

Les avantages l'emportent sur les risques : une déclaration consensuelle sur les risques de l'activité physique pour les personnes vivant avec des maladies de longue durée

Déclaration de consensus

1. <http://orcid.org/0000-0003-2094-5506>Hamish Reid 1, 2 ,
2. <http://orcid.org/0000-0002-4777-3532>Ashley Jane Ridout 3 ,
3. <http://orcid.org/0000-0002-7531-3250>Simone Annabella Tomaz 4 ,
4. <http://orcid.org/0000-0003-1946-9848>Paul Kelly 5 ,
5. Natacha Jones 1, 3
6. au nom du groupe de consensus sur les risques liés à l'activité physique

1. Correspondance adressée au Dr Natasha Jones, Sport and Exercise Medicine, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford, Oxfordshire, Royaume-Uni ; natasha.jones@ouh.nhs.uk

Abstrait

Introduction Les bienfaits de l'activité physique pour les personnes vivant avec des affections de longue durée (SLD) sont bien établis. Cependant, les risques de l'activité physique sont moins bien documentés. La peur d'exacerber les symptômes et de provoquer des effets indésirables est un obstacle convaincant à l'activité physique dans cette population.

Ce travail visait à convenir de déclarations claires à l'usage des professionnels de la santé sur les risques médicaux de l'activité physique pour les personnes vivant avec des SLD par consensus d'experts. Ces énoncés portaient sur les questions suivantes : (1) L'augmentation de l'activité physique est-elle sécuritaire pour les personnes vivant avec un ou plusieurs SLD? (2) Les symptômes et les syndromes cliniques associés aux SLD courants sont-ils aggravés à court ou à long terme par l'augmentation des niveaux d'activité physique ? (3) Quels risques spécifiques les professionnels de la santé doivent-ils prendre en compte lorsqu'ils conseillent aux personnes symptomatiques atteintes d'un ou plusieurs SLD d'augmenter leur niveau d'activité physique ?

Les énoncés de méthodes ont été élaborés dans le cadre d'un processus en plusieurs étapes, guidé par l'outil Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Un processus de participation des patients et des cliniciens, une revue rapide de la littérature et un atelier du groupe directeur ont éclairé l'élaboration d'ébauches d'énoncés fondés sur les symptômes et les syndromes. Nous avons ensuite testé et affiné les ébauches de déclarations et les preuves à l'appui à l'aide d'une étude Delphi en ligne modifiée en trois

étapes, incorporant un groupe d'experts multidisciplinaire avec un large éventail de spécialités cliniques.

Résultats Vingt-huit experts ont terminé le processus Delphi. Toutes les déclarations ont atteint un consensus avec un accord final entre 88,5 % et 96,5 %. Cinq « déclarations d'impact » concluent que (1) pour les personnes vivant avec des SLD, les avantages de l'activité physique l'emportent de loin sur les risques, (2) bien que les risques soient très faibles, le risque perçu est élevé, (3) les conversations centrées sur la personne sont essentielles pour aborder le risque perçu, (4) chacun a son propre point de départ et (5) les gens devraient s'arrêter et consulter un médecin s'ils ressentent une augmentation spectaculaire des symptômes. De plus, huit déclarations basées sur les symptômes/syndromes traitent des risques spécifiques de douleur musculo-squelettique, de fatigue, d'essoufflement, de douleur thoracique cardiaque, de palpitations, de dysglycémie, de troubles cognitifs, de chutes et de fragilité.

Conclusion Des messages clairs et cohérents sur les risques dans l'ensemble des soins de santé amélioreront la confiance des personnes vivant avec des SLD à être physiquement actives. Aborder la peur des événements indésirables au niveau individuel aidera les professionnels de la santé à apporter des changements de comportement significatifs dans la pratique quotidienne. Les preuves ne soutiennent pas l'autorisation médicale de routine avant la participation pour les personnes ayant des SLD stables si elles se développent progressivement à partir de leur niveau actuel. Le besoin de conseils médicaux, par opposition à l'autorisation, doit être déterminé par les personnes ayant des préoccupations spécifiques concernant les symptômes actifs. Dans le cadre d'une approche à l'échelle du système, des messages cohérents des professionnels de la santé sur les risques contribueront également à réduire les obstacles intersectoriels à l'engagement pour cette population.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément à la licence Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0), qui permet à d'autres de distribuer, remixer, adapter, s'appuyer sur ce travail à des fins non commerciales et de concéder sous licence leurs travaux dérivés sur différents termes, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée, que le crédit approprié soit donné, que toute modification apportée soit indiquée et que l'utilisation ne soit pas commerciale. Voir : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> .

<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-104281>

Statistiques de Altmetric.com



[Voir plus de détails](#)

Reprise par **1** organes de presse

Tweeté par **407**

Sur **7** pages Facebook

42 lecteurs sur Mendeley

- [Matériel supplémentaire](#)
- [Demander des autorisations](#)

introduction

La Société internationale pour l'activité physique et la santé a identifié le secteur de la santé comme l'un des huit meilleurs investissements pour lutter contre l'inactivité de la population mondiale. ^{1,2} Par conséquent, le Royaume-Uni et le monde s'intéressent beaucoup à l'utilisation efficace et efficiente des soins de santé pour promouvoir l'activité physique. ³ La traduction de cet objectif de santé publique en pratique clinique est notoirement difficile. Les obstacles sont complexes et multifactoriels. Les professionnels de la santé citent un manque de connaissances et de compétences nécessaires pour rassurer et motiver les personnes atteintes de maladies de longue durée (SLD) qui craignent que l'activité physique puisse aggraver leurs symptômes ou même provoquer une mort subite. ⁴⁻⁷

Dans ses directives sur l'activité physique récemment mises à jour, l'OMS a souligné l'augmentation des niveaux d'inactivité dans le monde et a mis à jour les recommandations de santé publique. ⁸ Ils recommandent explicitement l'activité physique comme étant bénéfique pour les adultes souffrant de SLD, ⁸ reconnaissant que les niveaux d'inactivité doublent dans ces groupes. ⁹ Le Groupe d'élaboration des lignes directrices de l'OMS a évalué les événements indésirables comme essentiels à la prise de décision clinique sur l'activité physique. Il a commandé un examen global des rapports sur les événements indésirables liés à l'activité physique pour les adultes en général, y compris la grossesse et le post-partum. ⁸ Cependant, ils ont exclu les preuves rapportant des populations cliniques sous prétexte que les données ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble de la population. ^{dix} Ils ont examiné spécifiquement les avantages pour certains sous-groupes cliniques (cancer, VIH, hypertension et diabète sucré de type 2), mais les données sur le risque sont moins bien définies et limitées à de larges comparatifs. L'OMS a conclu que pour tout le monde, faire de l'activité physique vaut mieux que

rien. Une autorisation médicale n'est généralement pas nécessaire, à condition que la quantité et l'intensité de l'activité physique soient augmentées progressivement. ⁸ Ils recommandent aux personnes qui développent de nouveaux symptômes de consulter un médecin, mais ne précisent pas ce que cet avis devrait être ni son rapport avec le risque.

Les études épidémiologiques montrent que la multimorbidité est fréquente (62 % chez les plus de 65 ans et 81 % chez les plus de 85 ans) et constitue la plupart des présentations cliniques courantes. ¹¹ Les projections suggèrent qu'au Royaume-Uni, les présentations complexes d'individus avec quatre SLD ou plus doubleront d'ici 2032, soulignant l'importance de concevoir des services pour soutenir la gestion de ces personnes. ¹² La littérature sur l'activité physique dans les SLD est principalement axée sur des conditions spécifiques (voir [le fichier supplémentaire en ligne 1](#)). Les directives précédentes et les déclarations de consensus sur le risque se sont également concentrées sur les événements indésirables dans des conditions définies, ce qui rend les recommandations difficiles à mettre en œuvre dans une population multimorbide.

Matériel supplémentaire

[\[bjsports-2021-104281supp001.pdf\]](#)

En résumé, les organismes de santé publique et les lignes directrices cliniques indiquent clairement que l'activité physique devrait être au cœur de presque toute la gestion des SLD. Cependant, un obstacle à cela réside dans les préoccupations particulières des patients concernant le risque, qui sont généralement davantage liés à leurs symptômes qu'à leurs conditions. Par conséquent, il n'est pas clair comment les professionnels de la santé devraient aborder l'activité physique ou partager les informations pertinentes lors des interactions de routine avec les soins de santé. Cette déclaration de consensus vise à combler ce manque de preuves, à clarifier les considérations fondamentales de sécurité qui éclaireront les conversations sur l'activité physique entre les professionnels de la santé et les personnes symptomatiques avec des SLD. Il constituera un pont entre les guides de pratique clinique,

Objectifs

L'objectif de ce projet était de convenir d'énoncés clairs, par consensus d'experts, sur les risques médicaux de l'activité physique pour tous les adultes, quel que soit leur âge, vivant avec un ou plusieurs SLD. Ces déclarations sont destinées aux professionnels de la santé pour les soutenir pendant la pratique clinique.

