

Prescription d'Activité Physique & Lombalgie commune

MM. Lefèvre-Colau, A. Roren, C. Daste, MO Chagnas, C. Nguyen, F. Rannou

Université Paris Cité, Faculté de Santé, UFR de Médecine, 75006 Paris,

AP-HP. Centre-Université Paris Cité,

Service de Rééducation et de Réadaptation de l'Appareil Locomoteur et des Pathologies
du Rachis, Hôpital Cochin, 75014 Paris, France.

Cas clinique Monsieur N., 55 ans, professeur des écoles, sans antécédent notable, vous consulte en urgence pour une lombalgie aiguë survenue le jour-même sur son lieu de travail alors qu'il soulevait un carton de livre . La douleur lombaire est intense à 8/10. Il n'y a pas d'irradiation aux membres inférieurs.

Pas d'altération de l'état général

Atcds =0

mdv P 75kg / T 84 IMC 25

tabagisme 8 PA

À l'examen physique, La marche est difficile. Vous notez une déformation du rachis lombaire en inflexion latérale droite et en antéflexion. Toute tentative de redressement du tronc exacerbe les douleurs.

L'examen neurologique est normal.

QRM 1 : En l'absence de signes de gravité ou évocateurs d'une origine secondaire de la lombalgie, vous ne prescrivez pas d'examen d'imagerie.

Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous à Monsieur N. ?

1. Anti-inflammatoires non-stéroïdiens en l'absence de contre-indication
2. Encourager le patient à rester aussi actif que possible
3. Arrêt de travail prolongé
4. Antalgiques classe 1 et 2
5. Repos au lit

Bonne réponse 1,2,4

- Encourager le patient à rester aussi actif que possible a un effet positif sur la douleur et les limitations d'activité
- Arrêt de travail court
- Aménagement du poste
- Education: pronostic, évolution réassurance, surveillance



Dahm KT et al. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2010;(6):CD007612.

Mal de dos: le bon traitement, c'est le mouvement.

Comment soulager rapidement ce mal de dos ?



Dans la majorité des cas, le mal de dos évolue vers la guérison sans séquelles. Mais si la douleur disparaît, elle peut revenir : c'est la rechute.

Je reste actif, je bouge pour avoir moins mal et moins longtemps, et j'adapte mon environnement (par exemple : la hauteur du plan de travail).

Les trois objectifs du traitement

- 1 Soulager.**
Toutes les techniques sont bonnes (chaleur, autoétirements, médicaments).
- 2 Renforcer les muscles du dos.**
Maintenir un maximum d'activité.
- 3 Limiter le nombre de rechutes.**
Débuter ou poursuivre un sport.



Monsieur N. vous consulte 6 mois plus tard car les lombalgies ont persisté malgré le traitement médical bien conduit, avec une intensité moyenne à 6/10.

Il n'a pas réussi à reprendre son travail.

Il est inquiet de la situation et rapporte être irritable.

À l'examen physique le rachis est douloureux à la mobilisation, l'indice de Schöber est à 10+1 cm et la distance doigts-sol à 42 cm. Vous notez une appréhension aux mouvements.

Monsieur N. vous montre sa radiographie.

QRM 2 : Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous ?

1. Antalgique de palier 3
2. Maintien du niveau maximal d'activités physiques compatible avec la douleur
3. Avis chirurgical
4. Anti-inflammatoires non-stéroïdiens au long cours
5. Rééducation: exercices physiques supervisés

Bonne réponse 2,5



Prescription d'activité physique et sportive dans la LLC selon les 4 niveaux de la HAS

Les patients souffrant de LLC peuvent être répartis en 4 groupes fonctionnels selon les retentissements biopsychosociaux.

Les niveaux d'intervention par l'AP pour ces 4 groupes vont aussi dépendre des capacités du patient à suivre les recommandations d'AP qui lui seront données sans risque, seule ou avec une supervision (Guide HAS)

- Niveau 1 :
 - Patients nécessitant une prise en charge en structures de rééducation/réadaptation
 - patients en post-chirurgie lombaire au cours des 6 premiers mois (arthrodèses, prothèses, recalibrage, cure hernie discale, ...)
 - patients présentant une éventuelle radiculalgie et/ou signes neurologiques associés ,trouble de la statique,
 - Patients présentant une lombalgie non stabilisée sur le plan lésionnel
 - patients souffrant de lombalgie commune chronique avec un déconditionnement à l'effort associé à un retentissement biopsychosocial (arrêt travail prolongé, dépression...)
- Niveaux 2 :
 - patients présentant LCC et adressé sur ordonnance pour un programme d'APA à un professionnel de l'APA (professionnel de santé en rééducation ou enseignant en APA-S).
 - patients présentant une LCC avec comorbidité
 - patients présentant LCC stabilisé avec un déconditionnement à l'effort associé à un retentissement biopsychosocial modéré: programmes d'activité physique adaptée (APA)
- Niveau 3 : patients présentant une LCC sans limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, ayant des douleurs modérées, et un retentissement biopsychosocial faible : AP ou sportive supervisée par un APA ou éducateur sportif ou personnel formé si le patient ne répond pas à un des 3 critères du niveau 4.
- Niveau 4 :
 - Patients motivés, capable de suivre les recommandations d'AP seul et dont l'état de santé et les besoins (sociaux, émotionnels, médicaux) n'exigent pas un programme d'APA, ni un programme de rééducation/réadaptation
 - Patients en autonomie

NB. Pour les 4 niveaux les recommandations : une réduction du temps passé à des activités sédentaires et son fractionnement, une reprise précoce des activités quotidiennes, des exercices physiques quotidiens selon les recommandations de l'OMS.

