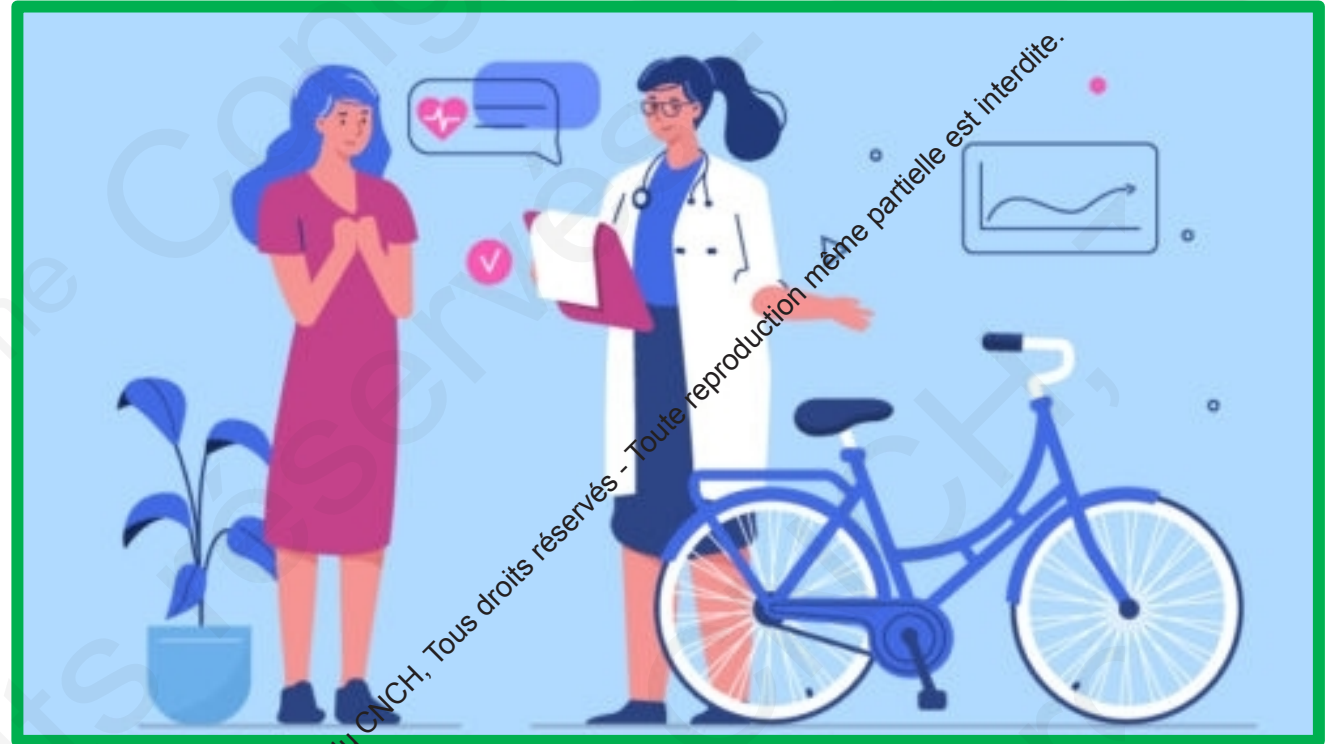




POURQUOI ET COMMENT FAIRE BOUGER LE PATIENT CARDIAQUE ?

Sport sur ordonnance
OUI mais ... en pratique ?