Il répondra à ces questions fréquemment rencontrées :

- L'augmentation de l'activité physique est-elle sans danger pour les personnes vivant avec un ou plusieurs SLD ?

- Les symptômes et les syndromes cliniques associés aux SLD courants sont-ils aggravés à court ou à long terme par l'augmentation des niveaux d'activité physique ?
- Quels risques spécifiques les professionnels de la santé doivent-ils prendre en compte lorsqu'ils conseillent aux personnes symptomatiques avec un ou plusieurs SLD d'augmenter leur niveau d'activité physique ?

Méthodes

Il s'agit d'une étude en plusieurs étapes avec quatre étapes distinctes mais liées, chacune impliquant des groupes de travail multidisciplinaires distincts (voir [tableau 1](#)). [Le tableau 2](#) montre les rôles de groupe et les stratégies de recrutement. Une liste complète des contributeurs se trouve dans [le fichier supplémentaire en ligne 2](#). Cette déclaration de consensus a été élaborée conformément à l'outil d'évaluation des lignes directrices pour la recherche et l'évaluation ¹³ et sera révisée dans 5 ans à moins que des progrès à la lumière de preuves scientifiques nouvelles ou émergentes n'incitent à une mise à jour plus tôt.

Matériel supplémentaire

[\[bjssports-2021-104281supp002.pdf\]](#)

• [AFFICHER EN LIGNE](#)

• [AFFICHER LA FENÊTRE CONTEXTUELLE](#)

Tableau 1

Objectifs du groupe et aperçu des étapes d'étude

• [AFFICHER EN LIGNE](#)

• [AFFICHER LA FENÊTRE CONTEXTUELLE](#)

Tableau 2

Rôles de groupe et recrutement

Étape 1 : préparation

L'étape préparatoire visait à comprendre l'opinion et les points de vue des professionnels de la santé et des personnes vivant avec des SLD sur les risques de l'activité physique et comment les aborder lors des visites de soins de routine. Tous les détails de la phase préparatoire se trouvent dans [le dossier complémentaire en ligne 3](#).

Matériel supplémentaire

[\[bjssports-2021-104281supp003.pdf\]](#)

Patients et public

Nous avons incorporé les résultats de deux projets liés mais distincts pour éclairer notre compréhension du point de vue du patient et du public.

1. Projet d'implication des patients et du public pour explorer les expériences et les points de vue des utilisateurs de services sur la manière dont le Service national de santé pourrait mieux répondre à leurs besoins. ⁷
2. Une consultation nationale avec 361 membres du public dirigée par le Centre national de médecine du sport et de l'exercice de l'Université Sheffield Hallam en collaboration avec Sport England. Ce travail connexe a contribué à éclairer davantage notre compréhension des préférences des patients et des approches réussies pour améliorer le soutien à l'activité physique des personnes souffrant de SLD. ¹⁴

Praticiens

Nous avons entrepris une enquête à questions ouvertes auprès du groupe de praticiens afin de mieux comprendre la perception des risques dans la pratique clinique, y compris les obstacles et les facilitateurs à la mise en œuvre et à la diffusion des recommandations.

Étape 2 : examen rapide des données probantes

Nous avons entrepris une revue rapide de la littérature pour établir ce que l'on sait des risques de l'activité physique chez les personnes souffrant de SLD. Ce type d'examen « vise à évaluer ce qui est déjà connu sur une question de politique ou de pratique, en utilisant des méthodes d'examen systématique pour rechercher et évaluer de manière critique la recherche existante ». ¹⁵

L'examen rapide visait à donner un aperçu des directives et/ou recommandations existantes qui traitent des risques de l'activité physique pour les personnes souffrant de SLD, notamment :

1. Qu'est-ce qui a été fait auparavant pour comprendre les risques associés ?
2. Quelles conclusions ou consensus ont été atteints ?
3. Comment les conclusions ou le consensus ont-ils été atteints ?

Les méthodes et la stratégie de recherche complète se trouvent dans [le fichier complémentaire en ligne 1](#) .

Étape 3 : réunion du groupe de pilotage

Les termes de référence du groupe de pilotage étaient de s'entendre sur les messages de base, d'examiner les conseils de contre-indication, d'élaborer un format de déclaration consensuelle, d'identifier les priorités cliniques,

d'approuver le plan de développement de la déclaration et de ratifier le protocole Delphi.

Le groupe de pilotage a évalué les résultats de la phase de préparation et de l'examen des preuves avant un atelier en face à face en novembre 2019. La réunion s'est concentrée sur les résultats de la phase de préparation et de l'examen des preuves, suivie d'une discussion de groupe axée sur les termes de référence. au dessus.

Après la réunion, nous avons examiné la base de preuves et l'avons reclassée dans un format de symptômes/syndromes. De plus, nous avons étendu la revue de la littérature pour aborder les domaines de préoccupation clinique spécifiques identifiés par le groupe directeur. Nous avons ensuite rédigé des déclarations de consensus reflétant les résultats de la réunion du groupe de pilotage. Les projets de déclarations et les résumés de preuves mis à jour ont ensuite été partagés avec le groupe de pilotage par e-mail pour des commentaires en texte libre et des déclarations modifiées en conséquence. Nous avons développé une enquête en ligne testant le contenu, la structure, la hiérarchie des informations et la formulation des déclarations de consensus. Nous avons piloté l'enquête auprès de six professionnels de la santé non impliqués dans le projet pour garantir la clarté, la faisabilité et la compréhensibilité.

Etape 4 : étude Delphi

Nous avons utilisé une version en ligne modifiée du processus Delphi [16-19](#) en suivant les directives de conduite et de rapport d'études DELphi. [18](#) Les séries d'enquêtes en ligne ont utilisé le logiciel commercial « SurveyMonkey ». [20](#) Le temps d'achèvement cible était inférieur à 30 min. Niveau d'accord utilisé sur une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement d'accord) avec un espace pour les commentaires et suggestions en texte libre, le cas échéant.

Si les participants invités n'ont pas répondu au contact initial, nous avons vérifié les coordonnées et fait un effort supplémentaire. Pour les deuxième et troisième phases, les participants ont été invités par courrier électronique. Des rappels ont été envoyés aux non-répondants 2 semaines, 1 semaine et 2 jours avant la clôture de l'enquête. Nous avons pris le consentement implicite de la volonté de répondre à l'enquête. Aucun participant n'avait à gagner financièrement ou autrement des décisions prises dans l'étude Delphi.

Retour entre les phases

Nous avons préparé des commentaires individualisés pour les participants après chaque phase, qui ont comparé leur réponse à chaque question avec la moyenne du groupe. Nous avons présenté un résumé des réponses en texte libre avec les modifications associées à chaque énoncé. Le groupe Delphi a reçu les résumés des preuves à l'appui avec chaque déclaration de l'enquête, et leurs recommandations ont éclairé l'évolution de ces résumés.

Nous avons maintenu la communication avec les participants par l'intermédiaire d'un administrateur de projet pour éviter d'imposer un biais d'opinion de la part du groupe d'auteurs. ²¹

Critères de consensus prédéfinis

Conformément aux méthodes décrites, ^{17 21} un accord satisfaisant pour la phase 1 nécessitait à la fois :

- Note moyenne : >80 %.
- Toutes les réponses > 3 (c.-à-d. aucun désaccord des participants).

Nous avons supprimé les questions répondant à ces critères pour la deuxième phase du delphi. Les questions avec un score moyen > 80%, mais avec un ou plusieurs participants obtenant un score de 1 à 3, ont été interrogées pour obtenir des commentaires en texte libre.

Dans la phase 2, l'accord a été davantage stratifié avec > 80 % d'accord élevé, un accord satisfaisant compris entre 60 % et 80 %.

Le protocole d'étude incluait un troisième tour potentiel du delphi pour les éléments n'atteignant pas un accord satisfaisant. Cette éventualité obligerait les participants à voter sur les solutions potentielles. Cette approche facilite la progression en temps opportun et atténue les risques liés à la fatigue des enquêtes. ²²

Résultats

Dans cette section, nous rapportons les résultats par étape d'étude, suivis des déclarations de consensus elles-mêmes.