La pratique de l'AP principalement sous formes d'exercices physiques adaptés est reconnue comme la stratégie principale de la prise en charge des lombalgies chroniques communes dans toutes recommandations nationales et internationales

L'AP est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune

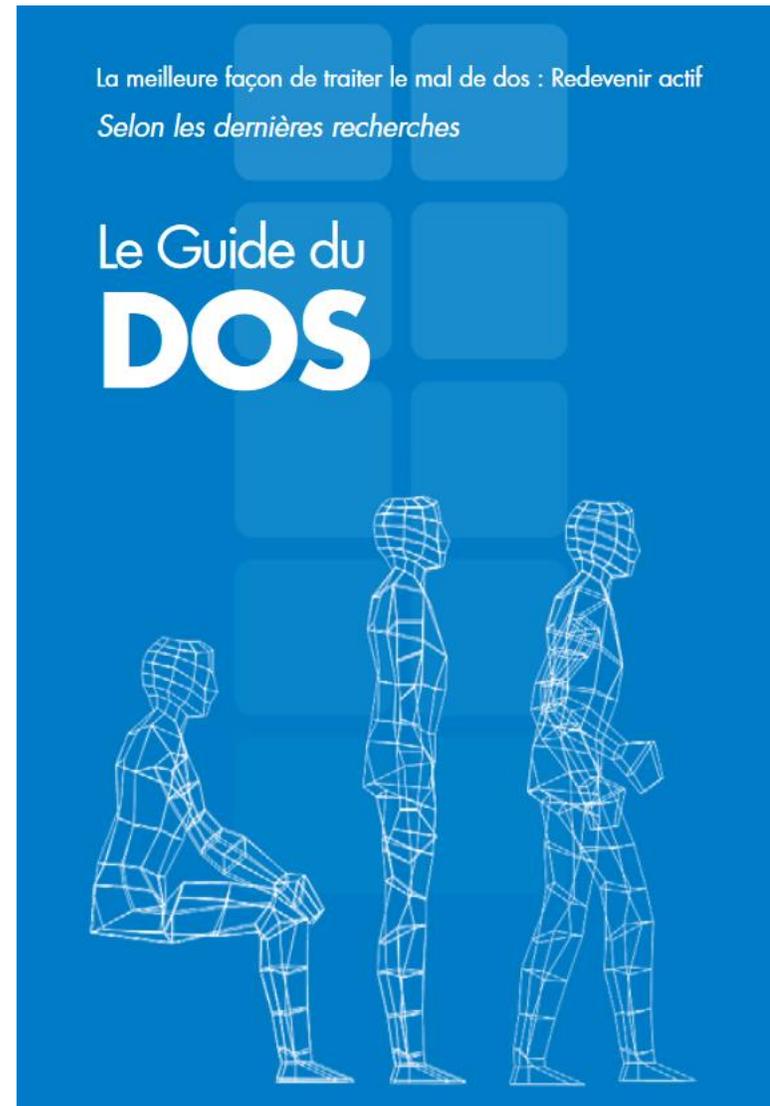
*L'AP peut impliquer des **exercices thérapeutiques**, spécifiques ou non spécifiques, ou combiner des deux. Les exercices spécifiques visent à réduire et/ou à prévenir les déficiences et les limitations d'activité spécifiques liées à la perte de mobilité rachidienne, la diminution de la force et de l'endurance musculaires et à l'hypo-extensibilité des membres inférieurs.*

*Une autogestion et une **reprise des activités quotidiennes** précoce, y compris si possible la **reprise précoce de l'activité professionnelle** est recommandée.*

L'éducation dont le but est de lutter contre le modèle « peur-évitement » qui permet d'expliquer certains comportements vis-à-vis de la douleur, tel que la kinésiophobie, (peur irrationnelle du mouvement, résultant d'un sentiment de vulnérabilité).

Education Thérapeutique/réassurance/self management

-Médecins
programme livret d'information/ éducation
(type guide du dos)



Garofoli R, Boisson M, Segretin F, Linières J, Gérard C, Moreau S, leong E, Chagny F, Bedin C, Lefèvre-Colau MM, Rannou F, Roren A, Nguyen C.
Feasibility of a short multidisciplinary education and exercise therapy program for patients with non-specific low back pain: A 3-month retrospective open pilot study. AnnPhys Rehabil Med. 2019

QRM 3 : Quel(s) sont le(s) objectif(s) de la rééducation chez Monsieur N. ?

1. Améliorer la mobilité du rachis et des membres inférieurs
2. Améliorer la force/endurance des muscles érecteurs du rachis
3. Sensibiliser aux bienfaits de l'activité physique
4. Améliorer la tolérance à l'effort
5. Obtenir une antalgie complète et définitive

Bonne réponse 1,2,3,4

Rationnel des exercices dans la lombalgie chronique

Repose sur les conséquences de l'inactivité induite douleur lombaire

- Altération force & endurance musculaire extenseurs du rachis,
- Raideur sus et sous pelvienne
- Diminution du contrôle neuro-moteur
- Capacité d'adaptation à l'effort diminuée.



L'inactivité physique qui en découle rend le retour à un niveau d'activité satisfaisant plus difficile, **syndrome de déconditionnement**.

Les programmes de rééducation comprennent le plus souvent une phase supervisée permettant l'apprentissage d'un autoprogramme personnalisé d'exercices renforcement musculaire/ assouplissement/ contrôle neuromoteur ("core stability exercises" ou "motor control exercises") et exercices d'endurance aérobie.