Carré François
Pr Émérite, Rennes



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT POTENTIELS

Intervenant : François CARRÉ, Rennes

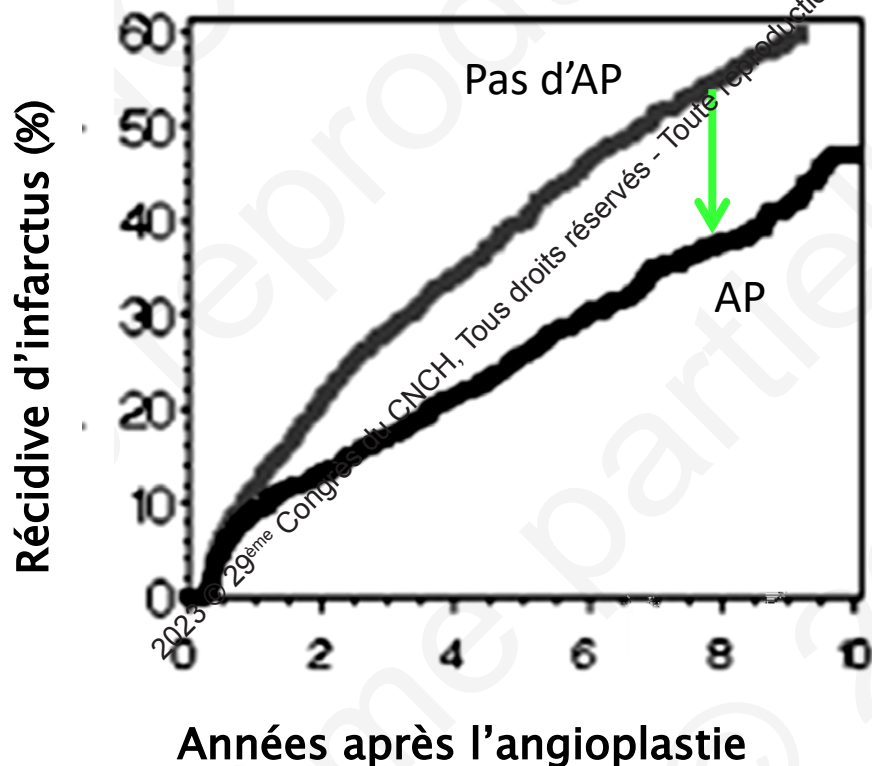
J'ai des liens d'intérêt potentiel à déclarer:

Conférences, formations :

Amgen, Astra-Zeneca, Bayer, Boehringer, GE, Lilly, Menarini, Mylan,
Novartis, Ricordati- Bouchara, Servier, Vayer, Viartis