Étape 1 : préparation

Les recommandations récapitulatives de la phase de préparation sont présentées dans [le tableau 3](#) . Les résultats complets de la phase de préparation se trouvent dans [le fichier complémentaire en ligne 3](#) .

• [AFFICHER EN LIGNE](#)

• [AFFICHER LA FENÊTRE CONTEXTUELLE](#)

Tableau 3

Résumé des recommandations de la phase de préparation dans tous les groupes

Étape 2 : examen rapide des données probantes

Soixante-dix-neuf rapports pertinents (examens, déclarations de consensus, énoncés de position ou lignes directrices) ont été examinés, avec des conclusions résumées pour examen lors de l'atelier du groupe de

pilotage. Voir [le fichier supplémentaire en ligne 1](#) pour les résultats complets de l'examen rapide des preuves.

Il existe une hétérogénéité considérable autour de la notification des risques et une notification limitée des événements indésirables. De plus, il existe une variabilité au sein des SLD et entre eux en ce qui concerne ce qui a été fait et la spécificité des recommandations ou des conseils.

Peu d'études ont commenté les événements indésirables de l'activité physique en tant que résultat principal, la majorité rapportant principalement les avantages de l'activité physique et/ou de l'exercice et seulement quelques-unes traitant des risques associés. Il existe une hétérogénéité dans la nature de l'activité physique incluse dans les différentes études (comme le mode, la fréquence et l'intensité de l'activité physique), la spécificité de la notification des événements indésirables et les critères d'inclusion/exclusion pour chaque étude. Dans les études qui ne commentaient pas les événements indésirables, il n'était pas toujours clair si cela signifiait qu'il n'y en avait pas ou si cela n'était pas rapporté comme résultat. Ces limitations reflètent l'hétérogénéité des SLD, la variété des symptômes que les personnes peuvent ressentir et le vaste contexte clinique auquel s'applique cette déclaration.

La base de preuves sur le risque d'activité physique pour les personnes atteintes de SLD est presque exclusivement présentée par état plutôt que par symptômes. Cela peut refléter le leadership et l'ambition d'organisations spécifiques à une condition. Néanmoins, lorsque les études rapportent des effets indésirables, elles font référence à une aggravation des symptômes des SLD tels que la fatigue, l'essoufflement, les douleurs thoraciques, les palpitations, la dysglycémie, etc. Par conséquent, cette déclaration de consensus devait extrapoler les données spécifiques aux symptômes de la littérature spécifique à la maladie et fournir un consensus clinique sur la généralisation de ces résultats à travers/à la multimorbidité.

Malgré cela, les preuves indiquent systématiquement que les avantages de l'activité physique l'emportent sur les risques potentiels, sauf en cas de contre-indication explicite. Une approche centrée sur la personne est essentielle, étant entendu qu'il existe un risque de blessure qui s'applique à l'ensemble de la population, que la tolérance à l'activité physique variera en fonction de la gravité des symptômes et qu'une supervision peut être appropriée ou nécessaire.

Etape 3 : réunion du groupe de pilotage

[L'encadré 1](#) présente les recommandations résumées de la réunion du groupe de pilotage. Suite aux conseils du groupe de pilotage, nous avons rédigé des déclarations à tester lors du Delphi.

Boîte 1

Résumé des recommandations de la réunion du groupe de pilotage

Convenez des messages principaux :

- L'inactivité présente un risque élevé pour la santé.

- Les recommandations en matière d'activité physique doivent tenir compte du niveau fonctionnel, des symptômes, des préférences individuelles et de la confiance sociale.
- Abordez les peurs liées à l'activité physique.
- Les avantages l'emportent sur les risques.
- Les messages de sécurité doivent inclure des contre-indications.
- Viser à rendre tous les patients plus actifs en toute sécurité ou à maintenir des niveaux d'activité sains.
- Comprendre les réponses physiologiques normales à l'exercice aide les individus à identifier s'ils ont un problème.

Revoir les conseils de contre-indication :

- Pour garantir une approche sûre de l'initiation à l'activité, les personnes inactives doivent augmenter progressivement les niveaux d'activité.
- Les personnes ayant des conditions médicales instables nécessitent une enquête.
- La peur des événements indésirables est un obstacle courant pour les patients et les professionnels.
- Les conseils sûrs doivent inclure des recommandations sur les symptômes à surveiller et où/comment les signaler.

Élaborer un format de déclaration consensuelle :

- Concentrez-vous sur les risques, pas sur les avantages.
- Suivez une approche basée sur les symptômes/syndromes plutôt que sur le diagnostic.
- Concentrez-vous sur l'activité physique autonome.
- Maintenir une approche centrée sur la personne pour augmenter l'activité physique.

Identifier les priorités cliniques :

- Symptômes à traiter : douleurs musculo-squelettiques, fatigue, essoufflement, douleurs thoraciques cardiaques évocatrices, palpitations.
- Syndromes à traiter : troubles cognitifs, dysglycémie, chutes et fragilité.

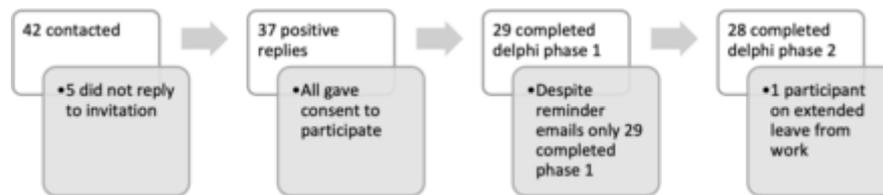
Etape 4 : delphes

Les commentaires qualitatifs et l'évolution ultérieure des déclarations sont présentés dans [le fichier supplémentaire en ligne 4](#) . Vingt-huit participants ont terminé l'étude Delphi dans son intégralité (voir [figure 1](#)). Le Delphi a enregistré des niveaux élevés d'accord dans l'ensemble (voir [tableau 4](#)). Deux déclarations de symptômes qui répondaient aux critères de concordance en phase 1 (palpitations et chutes et fragilité) n'ont pas nécessité d'entrée en

phase 2. Malgré le respect des critères de concordance en phase 1, nous avons réintroduit les déclarations principales 1 et 2 dans la phase 2 pour obtenir des commentaires après les changements de format. .

Matériel supplémentaire

[\[bjssports-2021-104281supp004.pdf\]](#)



- [Télécharger la figure](#)
- [Ouvrir dans un nouvel onglet](#)
- [Télécharger PowerPoint](#)

Figure 1

Recrutement de participants Delphi.

• [AFFICHER EN LIGNE](#)

• [AFFICHER LA FENÊTRE CONTEXTUELLE](#)

Tableau 4

Accord consensuel des phases delphes

De même, nous avons retesté l'énoncé de dysglycémie en raison d'une reformulation substantielle. Après la phase 2, des commentaires qualitatifs ont informé des modifications mineures de la formulation des déclarations. La phase 2 a atteint un consensus dans tous les domaines, nous n'avons donc pas eu besoin d'une troisième phase Delphi.

Déclarations de consensus

Nous fournissons cinq « énoncés d'impact » que chaque professionnel de la santé devrait connaître sur l'activité physique chez les personnes souffrant de SLD. Suivent huit déclarations basées sur les symptômes/syndromes appuyées par un résumé de la base de données pertinente. [La figure 2](#) présente un résumé infographique des résultats.



- [Télécharger la figure](#)
- [Ouvrir dans un nouvel onglet](#)
- [Télécharger PowerPoint](#)

Figure 2

Résumé infographique des résultats.

Déclarations d'impact

Les bienfaits de l'activité physique l'emportent largement sur les risques

L'activité physique est sans danger, même pour les personnes vivant avec des symptômes de plusieurs SLD. Une activité physique régulière, associée à des soins médicaux standard, joue un rôle important dans la prise en charge et la prévention de nombreux SLD.

Le risque d'événements indésirables graves est très faible, mais ce n'est pas ce que les gens ressentent

Les personnes atteintes de SLD craignent souvent d'aggraver leur état ou de subir des conséquences potentiellement indésirables de l'activité physique. En fait, lorsque les niveaux d'activité physique sont augmentés progressivement, le risque d'événements indésirables graves est très faible. Des conversations bien informées et centrées sur la personne avec des professionnels de la santé peuvent rassurer les gens et réduire davantage ce risque.