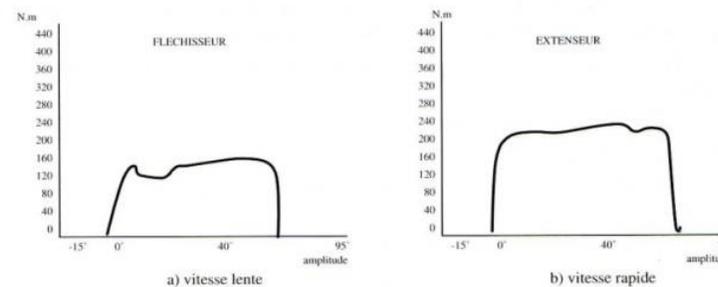


FIG. 1. — Tracés normaux.

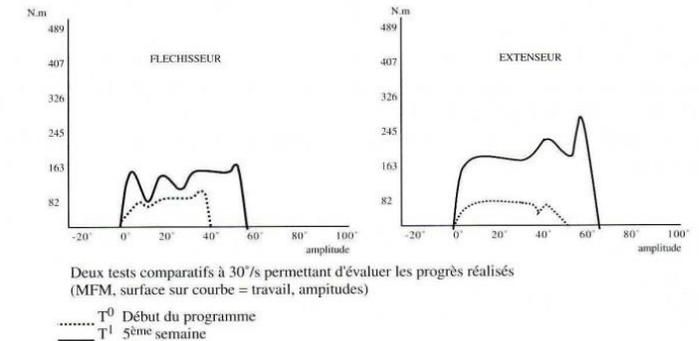


FIG. 2. — Constatations chez le lombalgique.

À la phase chronique, les exercices ont fait la preuve de leur efficacité sur la douleur et les limitations

d'activité avec un effet traitement faible

Dans la lombalgie commune chronique (LCC)

les exercices sont efficaces à court terme sur la douleur et à long terme sur la fonction par rapport aux soins usuels, avec un niveau de preuve élevé.

RS Cochrane méta-analyse Hayden 2020 (27 ECR)/3514 patients)

montre que par rapport à l'absence de traitement/soins usuels,

l'exercice réduit la douleur (effet moyen = 10,7, IC à 95 % 14,1 à 7,4) et les limitations d'activités (incapacité) (effet moyen = 10,2, IC à 95 % 13,2 à 7,3) à court terme de façon cliniquement pertinente.

RS Cochrane 2010 de Choi montre que comparativement à l'absence d'intervention, l'exercice réduit le **taux de récurrence** à 1 an (odds ratio [OR] 0,50, IC à 95 % 0,34 à 0,73).



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Access provided by: [Assistance](#)

Cochrane Reviews ▾

Trials ▾

Clinical Answers ▾

About

[Cochrane Database of Systematic Reviews](#) | [Review - Intervention](#)

Exercise therapy for chronic low back pain

✉ Jill A Hayden, Jenna Ellis, Rachel Ogilvie, Antti Malmivaara, Maurits W van Tulder

Authors' declarations of interest

Version published: 28 September 2021 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009790.pub2>

[Open in table viewer](#)

Summary of findings 1. Summary of findings: Exercise treatment compared with no treatment, usual care or placebo for chronic low back pain

Outcomes	Anticipated absolute effects ^a		Number of participants (studies; study groups)	Certainty of the evidence (GRADE) ^a
	Without exercise (no treatment, usual care or placebo ^b)	Difference with exercise		
Pain intensity (0-100; 0 = no pain): Earliest follow-up (time point closest to 3 months)	The mean pain intensity outcome at follow-up ranged across the no treatment, usual care or placebo comparison groups from 21 to 81.	The mean pain intensity in the exercise treatment groups was 15 points better than the no treatment, usual care or placebo comparison groups at follow-up (12 to 18 points better).	Participants = 2746; studies = 35; study groups = 47	⊕⊕⊕⊖ moderate ^c due to risk of inconsistency
Functional limitations (0-100; 0 = no functional limitations): Earliest follow-up (time point closest to 3 months)	The mean functional limitations outcome at follow-up ranged across the no treatment, usual care or placebo comparison groups from 7 to 58.	The mean functional limitations in the exercise treatment groups was 7 points better than the no treatment, usual care or placebo comparison groups at follow-up (5 to 8 points better).	Participants = 2942; studies = 38; study groups = 50	⊕⊕⊕⊖ moderate ^d due to potential publication bias

^aThe anticipated absolute effects without exercise come from the range of outcomes at follow-up in the no treatment, usual care or comparison groups.

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of effect.

Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate. The true effect is likely to be close to the estimate of effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited. The true effect may be substantially different from the estimate of effect.

Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate. The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

^a For all comparisons and outcomes - certainty may be raised to high given that further similar research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

^b Observed effects were consistent when we performed a post hoc sensitivity analysis restricting to only placebo-controlled trials.

^c Seven studies (10 groups; 526 participants) were judged to have high risk of bias (19% of participant data). Exclusion of these studies in sensitivity analysis did not change conclusions. Serious unexplained inconsistency (substantial heterogeneity $I^2 = 75%$, point estimates and confidence intervals varied considerably). No concerns about indirectness or imprecision. No evidence of publication bias (Egger's test, $P = 0.30$).

^d Nine studies (13 groups; 495 participants) were judged to have high risk of bias (17% of participant data). Exclusion of these studies in sensitivity analysis did not change conclusions. Some unexplained inconsistency (moderate heterogeneity $I^2 = 38%$, point estimates and confidence intervals varied). No concerns about indirectness or imprecision. Some evidence of publication bias (Egger's test, $P = 0.005$).

*Monsieur N. vous consulte 8 mois plus tard, les lombalgies se sont améliorées avec une intensité moyenne à 2/10.
Il commence à s'assouplir au niveau des jambes et du rachis
Il a réussi à reprendre son travail.
Il aimerait reprendre une activité physique et/ou sportive
Il a arrêté toutes activités sportives depuis plus de 10 ans pour des raisons professionnelles et d'emploi du temps personnel et qu'il a peur de se blesser.*

QRM 4 : que lui prescrivez vous ?