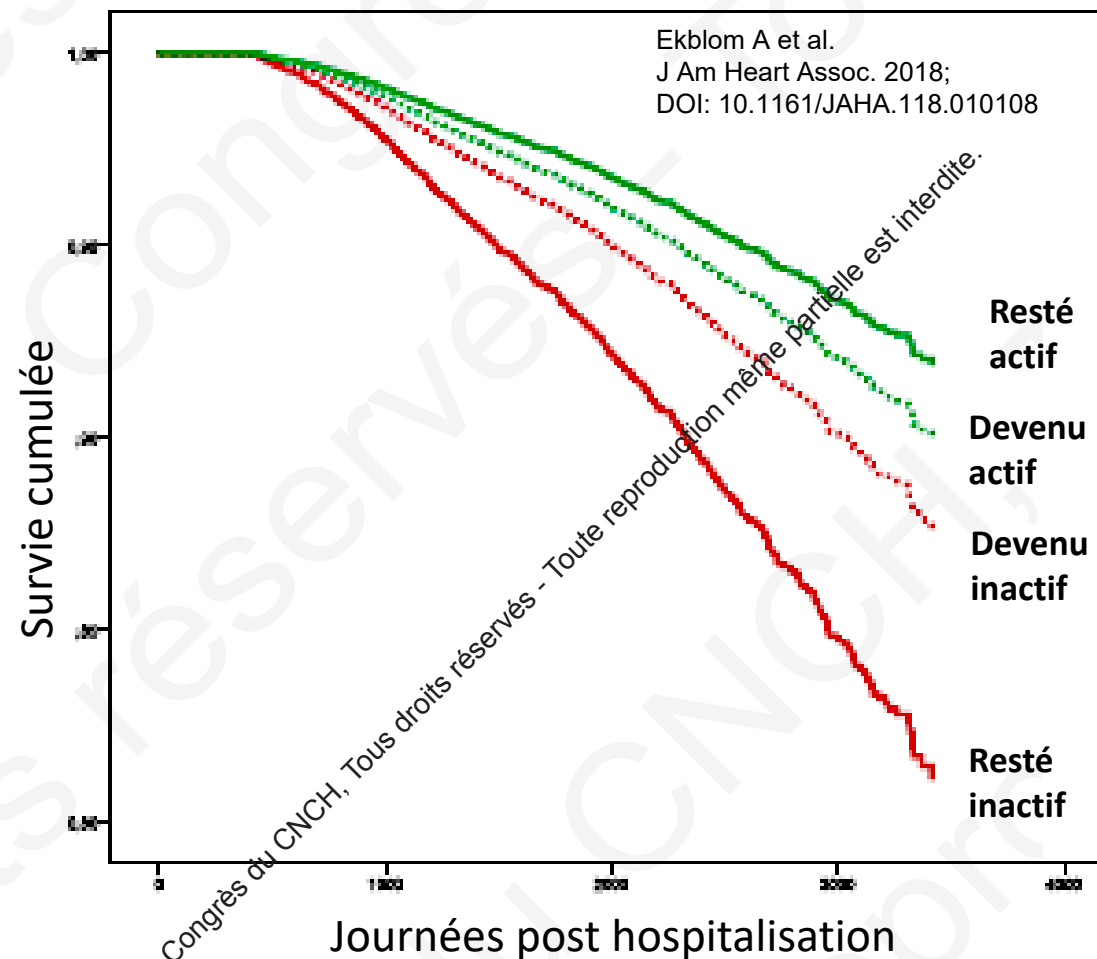
Activité physique et maladie coronaire

Goel K et al, Circulation 2011;123: 2344-2352



- 45 % mortalité toutes causes
- 31 % mortalité cardiaque
- 27 % récidive infarctus

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



AP pour rompre la spirale du déconditionnement



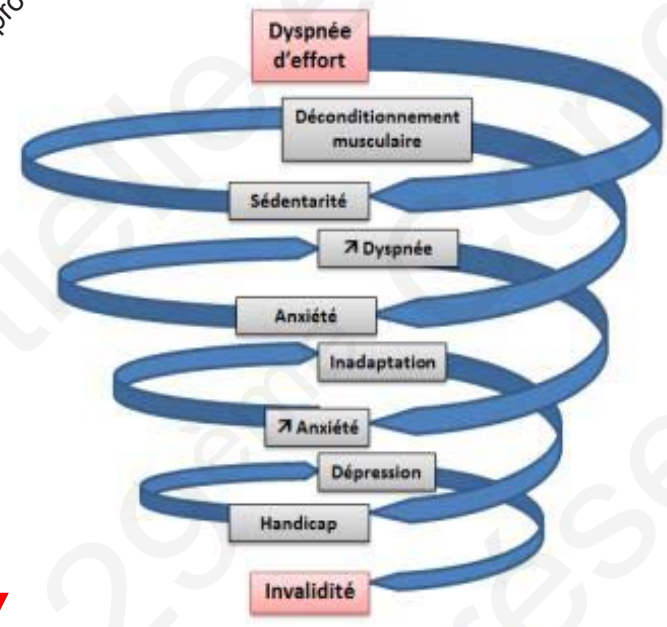
MALADIE CARDIAQUE STABLE

AGGRAVATION

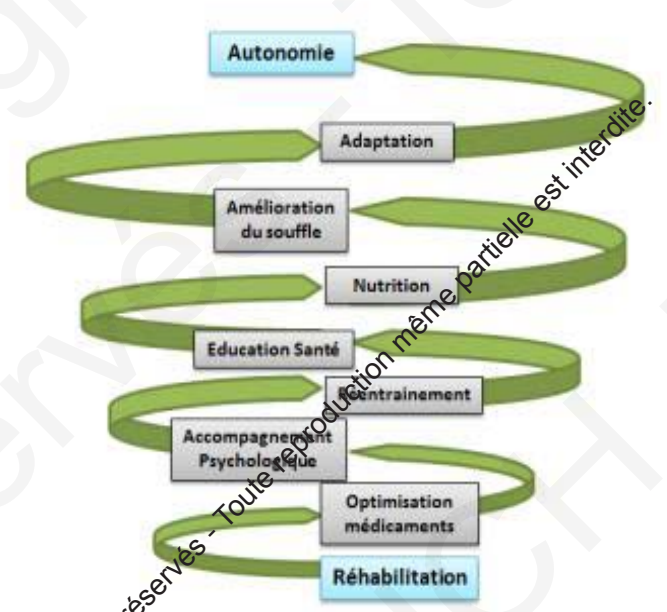
↓

Maladie coronaire
ICC
AOMI
AVC
Sujet/malade inactif-sédentaire

Déconditionnement



Reconditionnement



AMÉLIORATION

↑

RUPTURE

AP-APA



Activité physique est une thérapie non médicamenteuse validée nécessitant une **participation active du patient** en **interaction** ou non avec un professionnel spécialisé.