Ce n'est pas aussi simple que de dire à quelqu'un de bouger plus

De brefs conseils opportunistes réussis aident à renforcer la motivation et la confiance pour devenir plus actifs physiquement. Cela peut être consolidé lors de visites ultérieures de soins de santé pour soutenir un changement de

comportement durable. Les conseils des professionnels de la santé doivent tenir compte des préoccupations des individus et de leurs soignants, ainsi que des préférences individuelles, des symptômes, de la capacité fonctionnelle, des facteurs psychosociaux, du soutien social et des considérations environnementales.

A chacun son point de départ

Chacun a son propre point de départ, en fonction de son niveau d'activité actuel. Aidez les gens à identifier où ils se trouvent et à convenir d'un plan pour commencer là et développer progressivement pour minimiser le risque d'événements indésirables.

Conseillez aux gens d'arrêter et de consulter un médecin si...

ils présentent une augmentation spectaculaire de l'essoufflement, une douleur thoracique nouvelle ou aggravée et/ou un besoin accru de trinitrate de glycéryle, une apparition soudaine de palpitations rapides ou un rythme cardiaque irrégulier, des étourdissements, une réduction de la capacité d'exercice ou un changement soudain de la vision.

Énoncés des symptômes/syndromes

Douleur musculo-squelettique

Pour les personnes qui souffrent de douleurs musculo-squelettiques (MSK) dans le cadre de leur état de santé, l'activité physique n'augmentera pas la douleur à long terme. Une augmentation temporaire des niveaux de douleur est courante lors du démarrage d'une nouvelle activité physique, jusqu'à ce que le corps s'adapte, et les gens doivent être conseillés de s'y attendre. Il n'y a aucune preuve suggérant que cette douleur est corrélée à des lésions tissulaires ou à des événements indésirables en l'absence de nouvelle blessure (fracture aiguë/lésion aiguë des tissus mous).

Les preuves rapportées démontrent que, indépendamment de la gravité de la maladie, de l'âge, de la douleur ou du niveau de fonction, l'activité physique (aérobie, résistance ou amplitude de mouvement et basée sur la terre ou l'eau) est probablement bénéfique pour réduire la douleur et améliorer la fonction dans l'arthrose. ^{23 24} Les effets indésirables signalés sont rares dans les études comportant une composante d'activité physique et sont généralement liés à une augmentation de la douleur musculo-squelettique avec l'intervention d'activité physique. ²⁵⁻²⁹ La modification de l'activité doit être envisagée lors d'exacerbations symptomatiques ou si l'activité aggrave significativement la douleur. ³⁰ Les études sur les interventions d'activité physique dans les arthropathies inflammatoires se réfèrent à des événements musculosquelettiques mineurs, sans événements indésirables graves. ³¹⁻³⁴ Il existe des données limitées sur les événements indésirables dans les études sur les personnes atteintes de fibromyalgie, ^{35 36} cependant certaines personnes ressentent une sensibilisation accrue à la douleur à court terme, ³⁷⁻⁴² qui devrait être abordée dans le cadre de leur prise en charge holistique.

Fatigue

Une activité physique régulière aide à réduire la fatigue et améliore le bien-être et le sommeil. Une augmentation temporaire de la fatigue est généralement ressentie lors du démarrage d'une nouvelle activité physique jusqu'à ce que le corps s'adapte. Les gens devraient être conseillés de s'attendre à cela et conseillés de développer progressivement leur activité. Les personnes souffrant de fatigue liée aux syndromes de fatigue chronique peuvent bénéficier de conseils spécialisés.

Un comportement sédentaire accru est associé à des niveaux de fatigue plus élevés.⁴³ Les adultes qui sont plus actifs physiquement signalent un meilleur bien-être général^{44 45} et des améliorations dans les domaines du bien-être.⁴⁶ Les interventions d'activité physique sont bénéfiques pour la fatigue dans un large éventail de conditions médicales à long terme, y compris la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, les maladies coronariennes (réadaptation cardiaque), les maladies inflammatoires de l'intestin, la sarcoïdose, la fibromyalgie et la sclérose en plaques,⁴⁷ et sont associées avec la plus grande amélioration globale de la fatigue liée au cancer (en particulier par rapport aux traitements pharmacologiques).⁴⁸

Essoufflement

Il est normal que toutes les personnes se sentent plus essouffées lorsqu'elles augmentent leur niveau d'activité. La prépondérance des preuves suggère que le risque d'événements indésirables chez les personnes essouffées lors de la pratique d'une activité physique est très faible. Les personnes doivent être conseillées individuellement d'augmenter progressivement leur activité physique, en tenant compte de la gravité de leurs symptômes et de leur peur de l'essoufflement.

L'essoufflement dans la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) peut entraîner un évitement progressif de l'activité physique⁴⁹ et une aggravation de l'essoufflement dû au déconditionnement. Un niveau d'activité réduit avec un essoufflement de plus en plus sévère est un prédicteur important de la mortalité.⁵⁰ Il y a très peu de contre-indications générales rapportées à l'activité physique chez les personnes atteintes de BPCO à condition que l'activité particulière soit tolérée, les comorbidités prises en compte et les recommandations individualisées.^{51 52} Une augmentation de l'essoufflement, des crampes et des douleurs musculaires ont été signalées dans les interventions d'activité physique, en particulier au début de l'intervention.⁵³ Le poids de la preuve dans ce domaine relève de la réadaptation pulmonaire,^{54 55} et bien qu'ils ne soient pas universellement rapportés, les événements indésirables sont rares,⁵⁴ y compris après des exacerbations de BPCO.⁵⁶ Les bénéfices physiologiques de l'activité physique dans l'insuffisance cardiaque sont bien rapportés⁵⁷ et sont associés à une réduction des hospitalisations et à une réduction de la mortalité toutes causes confondues et cardiovasculaire chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque après ajustement sur les prédicteurs pronostiques.⁵⁸ L'activité

physique régulière est associée à moins d'événements indésirables chez les personnes ayant une fraction d'éjection préservée et réduite par rapport aux groupes sédentaires.⁵⁷ Dans l'asthme stable, l'activité physique n'est pas associée à des effets indésirables ou à une exacerbation des symptômes, et aucun événement indésirable grave n'a été signalé.⁵⁹⁻⁶¹ Cependant, un bon contrôle de l'asthme et des stratégies préventives sont importants, car un bronchospasme peut survenir.

Douleur thoracique cardiaque

Les avantages à long terme de l'augmentation de l'activité physique régulière l'emportent de loin sur le risque légèrement accru temporaire d'événements indésirables, même chez les personnes souffrant de douleurs thoraciques à l'effort à la suite d'une cardiopathie ischémique (angine de poitrine). Ce risque augmente avec l'âge et l'intensité de l'exercice, mais reste globalement très faible. Les personnes doivent être conseillées individuellement pour augmenter progressivement leur activité physique, en tenant compte de la gravité des symptômes et de la peur des douleurs thoraciques cardiaques. L'exercice est une bonne option de traitement pour l'angor stable pour stimuler l'angiogenèse. Cependant, l'augmentation de la fréquence et de la gravité de l'angine de poitrine devrait inciter à un examen médical sans augmentation supplémentaire de l'activité physique.

Dans les 6 semaines qui suivent un événement cardiaque aigu ou une chirurgie cardiaque, tous les conseils d'activité physique doivent être délivrés par des services spécialisés et hors du champ d'application de ce document. Il existe un risque accru d'événement cardiaque aigu chez les personnes précédemment sédentaires atteintes d'une maladie cardiovasculaire connue qui entreprennent des exercices d'intensité vigoureuse inhabituels. Le risque accru est présent à la fois pendant l'activité et pendant 1 à 2 heures après. Cependant, le risque absolu d'événement cardiovasculaire lors d'une activité physique est très faible. L'incidence de la mort cardiaque subite a été signalée comme étant de 1 épisode d'activité physique vigoureuse sur 1,5 million chez les hommes⁶² et sur 36,5 millions d'heures d'effort modéré/vigoureux chez les femmes.⁶³ Les rapports suggèrent un risque 6 à 17 fois plus élevé d'infarctus du myocarde aigu non mortel et de mort cardiaque subite pendant une activité physique d'intensité vigoureuse, par rapport à la sédentarité.^{62,64} Ce risque diminue à mesure que les niveaux d'activité physique augmentent et que la forme cardiovasculaire s'améliore.⁶⁵ Il est essentiel que les niveaux d'activité physique augmentent progressivement.