1. Prescription d'activité physique adaptée
2. Expliquer les effets secondaires de la sédentarité
3. Continuer la rééducation au long cours
4. Reprendre le judo en compétition
5. Essayer des cours de Pilate

Bonne réponse 1,2,5

Prescription d'activité physique et sportive dans la LLC selon les 4 niveaux de la HAS

Les patients souffrant de LLC peuvent être répartis en 4 groupes fonctionnels selon les retentissements biopsychosociaux.

Les niveaux d'intervention par l'AP pour ces 4 groupes vont aussi dépendre des capacités du patient à suivre les recommandations d'AP qui lui seront données sans risque, seule ou avec une supervision (Guide HAS, tableau 3 - page 15)

- Niveau 1 :
 - Patients nécessitant une prise en charge en structures de rééducation/réadaptation
 - patients en post-chirurgie lombaire au cours des 6 premiers mois (arthrodèses, prothèses, recalibrage, cure hernie discale, ...)
 - patients présentant une éventuelle radiculalgie et/ou signes neurologiques associés
 - patients souffrant de lombalgie commune chronique avec un déconditionnement à l'effort associé à un retentissement biopsychosocial (arrêt travail prolongé, dépression...)
- Niveaux 2 :
 - patients présentant une LCC et adressé sur ordonnance pour un programme d'APA à un professionnel de l'APA (professionnel de santé en rééducation ou enseignant en APA-S).
 - patients présentant une LCC avec comorbidité
 - patients présentant une LCC stabilisé avec un déconditionnement à l'effort associé à un retentissement biopsychosocial modéré: programmes d'activité physique adaptée (APA)
- Niveau 3 : patients présentant une LCC sans limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, ayant des douleurs modérées, et un retentissement biopsychosocial faible : AP ou sportive supervisée par un APA ou éducateur sportif ou personnel formé si le patient ne répond pas à un des 3 critères du niveau 4.
- Niveau 4 :
 - Patients motivés, capable de suivre les recommandations d'AP seul et dont l'état de santé et les besoins (sociaux, émotifs, médicaux) n'exigent pas un programme d'APA, ni un programme de rééducation/réadaptation
 - Patients en autonomie

NB. Pour les 4 niveaux les recommandations : une réduction du temps passé à des activités sédentaires et son fractionnement, une reprise précoce des activités quotidiennes, des exercices physiques quotidiens selon les recommandations de l'OMS.

Les conditions de prescription médicale initiale d'une APA

La prescription d'un programme d'APA doit répondre à 4 conditions pour se justifier et garantir son efficacité à court, mais aussi moyen et long terme (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 professionnels de l'APA sont :

- soit un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychomotricien, qui sont des professionnels de santé ;
- soit un enseignant APA-S qui n'est pas un professionnel de santé, mais qui est titulaire au minimum d'une licence mention STAPS « activité physique adaptée et santé ».

L'Activité Physique Adaptée en association aux exercices physiques **constitue un axe principal du traitement de la lombalgie commune, pour améliorer les douleurs et les capacités fonctionnelles et pour lutter contre le déconditionnement physique.**

Afin de maintenir les effets bénéfiques des exercices physiques , il est conseillé de réaliser des activités physiques adaptées et/ou sportive régulière au long cours

Meng XG, Yue SW. Efficacy of aerobic exercise for treatment of chronic low back pain: a meta-analysis. American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists. 2015;94(5):358–65.

Le niveau d'AP est généralement plus bas chez les personnes souffrant d'un handicap dans le cadre d'une lombalgie commune chronique

Lin CW,. Relationship between physical activity and disability in low back pain: a systematic review and meta-analysis. Pain. 2011

GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol.

Exercices globaux d'endurance aérobie

La marche, le vélo, la course et les exercices aquatique sont des effets positifs en terme d'antalgie, amélioration des capacités fonctionnelles et qualité de vie **comparé à l'absence d'intervention ou comparé à une intervention minimale.**

Pocovi NC et al Walking, Cycling, and Swimming for Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review With Metaanalysis. J Orthop Sports Phys Ther. févr 2022

Exercices de type mind body centrés sur le corps et l'esprit (Tai-chi, Yoga et Pilates)

Tai-Chi, le Yoga et le Pilate semble montrer un effet sur la douleur mais leur place reste à définir par rapport aux autres exercices dans La LCC.

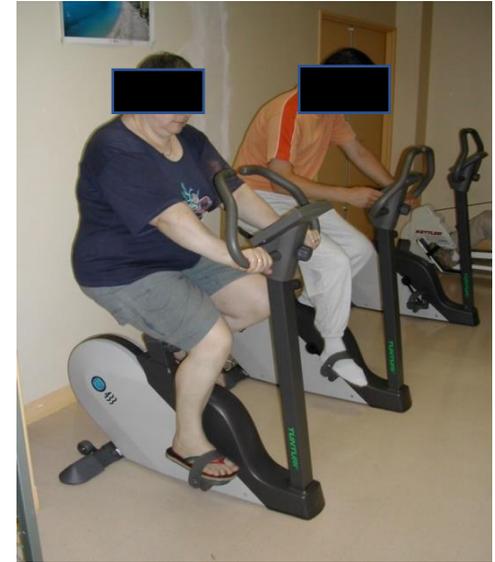
2 RS, Chou 2017 (2 ECR, 480 patients) et Kong LJ 2016 montre que

- **TaiChi** diminue la douleur en fin de traitement par rapport à l'absence de traitement que le
- **Yoga** comparé avec l'absence d'exercices, améliore la fonction.