2022

[La Loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France](#) Parcours de soins des personnes atteintes d'une ALD ou d'une maladie chronique ou avec des FDR ou en perte d'autonomie, **le médecin intervenant dans sa prise en charge** peut prescrire une APA à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.



POUR TOUT MALADE CHRONIQUES STABLE

En plus du changement de mode de vie

Prescription écrite de l'activité physique adaptée

**NE PAS PRESCRIRE UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE A UN PATIENT
PORTEUR D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE EST
UNE PERTE DE CHANCE POUR LE MALADE**



1. Manque de connaissance concernant l'AP et ses bénéfices prouvés sur la santé
2. Craintes vis-à-vis des risques de survenue d'évènements cardiovasculaires graves chez un patient lors de la pratique d'une AP
3. Absence de directives/recommandations actuelles sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP
4. Absence de parcours structurés centrés sur la prescription d'AP
5. Coût pour le patient de la réalisation APA prescrite surtout si elle est encadrée

Outils de la HAS pour aider à lever ces freins

29^{ÈME}
CONGRÈS
CNCH



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité

Validé par le Collège le 13 juillet 2022

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ORGANISATION DES PARCOURS

Prescription d'activité physique et sportive Diabète de type 2

Ce référentiel complète les données du guide HAS sur la promotion, la consultation et la prescription d'activité physique et sportive pour la santé chez l'adulte. Il précise les spécificités de la consultation et de la prescription pour les patients atteints de diabète de type 2¹.

Contexte

En France, la prévalence du diabète sous traitement médicamenteux est à 4,6 % de la population, soit environ 3 millions de personnes. Cette prévalence augmente avec l'âge. À 80 ans, elle est plus élevée chez les hommes, 55 % versus 45 % pour les femmes. Elle augmente de façon plus importante dans les populations et régions défavorisées.

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

Le DT2 est fréquemment associé à d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire : un surpoids 39 %, une obésité 41 %, une HTA (49 %), une hypercholestérolémie (CETL > 1,3 g/l) (18 %) et un tabagisme (19 %) (étude Entred en France métropolitaine, 2007-2010). Le risque de mortalité liée au DT2, tous âges confondus, est de 1,45.

Définitions

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

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

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

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

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

¹ La terminologie de gradation des indications utilisée dans ce référentiel se réfère à la terminologie décrite dans le guide de promotion, consultation et prescription d'APS, HAS 2018, page 8.



Niveaux de limitation pour la prescription de l'activité physique à des fins de santé

Niveau 1 : Patients avec pathologie et/ou état fonctionnel justifiant de rééducation/ réadaptation.

Niveau 2 : Patients avec pathologie et/ou état fonctionnel nécessitant un programme d'activité physique adaptée (APA).

Niveau 3 : Patients physiquement inactifs/sédentaires capables de pratiquer une AP ou sportive nécessitant un encadrement par un professionnel du sport santé

Niveau 4 : Sujets physiquement inactifs/sédentaires capables de pratiquer une AP ou sportive ne nécessitant pas d'encadrement par un professionnel du sport santé

APA conditions pour sa prescription initiale

29^{ÈME}
CONGRES
CNCH



- Maladie chronique ou état de santé pour lequel les bénéfices de l'APA sont prouvés
- Avec un niveau d'AP régulière < aux recommandations de l'OMS
- Incapable d'augmenter son niveau d'AP en autonomie de façon adaptée et sécurisée
- Acceptant de changer son comportement inactif/sédentaire et de suivre un programme d'APA



L'APA EST PRESCRITE SOUS FORME D'UN PROGRAMME

- **STRUCTURÉ** : 2 -3 séances d'AP 45 - 60 min/ semaine, sur une durée de 3 mois, renouvelable associant exercices d'endurance aérobie et de renforcement musculaire ± équilibre, coordination, assouplissement ou respiratoires
- **INDIVIDUALISÉ, ÉLABORÉ ET SUPERVISÉ** par un professionnel de l'APA (MK ou enseignant APA-santé) en accord avec les besoins et envies du sujet
- **ADAPTÉ** à la pathologie, aux capacités fonctionnelles, risques et comorbidités du patient
- **ASSOCIÉ** à un accompagnement vers un **changement de mode de vie** (plus actif et moins sédentaire) et un **relais** vers une APS encadrées ou non

DEUX OBJECTIFS

- MOYEN TERME BONNE OBSERVANCE ET RÉALISATION DE L'APA
- LONG TERME AP EN AUTONOMIE ET SON MAINTIEN À VIE.