Jusqu'à ce qu'ils soient contrôlés par une prise en charge médicale appropriée, les contre-indications absolues à l'activité physique incluent un événement cardiaque aigu récent ou des modifications de l'ECG suggérant une ischémie importante, un angor instable, une dysrythmie incontrôlée provoquant des symptômes ou une atteinte hémodynamique, une sténose aortique symptomatique sévère, une embolie pulmonaire aiguë ou un infarctus

pulmonaire, une myocardite aiguë ou une péricardite , anévrisme disséquant suspecté ou connu et infection systémique aiguë. ⁶⁶

Palpitations

Une prise de conscience accrue du rythme cardiaque est normale pendant une activité physique, mais peut être effrayante. L'activité physique est contre-indiquée chez les personnes atteintes de tachy-arythmie cardiaque ou de brady-arythmie symptomatiques et non traitées. Une prise en charge médicale appropriée doit être établie avant de recommander une activité physique. Les personnes atteintes de fibrillation auriculaire contrôlée (FA) bénéficient d'une activité physique régulière, qui doit être commencée progressivement.

Avec toute perception d'apparition soudaine ou de changement inhabituel de la fréquence cardiaque, les individus doivent revoir comment ils se sentent et envisager de ralentir ou de mettre en pause l'activité pour laisser cela se calmer. L'activité physique peut avoir un impact positif sur la FA à la fois avant et après son apparition, bien que la prescription optimale d'activité physique recommandée n'ait pas encore été définie. ⁶⁷ L'activité physique régulière est associée à un risque plus faible de mortalité toutes causes confondues chez les patients atteints de FA, sans événement indésirable grave signalé. ^{68 69}

Dysglycémie

Les avantages de l'activité physique l'emportent sur les risques dans le diabète de type 1 et de type 2. Il existe un risque de dysglycémie à court terme avec l'activité physique. L'hypoglycémie est l'événement indésirable le plus courant associé à l'activité physique chez les personnes atteintes de toute forme de diabète traitées avec de l'insuline ou des sécrétagogues de l'insuline. Cela peut être récurrent s'il n'est pas géré de manière appropriée. Des lignes directrices sont disponibles pour aider à réduire le risque d'hypoglycémie. Les preuves suggèrent que le risque global d'hypoglycémie sévère n'est pas augmenté chez ceux qui sont plus actifs physiquement. Les personnes atteintes de diabète doivent être conscientes du fait que l'activité physique de haute intensité peut entraîner une augmentation de la glycémie et doivent proposer des stratégies pour lutter contre cela.

Les personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 ne doivent pas commencer d'activité physique si elles ne se sentent pas bien ou si elles ont eu un épisode d'hypoglycémie au cours des 24 heures précédentes. ⁷⁰

Diabète de type 1

L'hypoglycémie est rare mais signalée comme un événement indésirable important. ⁷¹⁻⁷³ Les gens devraient avoir leur glucomètre avec eux et être vigilants avec la surveillance, porter une identification du diabète et avoir un glucide disponible. ⁷⁴ Il peut y avoir un risque accru d'hypoglycémie pendant 24 heures après l'exercice, y compris un risque d'hypoglycémie nocturne, en particulier avec une activité l'après-midi. ⁷⁵ Les gens ne devraient pas commencer d'activité physique tant que les corps cétoniques sont anormaux,

et la cause sous-jacente devrait être trouvée.⁷⁶ Les cétones peuvent augmenter lors d'exercices d'endurance, sans augmentation significative de la glycémie. Après une activité physique intense, une hyperglycémie peut survenir, il faut donc faire preuve de prudence en cas de surcorrection (pouvant entraîner une hypoglycémie). Les personnes atteintes de neuropathie avancée, de dysfonctionnement autonome, d'insuffisance rénale terminale ou de rétinopathie proliférative/non proliférative sévère peuvent nécessiter des conseils spécialisés.

Diabète de type 2

Il existe très peu de contre-indications à l'activité physique chez les personnes atteintes de diabète de type 2.⁷⁷ Les comorbidités coexistantes doivent être prises en compte. Les personnes qui prennent de l'insuline ou des sécrétagogues de l'insuline ont un risque accru d'hypoglycémie avec l'activité physique. Aucun effet indésirable significatif n'a été rapporté dans une revue systématique d'essais contrôlés randomisés chez des personnes atteintes de diabète de type 2 entreprenant des interventions d'activité physique (entraînement aérobic, fitness ou résistance progressive) par rapport à des groupes témoins inactifs.⁷⁸ Les événements indésirables mineurs comprennent les symptômes musculosquelettiques et l'irritation cutanée.⁷⁹ Bien que les personnes atteintes de neuropathie périphérique doivent être étroitement surveillées pour détecter des complications, il ne leur est plus conseillé d'éviter les activités de mise en charge.⁸⁰ Le risque de lésions cutanées doit être pris en compte et des chaussures bien ajustées qui répartissent la charge uniformément sont bénéfiques.⁷⁹ Aucun risque accru de chutes, de douleur ou de symptômes neuropathiques n'a été démontré chez les personnes atteintes de neuropathie périphérique diabétique entreprenant des activités de mise en charge.

Déficience cognitive

Les avantages de l'activité physique chez les personnes atteintes de troubles cognitifs l'emportent largement sur les risques associés. Les stratégies pour maintenir la motivation, l'engagement et la sécurité sont importantes et les gens bénéficieront souvent du soutien des autres. Les stratégies doivent tenir compte du niveau de fonction, du stade de la maladie, de la capacité de communication (y compris les déficiences visuelles et auditives), de l'environnement préféré, du risque de chute et d'autres problèmes de santé.

Les rapports d'effets indésirables graves dans les études d'intervention sur l'activité physique sont rares chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Alors que la plupart ne signalent aucun événement indésirable grave,⁸¹⁻⁸² d'autres incluent des chutes, des douleurs musculo-squelettiques et des douleurs thoraciques après une activité physique.⁸³⁻⁸⁵ Malgré cela, l'entraînement musculaire et fonctionnel a été associé à un risque réduit de chutes chez les personnes atteintes de troubles cognitifs légers à modérés.⁸⁶ Un soutien et une supervision peuvent être nécessaires en raison de troubles cognitifs, d'équilibre, de démarche et de proprioception,³⁰⁻⁸⁷ donc

un équipement approprié et la sécurité sont importants, et la participation peut être limitée par la motivation, le contrôle émotionnel, l'orientation et un jugement affaibli.

Chutes et fragilité

Les personnes fragiles et inactives ont beaucoup à gagner à augmenter leur niveau d'activité physique et à renforcer leur force et leur équilibre, y compris celles atteintes d'ostéoporose. Même de petites améliorations de la force et de l'équilibre peuvent réduire le risque de chute d'une personne fragile et améliorer sa confiance. Les recommandations en matière d'activité physique doivent être adaptées à la capacité fonctionnelle et cognitive de chaque individu. Cela peut être davantage soutenu par des aides et une adaptation environnementales, telles que des plans d'exercices assis, et il peut être utile d'accompagner l'activité physique.

La peur de tomber est une préoccupation commune aux patients et aux soignants, tant dans la communauté ⁸⁸ que dans les hôpitaux. ⁸⁹ Les chutes sont une cause fréquente de morbidité et de mortalité. ⁹⁰ Les preuves d'une récente revue systématique démontrent que l'activité physique réduit le taux de blessures dues aux chutes, y compris les blessures nécessitant des soins médicaux ou une hospitalisation. ⁹¹ Une vaste étude sur les interventions d'activité physique pour la prévention des chutes dans la communauté a principalement signalé des événements indésirables non graves (généralement MS) et deux événements indésirables graves. ⁹² Aucun effet indésirable grave n'a été signalé dans une revue systématique des cours de prévention des chutes dans les établissements de soins. ⁹³ Bien que la notification des événements indésirables dans les interventions d'activité physique soit très variable, une revue systématique et une méta-analyse des stratégies de gestion de la fragilité ⁹⁴ ont rapporté que, même si les interventions d'activité physique étaient associées à des taux plus élevés d'événements indésirables que d'autres interventions, les taux globaux d'événements indésirables graves (hospitalisation, décès, infarctus aigu du myocarde et fracture) étaient plus faibles. Les événements non graves comprenaient des problèmes musculosquelettiques, une exacerbation de l'arthrose, des chutes, de la fatigue, des éruptions cutanées et des vertiges.