RS Cochrane de 2015 (10 ECR, 510 participants) montre que le **Pilate** par rapport à une intervention minimale, permet une réduction de la douleur et de la fonction à court et moyen terme.

Yamato TP,. Pilates for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015

Les exercices aérobies entre 40 % et 60 % de la fréquence cardiaque de réserve associés à des exercices de renforcement musculaire et de gainage (core stabilisation) sont recommandés



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.

Tableau 3. Les indications d'une consultation médicale d'AP avant une prescription d'APA

Ces indications reposent essentiellement sur :

- un risque de survenue d'accident cardio-vasculaire grave lié à l'AP, qui va dépendre essentiellement : du niveau de risque cardio-vasculaire du patient, de son niveau habituel d'AP (physiquement actif ou inactif) et de l'intensité de l'AP envisagée (cf. guide page 22) ;
- un risque majoré de blessures musculo-squelettiques (cf. guide page 23) ;
- des critères en lien avec une pathologie ou un état de santé (cf. guide page 24 et référentiel d'aide à la prescription d'AP de la pathologie ou de l'état de santé ciblé).

Le repérage l'activité p

1. Le repérage e

L'utilisation d'un auto-
augmenter une AP d'ir
d'évènements cardio-v
quels un avis médical

Le questionnaire sur l'a
comprend 7 questions
désirant s'engager dar

Il peut aussi être prop
APA ou un éducateur
d'intensité au moins m

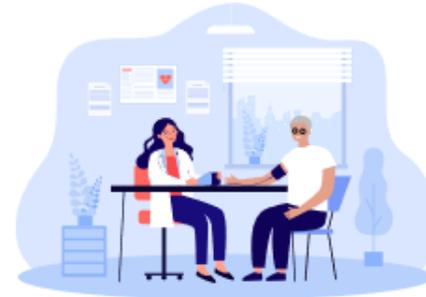
Tableau 6. Le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous : Q-AAP+

	oui	non
Lisez les 7 questions avec attention et répondez à chacune avec honnêteté, par oui/non		
1. Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque <input type="checkbox"/> ou d'une hypertension <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'AP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autres qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lister les maladies ici :		
5. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment augmenter votre activité physique ?

Votre médecin vous aide à augmenter votre activité physique

Il vous conseille et vous soutient dans vos efforts. Si nécessaire, votre médecin fait un bilan de votre condition physique avant que vous vous lanciez.



Vous fixez ensemble des objectifs réalistes

Vous diminuez vos activités sédentaires, le temps passé assis ou devant des écrans..



Vous augmentez votre activité du quotidien : vous empruntez les escaliers, vous déplacez à pied ou à vélo le plus souvent possible, promenez votre chien..



Vous participez à un programme d'activité physique adaptée (APA)

- Prescrit par un médecin
- Encadré par un professionnel de santé ou un enseignant en APA
- Progressif, personnalisé, sécurisé
- Pour une durée limitée



Vous faites de l'activité physique supervisée ou du sport-santé

- Parfois prescrit par un médecin
- Encadré par un éducateur sportif formé
- En groupe
- Adapté mais non personnalisé



Vous pratiquez une activité physique ou sportive régulière et autonome

- Celle qui vous plaît
- Le plus longtemps possible



- **Votre patient s'interroge à juste titre sur d'éventuelles activités à privilégier ou à déconseiller.**
- **Il y a peu d'articles sur ce sujet.**
- Il est consensuellement reconnu que toute activité physique pratiquée à intensité modérée n'augmente pas le risque d'aggravation ou de récurrence de la lombalgie commune
- Pour les sports impliquant des charges excessives à soulever, comme l'haltérophilie, le judo ou la musculation intensive, chaque cas doit être évalué individuellement
- Les risques et les bénéfices de plusieurs types d'activités AP de loisir et de chaque sport dans la lombalgie commune sont décrits dans les deux tableaux suivants.
- la qualité des études ne permet pas de dégager des évidences fortes. De nombreux sports comme le ski n'ont pas été étudiés .

Activité	Caractéristiques de la pratique	Bénéfices dans la lombalgie chronique non spécifique	Risques dans la lombalgie chronique non spécifique
Marche	Activité physique la plus simple à pratiquer.	Amélioration des symptômes (faible niveau de preuve). [42]	Pas d'effet délétère retrouvé. La marche rapide n'entraînerait pas d'exacerbation des plaintes. [43]
Marche nordique	Marche à l'aide de bâtons.	Amélioration des symptômes si activité supervisée par un instructeur, sans effet statistiquement significatif par rapport au groupe non supervisé ou contrôle. [44]	Pas d'effet délétère notable retrouvé. [44]
Course à pied	Impacts répétés sur les membres inférieurs et le tronc.	Courir régulièrement à intensité modérée n'augmenterait pas la lombalgie et pourrait même l'améliorer. [45,46]	Influence de la qualité du chaussage, de l'entraînement et de la régularité sur la lombalgie. [46,47]
Aquagym et Natation (crawl, brasse, dos et papillon)	Inhibition des effets de la gravité sur l'appareil locomoteur.	Bénéfice d'exercices thérapeutiques structurés [48,49] Contraintes mécaniques moindres mais pas d'effet bénéfique prouvé des différents types de nage.	Risques potentiellement augmentés avec la nage papillon (effort plus intense en hyperlordose). [50]
Tai chi	Art de combat doux et sans contact.	Amélioration des douleurs et du handicap sur un programme de 10 semaines. [51]	Pas de données probantes.
Yoga (types Viniyoga & Iyengar)	Mobilisation douce du rachis dans tous les plans, maintien de postures en isométrique.	Amélioration des douleurs et de l'incapacité à court et long terme. Pas d'évidence que le Yoga est plus efficace que le Tai Chi ou des programmes d'exercices. [52,53]	Pas d'effet délétère notable retrouvé. [52]
Vélo	Différents types de pratique: ergocycle, vélo de ville, vélo tout chemin (VTC), vélo tout terrain (VTT), vélo de route.	Bénéfice via l'activité aérobie générée par des exercices supervisés sur vélo. [54] Pas de bénéfice prouvé du vélo de loisir.	30% des plaintes des cyclistes de loisir sont des douleurs de dos. [55] Risque de douleurs augmentés en cas de position inconfortable sur le vélo. [56,57]

Tableau 1 : Effets de différentes activités de loisir dans la lombalgie chronique. Adapté de Ribaud. [41]

Ribaud A, Tavares I, Viollet E, Julia M, Herisson C, Dupeyron A. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2013;56(7-8):576–94.