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

ÊTRE CONVAINCU POUR ÊTRE CONVAINCANT

ASSOCIER CONSEILS ORAUX ET ORDONNANCE ÉCRITE

INFORMER

Bienfaits de l'AP ± APA

MOTIVER

Évaluer-développer la motivation intrinsèque du sujet et diminuer son ambivalence. **Entretien motivationnel essentiel**

EVALUER

Capacités et limites (cardiorespiratoire, locomotrices, cérébrales/sensorielles)

RASSURER

Seulement si justifié consultation d'AP dédiée, examens complémentaires et avis spécialisés ciblé

GUIDER

Renseigner sur les structures d'accueil pour l'APA

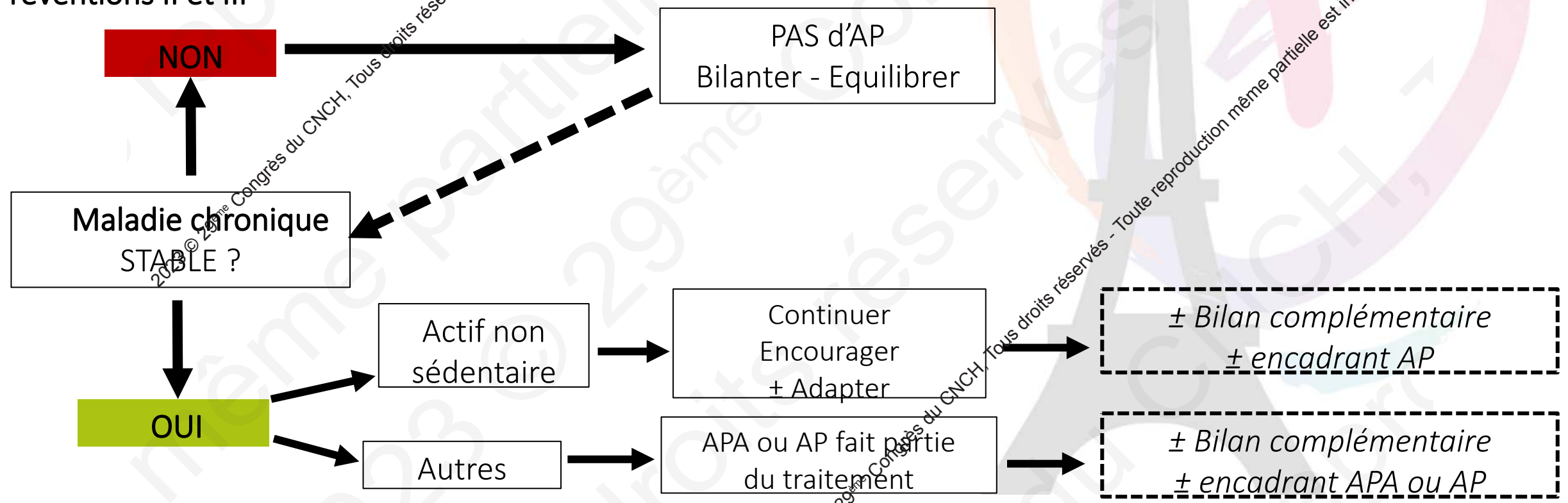
ACCOMPAGNER

S'intéresser et encourager + programmer consultation de suivi

Toujours recommandations AP et lutte contre sédentarité quotidiennes

Prévention I : Si demande du patient pour une activité sportive le guider selon ses souhaits, **but le plaisir** ± encadrant

Préventions II et III





RESPECTER LE *FITT*

F = Fréquence séances/semaine

Minimum 2/semaine surtout aérobie
Equilibre effort/ récupération

I = Intensité de l'AP

Selon sensations ressenties
(essoufflement, difficulté)
sur EVA 0 à 10 niveau 5 à 7.