Discussion

Cette étude visait à développer, par consensus d'experts, des déclarations claires sur les risques médicaux de l'activité physique pour les personnes vivant avec des SLD à l'usage des professionnels de la santé. Cinq « déclarations d'impact » concluent que (1) pour les personnes vivant avec des SLD, les avantages de l'activité physique l'emportent de loin sur les risques, (2) bien que les risques soient très faibles, le risque perçu est élevé, (3) les conversations centrées sur la personne sont essentielles pour aborder le risque perçu, (4) chacun a son propre point de départ et (5) les gens devraient s'arrêter et consulter un médecin s'ils ressentent une augmentation

spectaculaire des symptômes. En outre, huit déclarations basées sur les symptômes/syndromes traitent des risques spécifiques de douleur musculo-squelettique, de fatigue, d'essoufflement, de douleur thoracique cardiaque, de palpitations, de dysglycémie, de troubles cognitifs, de chutes et de fragilité.

Les recommandations précédentes concernant le risque de prescrire une activité physique dans la pratique clinique se sont concentrées sur le risque cardiovasculaire, y compris le risque de mort subite. [65 95–98](#) Ce risque est faible tant dans la population générale que chez les personnes vivant avec des SLD, bien que cette dernière soit moins bien décrite. [62 63 99 100](#) Malgré cela, la peur des événements indésirables et de l'aggravation des symptômes reste un obstacle important pour les personnes atteintes de SLD à développer leur auto-efficacité et à initier un changement de comportement réussi. [5 6 101](#)

Les algorithmes de préparticipation visent à aider à la stratification des risques et à améliorer la continuité entre les secteurs de la santé et de l'activité physique et du sport. [96–98 102](#) Cependant, il existe des limites importantes à l'utilité et à l'efficacité des outils de dépistage préparticipation dans l'effort d'équilibrer l'identification appropriée des risques et d'éviter les renvois excessifs aux médecins. [66 103](#) Étant donné que le risque de mort subite et d'événements indésirables graves pour les personnes inactives est minime si l'activité physique est initiée à un niveau approprié puis augmentée progressivement, [65 95 100](#) nous soutenons la recommandation de l'OMS selon laquelle le dépistage médical de routine des personnes atteintes de SLD n'est pas nécessaire. ⁸Dans le cas où des personnes se présentent à des professionnels de la santé avec des préoccupations symptomatiques, un changement de comportement réussi est peu probable à moins qu'elles ne sentent que leurs préoccupations particulières ont été traitées de manière adéquate. ²⁹

Un défi pour cette étude est que le risque d'événements indésirables liés à l'activité physique chez les personnes vivant avec des SLD est rarement signalé et mal quantifié. Une grande partie de la littérature pertinente est spécifique à une condition, abordant les avantages de l'activité physique et signalant de manière hétérogène les événements indésirables comme critères de jugement secondaires. ¹⁰⁰La relation entre le risque et les symptômes ou syndromes cliniques n'est pas transparente, c'est pourquoi on s'est appuyé sur un consensus clinique d'experts pour interpréter ces données. Une limitation de la portée de cette déclaration est que la liste des conditions médicales couvertes n'est pas exhaustive. Par exemple, nous n'incluons pas le syndrome de fatigue chronique et le long COVID-19, car les preuves sur le risque d'activité physique sont limitées et évoluent activement dans ces domaines. Nous ne pouvons pas être sûrs que nos déclarations spécifiques aux symptômes se traduisent efficacement dans la pratique clinique et par la suite pour les personnes vivant avec ces conditions. Il s'agit d'un domaine important pour les recherches futures. L'identification de stratégies sûres et évolutives dans les soins de santé pour soutenir un changement de comportement durable dans la vie quotidienne des personnes inactives

atteintes de SLD sera un atout puissant pour les approches populationnelles de l'activité physique.¹

L'opérationnalisation de conseils efficaces en matière d'activité physique dans les soins de santé de routine est un défi au Royaume-Uni et dans d'autres parties du monde. ^{104 105} Malgré une volonté des patients de recevoir des conseils de professionnels de santé de confiance, ¹⁰⁶ le soutien aux patients autour de l'activité physique dans la prévention et la gestion des SLD reste insuffisant. ¹⁰⁷ Bien que les professionnels de la santé estiment généralement que l'activité physique est importante, une disparité est observée entre les intentions d'engager les personnes en SLD dans des conversations sur l'activité physique et la confiance dans leurs compétences et leurs connaissances. ¹⁰⁸⁻¹¹⁰ Cette déclaration de consensus aidera à soutenir l'incertitude des professionnels de la santé sur les conseils spécifiques en matière d'activité physique concernant les risques pour des SLD particuliers. ^{111 112} Fournir des informations succinctes dans un format accessible facilitera les conversations urgentes dans la pratique clinique. ^{109 111 113} Pour soutenir cet objectif et améliorer la diffusion et l'accessibilité, nous présenterons nos résultats dans un format interactif en libre accès sur le site Web de l'initiative « Moving Medicine ». ^{104 114 115} Ce site Web héberge une gamme d'outils de consultation pratiques et centrés sur la personne pour aider les professionnels de la santé à avoir des conversations sur l'activité physique avec des personnes vivant avec des SLD dans la pratique clinique. Cette approche est conforme à la recommandation de l'OMS de fournir des « preuves fondées sur la pratique » pour réduire l'écart entre la recherche et les initiatives de santé publique efficaces. ¹¹⁶

En Angleterre, cette déclaration de consensus fait partie d'un programme de travail plus large mené par Sport England, Public Health England et le Royal College of General Practitioners et des partenaires plus larges pour améliorer l'expérience d'activité physique des personnes vivant avec des SLD. Sport England, en collaboration avec d'autres, explorera comment cette déclaration de consensus peut soutenir la suppression des obstacles systémiques à l'activité physique pour les personnes vivant avec des SLD. Il s'agit notamment d'encourager les discussions avec un éventail de partenaires, y compris les assureurs du secteur de l'activité physique et des loisirs, et de soutenir une révision des protocoles de pré-participation utilisés par les partenaires de la santé, de l'activité physique et du sport, y compris la nécessité d'une autorisation médicale. En outre, FSEM, Sport England et le Richmond Group of Charities, entre autres,

Nous recommandons la recherche et l'évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et de l'efficacité de la mise en œuvre de ces énoncés dans les soins de santé. Ces déclarations peuvent-elles améliorer les connaissances et la confiance des professionnels de la santé pour permettre aux gens de savoir quel changement symptomatique nécessite une attention médicale ? Par la suite, comprendre la meilleure façon de promouvoir l'intégration intersectorielle pour éliminer les obstacles systémiques à la participation à l'activité physique

pour les personnes vivant avec des SLD est essentiel au succès à l'échelle de la population. Nous nous félicitons de la poursuite des recherches sur les conditions non couvertes par cette étude et appelons à la notification systématique des risques et des événements indésirables dans toutes les études sur l'activité physique des personnes vivant avec des SLD.

Conclusion

Pour les personnes vivant avec des SLD stables, les avantages considérables de l'activité physique l'emportent sur les risques associés. Nous présentons cinq déclarations principales et huit déclarations spécifiques aux symptômes/syndromes pour aider les professionnels de la santé à parler aux personnes vivant avec des SLD afin de répondre à la peur communément perçue des événements indésirables sur une base individualisée.

Nous contestons les recommandations selon lesquelles les personnes ayant des SLD stables doivent obtenir une autorisation médicale avant d'augmenter de manière autonome leur niveau d'activité physique. Nous suggérons que le dépistage systématique de la préparticipation dans ce groupe constitue un obstacle inutile à l'activité physique autodirigée et à l'engagement dans les secteurs de l'activité physique, du sport et des loisirs. Nos résultats suggèrent que le besoin de conseils médicaux, par opposition à l'autorisation, devrait être déterminé par les personnes ayant des préoccupations spécifiques concernant les symptômes actifs.

Isolément, un meilleur soutien des professionnels de la santé ne suffira pas à apporter des changements substantiels aux niveaux d'activité physique des personnes atteintes de SLD. Nous appelons les secteurs de la santé et des secteurs connexes à travailler ensemble pour assurer la continuité des conseils et du soutien grâce à des messages clairs et cohérents. Cette déclaration de consensus fournit un point de départ pour développer un langage commun autour de la question spécifique du risque lié à l'activité physique.

Déclarations d'éthique

Consentement du patient à la publication

N'est pas applicable.