Activité	Description des principaux mouvements	Bénéfices dans la lombalgie chronique non spécifique	Risques dans la lombalgie chronique non spécifique
Football	Sprints courts, accélérations et arrêts brusques, dribbles, passes, shoots, pivots, contacts avec adversaire.*	Amélioration de l'activité et coordination du tronc. [60]	Contrôle lombo-pelvien altéré chez des footballeurs professionnels souffrant de lombalgie. [61] La pratique intensive chez l'adolescent serait associée au risque de lombalgie. [62]
Autres sports collectives (handball, rugby, basketball)	Idem*.	Pas de données probantes.	Pas de différence concernant la prévalence de lombalgie chronique entre des handballeuses, footballeuses, et sujets contrôles (environ 60%). [63] Incidence de lombalgies de 44% chez des jeunes basketteurs et de 62% chez des jeunes joueurs de unihockey. [64]
Tennis	Sprints courts, accélérations et arrêts brusques, rotation brutale du tronc.	Pas de données probantes.	Possibles microtraumatismes répétés du rachis (principalement en rotation). [65] Contraintes tronculaires importantes lors du service. [41,66] Rôle important de la technique, de l'intensité de la pratique et du revêtement du terrain. [67]
Equitation	Forces de compression et de cisaillement appliquées au rachis, en hyperextension et en hyperflexion.	Possible effet bénéfique de la «thérapie équine assistée» [68] et du «simulateur de cheval». [69]	Les lombalgies font partie des plaintes les plus fréquentes des cavaliers de compétition [72.5%]. [70] La position de la selle et la longueur des étriers influenceraient la lordose lombaire et le risque de lombalgie. [71]
Judo et autres arts martiaux	Rotation du tronc et des hanches, nombreux contacts avec l'adversaire.	Prévalence de lombalgie inférieure par rapport à la population générale d'âge comparable. Celle-ci décroît avec un niveau de ceinture plus élevé et un entraînement plus régulier. [72-75]	Prévalence de 32 à 41% chez des judokas de différentes catégories. [74] Les judokas présentant un antécédent de lombalgie dans les 12 mois présentent des rotations de hanches diminuées par rapports aux sujets contrôles sans histoire de lombalgie. [76]
Gymnastique (artistique, rythmique, aerobic, acrobatique ou tumbling)	Mobilisation du rachis dans tous les plans, sauts, accélérations et arrêts brusques.	Pas données probantes.	Prévalence de lombalgie entre 30 et 85% (la gymnastique rythmique serait la plus traumatisante pour le rachis). [41,77,78]
Golf	Rotation axiale et inclinaison latérale du rachis, avec rotation du tronc à grande vitesse, marche prolongée.	Effet bénéfique d'une pratique régulière sur la santé globale (marche prolongée à faible intensité, si voiturette non utilisée). [79]	Prévalence de lombalgie de 18% à 54%. [80] Facteurs de risque multifactoriels liés principalement à la technique du swing et la fréquence de la pratique. [80,81]

Tableau 2 : Effets de différentes activités sportives dans la lombalgie chronique. Adapté de Ribaud [41]

Ribaud A, Tavares I, Viollet E, Julia M, Herisson C, Dupeyron A. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2013;56(7-8):576-94.

« Le médecin généraliste semble souffrir d'un manque d'informations : 75 % estiment ne pas être suffisamment informés des dispositifs régionaux de sport santé et 81 % ont du mal à trouver les structures d'accueil. »

Pour pallier à ce frein les ARS répertorient les différentes formations disponibles sur leur territoire.



Agir pour la santé en Île-de-France

Etablissements & professionnels

Acteurs Handicap & Grand Âge

Santé Publique

Politique régionale



Accueil > Santé Publique > Santé de A à Z > Sport santé

Sport santé



Les Maisons Sport-Santé
en Île-de-France



Sport santé en Ile-de-
France



PRESCRI'FORME : l'activité
physique sur ordonnance

- **Mise en place de référentiels d'aide à la prescription**

Médocosport et la création de fiches numérisées Vidal

- qui permettront de préciser pour la prescription, l'intensité, la durée et la
- fréquence de l'AP.

HAS a également publié différentes recommandations de prescriptions

- pour les principales maladies chroniques à destination des médecins prescripteurs
- l'Etat incite à la création de **Maisons Sport Santé** dans les territoires.

Médicosport santé site Vidal.fr

VIDAL MEDICAMENTS DM & PARAPHARMACIE MALADIES SANTÉ DES PATIENTS PRISE EN CHARGE MÉDICALE OÙ SOMMES-NOUS ? SE CONNECTER S'INSCRIRE A.A.