T = Temps

Durée du travail hors échauffement
et retour au calme. 20 à 30 minutes

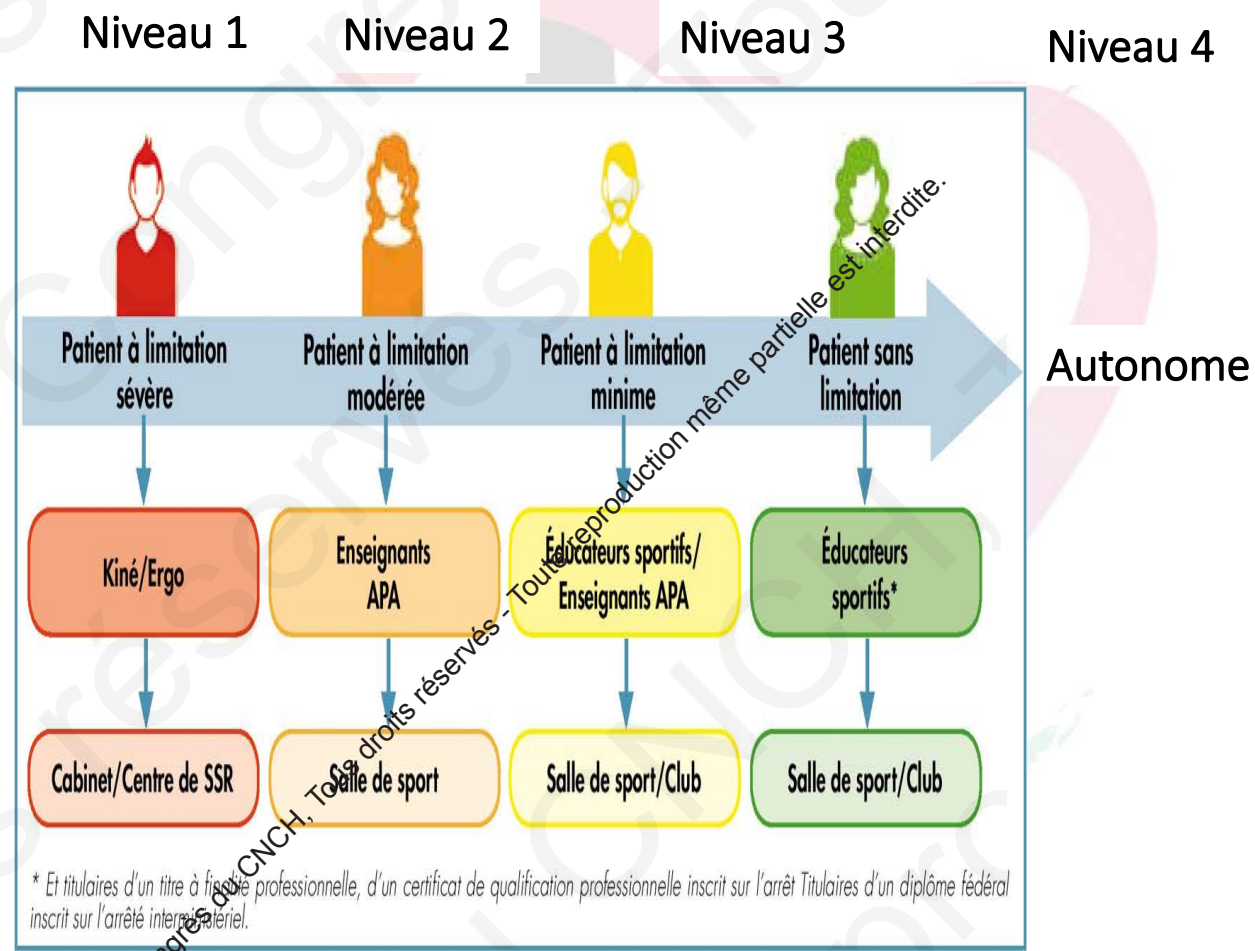
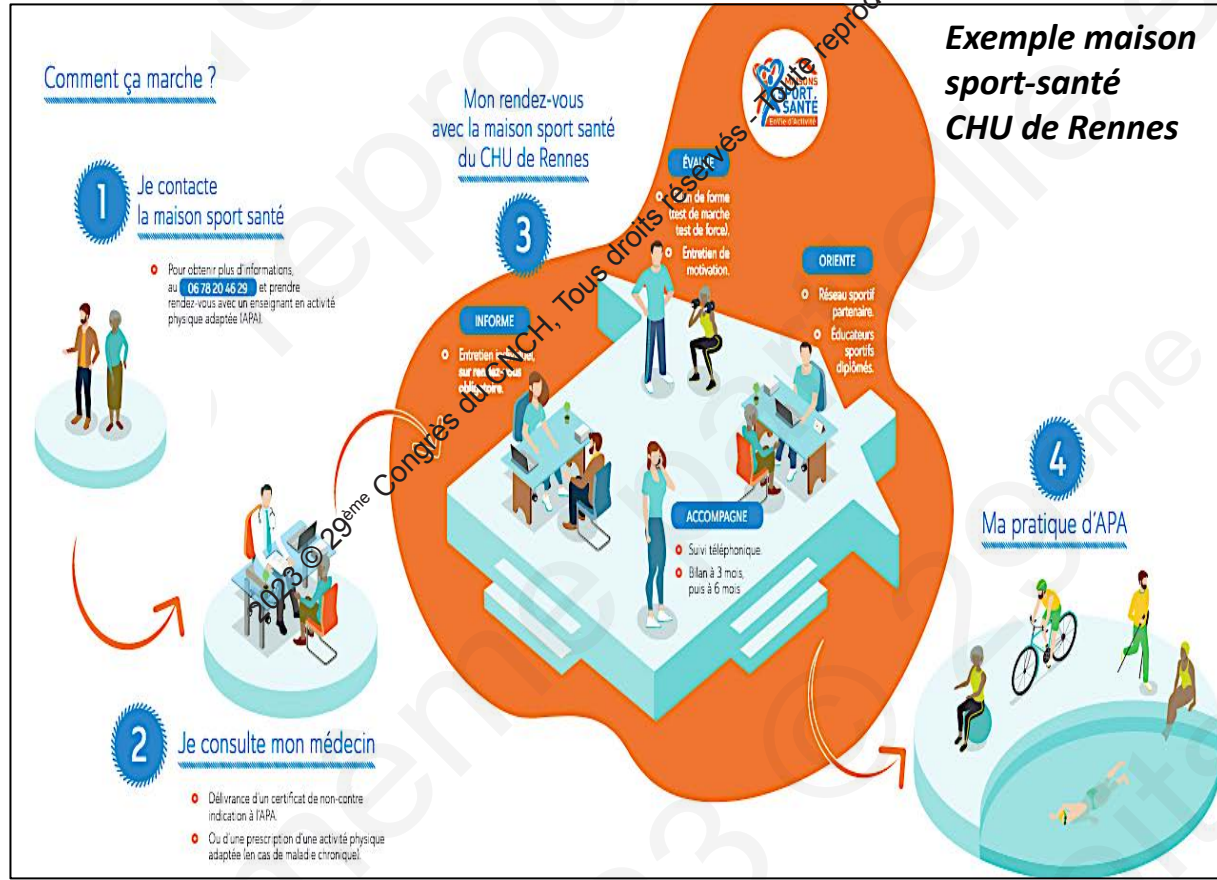
T = Type d'AP