Approbaton éthique

La recherche originale de cette étude est l'étape Delphi, qui a été menée par les auteurs de la Faculté de médecine du sport et de l'exercice. La proposition de recherche a été soumise à l'outil décisionnel de l'autorité de recherche du National Health Service (NHS) du Royaume-Uni et du Medical Research Council, qui a confirmé que l'examen du comité d'éthique de la recherche du NHS n'était pas nécessaire. Tous les participants des groupes Delphi et de praticiens ont donné leur consentement éclairé en acceptant de répondre aux sondages après une description détaillée de ce que la participation

impliquait. Tous les participants Delphi sont répertoriés comme auteurs collaborateurs.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants pour le temps, l'énergie et l'engagement que notre groupe de parties prenantes a contribué à la création et à la réalisation de ce projet, ainsi que pour leur engagement envers la diffusion future et la mise en œuvre intersectorielle : Suzanne Gardner et Sarah Ruane au nom de Sport England ; Andrew Boyd au nom du Collège royal des médecins généralistes ; Mike Brannan et Jamie Blackshaw au nom de Public Health England et Michelle Roberts au nom du Richmond Group of Charities.

Les références

1.  0. La Société internationale pour l'activité physique et la santé ISPAH

 . Société internationale pour l'activité physique et la santé Huit investissements qui fonctionnent pour l'activité physique , 2020 . Disponible : <https://www.ispah.org/wp-content/uploads/2020/11/English-Eight-Investments-That-Work-FINAL.pdf>

[Google Scholar](#)
2.  0. La Société internationale pour l'activité physique et la santé

 . Infographie. Les huit investissements d'ISPAH qui fonctionnent pour l'activité physique : infographie, animation et appel à l'action . Br J Sports Med 2021 ; **55** : 759-60 . __ [doi:10.1136/bjsports-2020-103635](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103635)

[Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)
3.  0. Brannan M ,
1. Bernardotto M ,
2. Clarke N , *et al*

 . Déplacer les professionnels de la santé – une approche systémique globale pour intégrer l'activité physique dans la pratique clinique . BMC Med Educ 2019 ; **19** : 84 . [doi:10.1186/s12909-019-1517-y](https://doi.org/10.1186/s12909-019-1517-y)

[Google Scholar](#)

4. 

0. Chasse aux urgences ,
1. Papathome A

. Être physiquement actif malgré une maladie chronique : expériences de vie de personnes atteintes d'arthrite . Qual Res Sport Exercice Santé 2020 ; **12** : 242-55 . __ [doi:10.1080/2159676X.2019.1601637](https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1601637)

[Google Scholar](#)

5. 

0. Monsieur Franco ,
1. Tong A ,
2. Howard K , *et al*

. Perspectives des personnes âgées sur la participation à l'activité physique : une revue systématique et une synthèse thématique de la littérature qualitative . Br J Sports Med 2015 ; **49** : 1268-76 . __ [doi:10.1136/bjsports-2014-094015](https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094015) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25586911>

[Résumé / Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

6. 

0. Yarmohammadi S ,
1. Mozafar Saadati H ,
2. Ghaffari M , *et al*

. Une revue systématique des obstacles et des facteurs de motivation à l'activité physique chez les personnes âgées en Iran et dans le monde . Épidémiol Santé 2019 ; **41** : e2019049 . [doi:10.4178/epih.e2019049](https://doi.org/10.4178/epih.e2019049) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31801319>

[PubMedGoogle Scholar](#)

7. 

0. Jones N ,
1. Jackson K ,
2. Favoriser C

. Projet de participation des patients et du public pour identifier et prioriser les éléments clés d'un nouveau service de réadaptation par

l'exercice pour les personnes atteintes de multimorbidité. 2016 . OSF Prépr 2016 : 1 – 30 .

[Google Scholar](#)

8. ↵

0. Bull FC ,
1. Al-Ansari SS ,
2. Biddle S , *et al*

. Lignes directrices 2020 de l'Organisation mondiale de la santé sur l'activité physique et les comportements sédentaires . Br J Sports Med 2020 ; **54** : bjsports-2020-102955 : 1451 – 62 . [doi:10.1136/bjsports-2020-102955](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33239350>

[PubMedGoogle Scholar](#)

9. ↵

0. O'Keefe L

. *Enquête sur la vie active auprès des adultes, novembre 2018/19, rapport* . Sport Anglais , 2020 : 1 – 24 .

[Google Scholar](#)

10. ↵

0. OMS

. *Qui des lignes directrices sur l'activité physique et le comportement sédentaire* . Genève , 2020 .

[Google Scholar](#)

11. ↵

0. Barnett K ,
1. Mercier SW ,
2. Norbury M , *et al*

. Épidémiologie de la multimorbidité et implications pour les soins de santé, la recherche et l'enseignement médical : une étude transversale . Lancette 2012 ; **380** : 37-43 . __ [doi:10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22579043>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

12. ↵

0. Kingston A ,
1. Robinson L. ,
2. Booth H , *et al*

. Projections de la multi-morbidité dans la population âgée en Angleterre jusqu'en 2035 : estimations du modèle de simulation du vieillissement de la population et des soins (PACSim) . *Âge Vieillesse* 2018 ; **47** : 374-80 . __ [doi:10.1093/ageing/afx201](https://doi.org/10.1093/ageing/afx201) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370339>

[PubMedGoogle Scholar](#)

13. ↵

0. Browsers MC ,
1. Khô MOI ,
2. Brownman GP , *et al*

. D'accord II : faire progresser l'élaboration, la production de rapports et l'évaluation des lignes directrices dans le domaine des soins de santé . *Prév Med* 2010 ; **51** : j.ypped.2010.08.005 : 421 – 4 . [doi:10.1016/j.ypped.2010.08.005](https://doi.org/10.1016/j.ypped.2010.08.005) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20728466>

[PubMedGoogle Scholar](#)

14. ↵

0. IntelligentEnsemble

. #EasierToBeActive : Faciliter l'activité physique avec un problème de santé : une conversation nationale. Rapport des conclusions de la première phase. Sheffield , 2019 . Disponible : <https://easiertobeactive.clevertogogether.com/>

[Google Scholar](#)

15. ↵

0. Grant MJ ,
1. Stand A

. Une typologie des revues : une analyse de 14 types de revues et des méthodologies associées . *Bibliothèque Info Santé J* 2009 ; **26** : 91-108 . __ [doi:10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19490148>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

16. ↵

0. Hasson F ,
1. Keney S

. Renforcement de la rigueur dans la recherche de la technique Delphi . Technol Forecast Soc Change 2011 ; **78** : 1695-704 . __ [doi:10.1016/j.techfore.2011.04.005](https://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.04.005)

[RéfCroiséeGoogle Scholar](#)

17. ↵

0. Jünger S ,
1. Payne S ,
2. Brearley S , *et al*

. Recherche d'un consensus dans les soins palliatifs : une étude Delphi à l'échelle européenne sur les compréhensions communes et les différences conceptuelles . J Gestion des symptômes de la douleur 2012 ; **44** : 192-205 . __ [doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.009](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.009) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22704058>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

18. ↵

0. Jünger S ,
1. Payne SA ,
2. Brine J , *et al*

. Conseils pour la réalisation et la communication d'études Delphi (CREDES) en soins palliatifs : recommandations basées sur une revue systématique méthodologique . Palliat Med 2017 ; **31** : 684-706 . __ [doi:10.1177/0269216317690685](https://doi.org/10.1177/0269216317690685) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28190381>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

19. ↵

0. McKenna HP

. La technique Delphi : une approche de recherche intéressante pour les soins infirmiers ? J Adv Nurs 1994 ; **19** : 1221 – 5 . [doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7930104>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

20. ↵

SurveyMonkey Inc , 1999 . Disponible : www.surveymonkey.com

[Google Scholar](#)

21. ↵

0. Linstone HA ,
1. Turoff M ,
2. Helmer O

. La méthode Delphi 2002 .