L'INTELLIGENCE MÉDICALE AU SERVICE DU SOIN

RECHERCHER

Prise en charge médicale

VIDAL, LE SITE DE RÉFÉRENCE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

MÉDICAMENTS	PARAPHARMACIE	PRISE EN CHARGE MÉDICALE	
Gammes	Produits	VIDAL Recos	Médicosport-Santé
Spécialités	Accessoires et matériel médical	VIDAL CAMPUS	Produits toxiques
Substances actives	Désinfection et lavage	VIDAL Live	Médecine thermique
Interactions médicamenteuses	Dietétique, régime nutrition	Calculateurs et convertisseurs	Infos pratiques
Convertisseurs DC	Dietétique, régime nutrition		
Equivalences étrangères	Hygiène et cosmétologie		
	Réactifs et tests		

GAMMES LES + CONSULTÉES

- DOLIPRANE
- SPASFON
- SERESTA
- FORXIGA
- PYOSTACINE
- FUCIDINE
- SOLUPRED
- ACUPAN
- VOGALENE
- LOVENOX

PRODUITS DE PARA LES + CONSULTÉS

- IALUSET crème Acide hyaluronique
- MUCOGYNE gel intime non horm...
- GYNEFAM SUPRA GROSSESSE ca...
- PHYSIOFLOR LP cp vagin
- ADIARIL pdre p sol buv réhydrat...
- ULTRA-BABY pdre antidiarrhéique
- RISTABIL sol buv
- VISMED sol ocul stérile lubrifiante...
- ARTHURM VISC 75 sol inj
- CALMOSINE DIGESTION BIO sol b...

RECOS LES + CONSULTÉES

- Sinusite aiguë de l'adulte
- HBPM (traitement par)
- Hypothyroïdie de l'adulte
- Infections génitales de la femme
- AVK (traitement par)
- Zona
- Hyperkaliémie
- Dyslipidémies
- Alcool : sevrage
- Varicelle

VIDAL MEDICAMENTS DM & PARAPHARMACIE MALADIES SANTÉ DES PATIENTS PRISE EN CHARGE MÉDICALE OÙ SOMMES-NOUS ? SE CONNECTER S'INSCRIRE A.A.

L'INTELLIGENCE MÉDICALE AU SERVICE DU SOIN

RECHERCHER Asthme, aspirine, amoxicilline...

Santé des patients Sport MÉDICOSPORT-SANTÉ

MÉDICOSPORT-SANTÉ SPORTS PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

PARTAGER

Ordre alphabétique

- Athlétisme Marche nordique
- Athlétisme Recos en forme - Préparation physique générale
- Athlétisme Running
- Aviron
- Badminton
- Basket-ball
- Billard
- Boxe anglaise
- Canoe-Kayak et sports de pagaie
- Char à voile
- Course d'orientation
- Cyclisme - Route et Piste
- Cyclisme - VTT et Cyclo-cross
- Cyclotourisme
- Escalade
- Escrime
- Football
- Golf
- Gym Forcé Détente (GFD)
- Gymnastique
- Gymnastique volontaire
- Haltérophilie-musculation
- Handball
- Hockey sur gazon
- Judo, jūjū, kendo et disciplines associées
- Karaté, Krav Maga, Wushu, Karaté Jūjū et disciplines associées
- Kick boxing, Muay Thai et

AIDE À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES - MÉDICOSPORT-SANTÉ

Le MÉDICOSPORT-SANTÉ® est un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Validé par la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) en coopération étroite avec la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES), il recense les caractéristiques physiques, physiologiques et mentales de chaque discipline ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport-santé. Il vise à aider les médecins généralistes à la prescription d'activités physiques et sportives. Chaque protocole fédéral présenté dans le MÉDICOSPORT-SANTÉ a été validé par le comité médicosport-santé du CNOSF composé d'experts médicaux, kinésithérapeutes et en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS).

Les disciplines sportives et les pathologies prises en compte actuellement dans le MÉDICOSPORT-SANTÉ sont celles qui ont été présentées à ce jour par les fédérations affiliées au CNOSF et expertisées par sa commission médicale. D'autres fédérations et pathologies viendront compléter ce travail. Le MÉDICOSPORT-SANTÉ a pour objectif de tendre vers l'exhaustivité et une mise à jour permanente : En savoir +

Les fédérations multisports disposent de programmes spécifiques validés par le comité médicosport-santé du CNOSF. Ils sont détaillés et indiqués dans la rubrique « document généraux » ci-dessous.

Documents généraux

- 2020-MÉDICOSPORT-SANTÉ
- APS et appareil locomoteur
- APS et avancée en âge
- APS et cancer
- APS et enfant et adolescent
- APS et grossesse et post-partum
- APS et maladies cardiovasculaires
- APS et maladies métaboliques
- APS et pathologies neurologiques
- APS et pathologies respiratoires
- APS et troubles psychiques
- Protocoles STAPS et disciplines

→ <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/>

Le rôle du médecin est de guider et accompagner son patient vers une activité physique adaptée qui lui procure du plaisir et ainsi d'augmenter les chances d'instaurer une pratique régulière sur le long terme, et permettre un bénéfice pour sa santé.

aubade M, Norrenberg S, Besson C, Thornton J, Amati F. [A pill to replace physical activity?]. Revue medicale suisse. 201

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

- des conseils sur l'augmentation des AP de la vie quotidienne, en particulier les déplacements actifs ;
- des conseils sur la réduction du temps passé à des comportements sédentaires et son fractionnement ;
- les composantes de la condition physique à développer en priorité, en fonction des faiblesses repérées de l'examen ;
- les caractéristiques en FITT-VP de l'AP préconisée, en renvoyant, le plus souvent, le professionnel qui supervise l'AP aux référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie édités par la HAS ;
- un programme d'AP adaptées à la pathologie du patient, en ville ou en institution, en individuel ou en groupe (si indiqué et en fonction des ressources locales) ;
- une activité sportive de loisirs choisie avec le patient, avec les coordonnées du club sportif de proximité ; ou une activité de sport-santé (si indiquée), en s'aidant du dictionnaire médicosport-santé ;
- le type de professionnel requis pour superviser l'AP (si indiqué), en fonction du jugement clinique du médecin, en s'aidant de la classification en quatre niveaux des limitations fonctionnelles développée pour les patients en ALD (annexe 10), en s'adaptant aux ressources locales en AP et en tenant compte des demandes du patient ;
- un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive⁶ (CACI) pour le sport choisi avec le patient (si indiqué).