Endurance (aérobie/musculaire),
Renforcement musculaire
Souplesse
Équilibre-coordination



Les maisons sport santé

Les professionnels de sport santé



Informations, MSS, ARS, ministère des sports, CNOSF

Le remboursement



Assurances et mutuelles -> prises en charge variées pour rembourser les séances APA → très peu utilisées (choix ? ignorance?...)

Collectivités avec des voies similaires (Strasbourg depuis 2012)

Expérimentations (article 51) financées par la CNAM en cours

Observance pour l'APA semble aussi médiocre que pour les autres traitements des ALD.



« Il est évident que ce sont le ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie qui freinent. »

V. Fourneyron, ministre à l'origine de la première loi sur le sport sur ordonnance



L'AP agit en prévention I, II et III de nombreuses maladies chroniques, facteurs de risques et situations de perte d'autonomie

L'APA est une thérapeutique non médicamenteuse validée

Tous les médecins peuvent prescrire de l'APA, mais tous les patients n'ont pas besoin d'un programme APA.

Ne pas avoir peur de l'APA et ne pas faire peur pour sa pratique

Indications des examens complémentaires limitées et ciblées.

Avis médical pas toujours nécessaire pour commencer ou augmenter une AP
Freins encore puissants liés à la population, au monde médical et paramédical et aux politiques et responsables de la gestion des coûts de la santé qui paraissent avoir le plus de possibilité pour permettre un débloqué

29^{ÈME}
CONGRES
CNCH



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege



@CNCHcollege



Si vous voulez devenir Ambassadeur social média CNCH adressez-nous un email à cnch@sfcadio.fr