans la pétrochimie (Hygiène, Sécurité Environnement) mais vient de perdre son emploi (licenciement économique).

Patient 3 : Madame C, 71 ans. Polyarthrite rhumatoïde sous immunothérapie très efficace. Arthrose débutante aux genoux pour laquelle elle a des séances de kiné. Sa mère a eu un cancer du sein à 70 ans. Se rend à pied au club de bridge 2 fois par semaine.

Patient 4 : Monsieur D, 48 ans. Patient lombalgique récurrent, surpoids IMC = 30, suivi pour sa lombalgie par un kiné, sans autre antécédent. Caissier dans un grand magasin, travail très sédentaire. Grand amateur de jeux de rôles.

Patient 5 : Monsieur E, 83 ans. En bonne forme physique. Parcourt habituellement 3km à pied quotidiennement pour faire ses courses, puis sort une deuxième fois promener son chien. Il ne sort plus depuis deux semaines à cause d'un cor au pied qui lui rend la marche douloureuse. Vient vous demander conseil.

Patient 6 : Madame F, 29 ans, enceinte de 3 mois de son premier enfant, fait du handball en compétition : 2 entrainements + 1 match / semaine. Pratique la course à pied plusieurs fois par semaine. Profession : laveuse de vitres en hauteur (alpiniste).

Patient 7 : Madame G, 37 ans, s'est fait une entorse de cheville pendant une rando de plusieurs jours. Ne veut plus randonner par peur de se blesser de nouveau. Deux enfants en bas âges. Consultation kiné pour sa cheville.

Patient 8 : Monsieur H, 14 ans, IMC en augmentation, un peu déprimé, syndrome fémoro-patellaire pour lequel il commence des séances de kiné. Pratiquait des activités en club (échecs et gymnastique) mais a tout arrêté il y a 2 ans.

Patient 9 : Enfant I, 5 ans, IMC = 18 avec courbe de poids au-dessus de la moyenne depuis ses 2 ans. Sort peu. Limite de temps d'écran sur sa gameboy : 2 heures par jour. Les parents travaillent tard, c'est souvent les grands-parents qui vont le chercher en voiture à l'école et s'occupent de lui le soir.

Patient 10 : Madame J, 91 ans, commence à avoir du mal de sortir sans accompagnant, a peur de tomber, sa cane ne suffit plus. Ulcère veineux lymphatique de la jambe droite, 4 cm de diamètre. Passe beaucoup de temps à lire et faire des mots croisés.

Patient 11 : Monsieur K, 51 ans, IMC = 25. Diabétique, sous insuline, milieu socio-économique peu favorisé, travail sédentaire dans un ESAT. Passage d'IDEL pour l'insuline.

Patient 12 : Madame L, 76 ans, diabétique, amputée récemment des membres inférieurs. Vient de sortir de rééducation. Depuis son retour au domicile c'est son mari s'occupe de tout à la maison. Elle reste enfermée et ne veut plus sortir par peur du regard des autres. Passage d'IDEL pour surveillance post-opératoire.

Patient 13 : Madame M, 45 ans, IMC = 20. Cadre dans une entreprise privée, gameuse sur son temps libre. Aime rester chez elle. Vit seule, peu de proches, santé mentale fragile.