i Pour aller plus loin

Les informations de la HAS

→ [Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé](#)

Les informations du ministère et autres acteurs publics

- Ministère chargé des sports – [Le sport c'est la santé, 10 réflexes en or pour la préserver](#)
- [MédicoSport-santé®](#), annuaire actualisé des fédérations sportives dans le sport-santé et leurs indications, publié par le Comité national olympique et sportif français.
- [Manger-Bouger](#), en particulier le [catalogue d'activités physiques](#)
- [anses – Plus d'activité physique et moins de sédentarité pour une meilleure santé](#)

→ ameli – [Activité physique et santé](#)

→ Direction générale de la santé – [Activité physique et santé](#)

→ Organisation mondiale de la santé – [Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé](#)
Genève: OMS; 2010.

Documents accessibles

→ [L'activité physique adaptée \(APA\) en langage facile à lire et à comprendre](#)

Les associations

→ France Assos Santé – [Le répertoire des actions de prévention et de promotion de la santé](#) (sélectionner les actions d'activité physique adaptée).

Qui contacter ?

L'offre d'activités sportives des communes est généralement décrite sur leurs sites Internet.

Pour trouver des activités de sport-santé, consultez le [MédicoSport-santé®](#), annuaire actualisé des fédérations sportives dans le sport-santé et leurs indications, publié par le Comité national olympique et sportif français.

Quatre types de structures proposent de l'activité physique adaptée (APA) : certaines structures fédérales sportives, des associations sportives, des centres hospitaliers privés et publics et les Maisons sport-santé. Vous pouvez vous renseigner auprès :

- de votre agence régionale de santé ou de la direction régionale Jeunesse, Sport et Cohésion sociale ;
- sur le site du ministère des Sports et des Jeux olympiques et paralympiques, sur ses pages relatives aux Maisons sport-santé avec une carte pour trouver la structure la plus proche de chez vous.

Quel coût ?

Les activités physiques de la vie quotidienne se font sans encadrement et donc n'engagent pas de frais, sauf si vous achetez un vélo par exemple.

Si vous pratiquez du sport dans un club ou du sport de loisirs, du sport de compétition ou du sport-santé, l'adhésion au club sera à votre charge. Certaines collectivités prennent en charge partiellement ou intégralement certaines adhésions (les Villes-Santé par exemple). Contactez le centre communal d'action sociale (CCAS) de votre lieu de résidence pour vous renseigner.

Si votre médecin vous a prescrit un programme d'activité physique adaptée (APA), deux types de prises en charge sont possibles :

- la prise en charge partielle ou intégrale par certaines collectivités : contactez le centre communal d'action sociale (CCAS) de votre lieu de résidence ;
- la prise en charge partielle ou intégrale par votre mutuelle ou votre assurance complémentaire.

À ce jour, l'assurance maladie ne rembourse pas les programmes d'activité physique adaptée.

Autres/fonctions des régions

- Dispositif Sport santé
- Prescrimooov : <https://www.prescrimouv-grandest.fr>
- Association nationale Siel Bleu
- Programmes d'exercices physiques : web ,applications mobiles

Annexe 7 Fiche adaptée du médicosport Vidal sur la gymnastique volontaire

GYMNASTIQUE VOLONTAIRE

Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV)

Siège : 46/48 rue de Lagny 93100 Montreuil Tél01 41 72 26 00 <https://www.sport-sante.fr/>

Pour la FFEPGV, le Sport Santé est la recherche d'une meilleure compréhension de son corps, par des activités physiques choisies en fonction d'attentes individuelles, adaptées à son âge, son sexe, ses expériences sportives passées et ses objectifs personnels. Elle permet de développer une forme de bien-être qui est donc aussi une source de lien social : l'échange, le partage, la solidarité. Intentions éducatives travaillées (souplesse, renforcement musculaire, cardio-respiratoire, équilibre, coordination motrice et communication motrice) avec des activités sportives diverses. L'accent est mis plus sur la diversité motrice que sur la technicité. Activités proposées : gymnastique volontaire, douce, tonique ou suédoise, danse, danses country, orientales, hip-hop, stretching, fitness, aérobic, HIA, LIA, abdos-fessiers, pilâtes, préparation physique, step, marche active ou nordique, capoeira, taïchi, yoga, cyclotourisme, rollers, jeux collectifs, jeux d'opposition... Ces activités permettent de développer et d'entretenir les capacités dans un but de *prévention santé*. En complément des séances, plusieurs *programmes d'activités adaptées pour publics spécifiques* :

PUBLICS	PROGRAMMES / ATELIERS / SEANCES
Sédentaires, reprise d'activité, réentraînement cardiovasculaire et moteur	Programme ActiMarche®,
Seniors	Atelier Bien Vieillir, Ateliers Bien Vieillir Equilibre, Programme « l'équilibre où en êtes-vous ? @ » Programme Gymmémoire®,
Public souffrant d'Affection de Longue Durée (ALD) sans limitation fonctionnelle	Séance sport sur ordonnance
Maladies Chroniques présentant des limitations fonctionnelles (de minimales à modérées)	Programme Gym Après Cancer @, Programme Diabète et surpoids, Programme ActiMarche®, Programme NeuroGyV® (troubles et apnées du sommeil), Séance Maintien de l'Autonomie Alzheimer / Parkinson