[Google Scholar](#)

22. ↵

0. Baysari MT ,
1. Westbrook JI ,
2. Egan B , *et al*

. Identification de stratégies pour réduire les alertes informatisées dans un système de prescription électronique en utilisant une approche Delphi . Haras Health Technol Inform 2013 ; **192** : 8-12 . __ pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23920505>

[PubMedGoogle Scholar](#)

23. ↵

0. Hurley M ,
1. Dickson K ,
2. Hallett R , *et al*

. Interventions d'exercice et croyances des patients pour les personnes souffrant d'arthrose de la hanche, du genou ou de la hanche et du genou : une revue de méthodes mixtes . Cochrane Database Syst Rev 2018 ; **4** : CD010842 . [doi:10.1002/14651858.CD010842.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010842.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29664187>

[PubMedGoogle Scholar](#)

24. ↵

0. Tapis S ,
1. Tan MP ,
2. Kamaruzzaman SB , *et al*

. Thérapies physiques pour améliorer l'équilibre et réduire le risque de chute dans l'arthrose du genou : une revue systématique . Âge Vieillesse 2015 ; **44** : 16 – 24 . [doi:10.1093/ageing/afu112](https://doi.org/10.1093/ageing/afu112) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25149678>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

25. ↵

0. Fransen M ,
1. McConnell S ,
2. Hernandez-Molina G , *et al*

. Exercice pour l'arthrose de la hanche . Cochrane Database Syst Rev 2014 ; **21** : CD007912 . [doi:10.1002/14651858.CD007912.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007912.pub2)

[Google Scholar](#)

26. ↵

0. Fransen M ,
1. McConnell S ,
2. Harmer AR , *et al*

. Exercice pour l'arthrose du genou . Cochrane Database Syst Rev 2015 ; **1** : CD004376 . [doi:10.1002/14651858.CD004376.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004376.pub3) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25569281>

[PubMedGoogle Scholar](#)

27. ↵

0. Regnaud J-P ,
1. Lefèvre-Colau M-M ,
2. Trinquart L , *et al*

. Activité ou exercice physique de haute intensité versus de faible intensité chez les personnes souffrant d'arthrose de la hanche ou du genou . Cochrane Database Syst Rev 2015 ; **CD010203** . [doi:10.1002/14651858.CD010203.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010203.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26513223>

[PubMedGoogle Scholar](#)

28. ↵

0. Liao Chun De ,
1. Chen Hung-Chou ,
2. Kuo Yu-Chi , *et al*

. Effets de l'entraînement en force musculaire sur le gain de masse musculaire et l'hypertrophie chez les personnes âgées souffrant d'arthrose : une revue systématique et une méta-analyse . Soins de l'arthrite Res 2020 ; **72** : 1703-18 . __ [doi:10.1002/acr.24097](https://doi.org/10.1002/acr.24097)

[Google Scholar](#)

29. ↵

0. Bartels EM ,
1. Juhl CB ,
2. Christensen R , *et al*

. Exercice aquatique pour le traitement de l'arthrose du genou et de la hanche . Cochrane Database Syst Rev 2016 ; **3** : CD005523 . [doi:10.1002/14651858.CD005523.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005523.pub3) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27007113>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

30. ↵

0. Pedersen BK ,
1. Saltin B

. L'exercice en tant que médicament - preuves pour prescrire l'exercice en tant que thérapie dans 26 maladies chroniques différentes . Scand J Med Sci Sports : 2015 ; **25 Supplément 3** : 1-72 . [doi:10.1111/sms.12581](https://doi.org/10.1111/sms.12581) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26606383>

[PubMedGoogle Scholar](#)

31. ↵

0. Metsios GS ,
1. Kitas GD

. Activité physique, exercice physique et polyarthrite rhumatoïde : efficacité, mécanismes et mise en œuvre . Best Pract Res Clin Rheumatol 2018 ; **32** : 669-82 . __ [doi:10.1016/j.berh.2019.03.013](https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.03.013) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31203925>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

32. ↵

0. Crampe F ,
1. Hewlett S ,
2. Almeida C , *et al*

. Interventions non pharmacologiques pour la fatigue dans la polyarthrite rhumatoïde . Cochrane Database Syst Rev 2013 : CD008322 . [doi:10.1002/14651858.CD008322.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008322.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23975674>

[PubMedGoogle Scholar](#)

33. ↵

0. Mudano AS ,
1. Tugwell P ,
2. Wells GA , *et al*

. Tai chi pour la polyarthrite rhumatoïde . Cochrane Database Syst Rev 2019 ; **9** : CD004849 . [doi:10.1002/14651858.CD004849.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004849.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31553478>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

34. ↵

0. Regnaud J-P ,
1. Davergne T ,
2. Palazzo C , *et al*

. Programmes d'exercices pour la spondylarthrite ankylosante . Cochrane Database Syst Rev : 2019 ; **10** : CD011321 . [doi:10.1002/14651858.CD011321.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011321.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31578051>

[PubMedGoogle Scholar](#)

35. ↵

0. Bidonde J ,
1. Busch AJ ,
2. Schachter CL , *et al*

. Entraînement aérobique pour les adultes atteints de fibromyalgie . Cochrane Database Syst Rev 2017 ; **15** : CD012700 . [doi:10.1002/14651858.CD012700](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012700)

[Google Scholar](#)

36. ↵

0. Kim SY ,
1. Busch AJ ,
2. Overend TJ , *et al*

. Exercices de flexibilité pour les adultes atteints de fibromyalgie . Cochrane Database Syst Rev 2019 ; **90** : CD013419 . [doi:10.1002/14651858.CD013419](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013419)

[Google Scholar](#)

37. ↵

0. Ge HY ,
1. Nie H ,
2. Graven-Nielsen T , *et al*

. Modulation descendante de la douleur et son interaction avec la sensibilisation périphérique suite à une contraction musculaire isométrique soutenue dans la fibromyalgie . Eur J Pain 2012 ; **16** : 196-203 . __ [doi:10.1016/j.ejpain.2011.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.008) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323372>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

38. ↵

0. Kosek E ,
1. Ekholm J ,
2. Hansson P.

. Modulation des seuils de douleur à la pression pendant et après la contraction isométrique chez les patients atteints de fibromyalgie et chez les témoins sains . Douleur 1996 ; **64** : 415-23 . __ [doi:10.1016/0304-3959\(95\)00112-3](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00112-3) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8783304>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

39. ↵

0. Lannersten L ,
1. Kosek E

. Dysfonctionnement de l'inhibition de la douleur endogène lors d'un exercice avec des muscles douloureux chez les patients atteints de myalgie de l'épaule et de fibromyalgie . Douleur 2010 ; **151** : 77-86 . __ [doi:10.1016/j.pain.2010.06.021](https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.06.021) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20621420>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

40. ↵

0. Meeus M ,

1. Hermans L ,
2. Ickmans K , *et al*

. Modulation endogène de la douleur en réponse à l'exercice chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, des patients atteints du syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie comorbide, et des témoins sains : un essai contrôlé randomisé en double aveugle . *Pratique de la douleur* 2015 ; **15** : 98 – 106 . [doi:10.1111/papr.12181](https://doi.org/10.1111/papr.12181) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24528544>

[PubMedGoogle Scholar](#)

41. ↵

0. Staud R ,
1. Robinson MOI ,
2. Prix JJ

. L'exercice isométrique a des effets opposés sur les mécanismes centraux de la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie par rapport aux témoins normaux . *Douleur* 2005 ; **118** : 176-84 . [doi:10.1016/j.pain.2005.08.007](https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.007) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16154700>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

42. ↵

0. Tour J ,
1. Löfgren M ,
2. Mannerkorpi K , *et al*

. Les interactions gène à gène régulent la modulation endogène de la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie et les effets antagonistes des contrôles sains entre les gènes liés aux opioïdes et à la sérotonine . *Douleur* 2017 ; **158** : 1194-203 . [doi:10.1097/j.pain.0000000000000896](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000896) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28282362>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

43. ↵

0. Engberg I ,
1. Segerstedt J ,
2. Waller G , *et al*

. Fatigue dans la population générale - associations avec l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'activité physique, le temps passé assis et l'état de santé auto-évalué : l'étude MONICA du nord de la Suède 2014 . BMC Santé Publique 2017 ; **17** : 654 . [doi:10.1186/s12889-017-4623-y](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4623-y) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28806984>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

44. ↵

0. Peralta M ,
1. Martins J ,
2. Gómez Chávez F , *et al*

. Associations d'auto-évaluation du bien-être et de l'activité physique chez les personnes âgées européennes . Eur J Sport Sci 2018 ; **18** : 1038-44 . [doi:10.1080/17461391.2018.1469672](https://doi.org/10.1080/17461391.2018.1469672) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29738679>

[PubMedGoogle Scholar](#)

45. ↵

0. Bullo V ,
1. Bergamin M ,
2. Gobbo S , *et al*

. Les effets de l'entraînement physique Pilates sur la forme physique et le bien-être des personnes âgées : une revue systématique pour la future prescription d'exercices . Prév Med 2015 ; **75** : 1 – 11 . [doi:10.1016/j.ypmed.2015.03.002](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.03.002) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25773473>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

46. ↵

0. Marques A ,
1. Peralta M ,
2. Martins J , *et al*

. Associations entre l'activité physique et le bien-être auto-évalué chez les adultes européens : une étude transversale basée sur la population . Prév Med 2016 ; **91** : 18-23 . [doi:10.1016/j.ypmed.2016.07.021](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.021) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27471019>

[PubMedGoogle Scholar](#)

47. ↵

0. Hulme K ,
1. Safari R ,
2. Thomas S , *et al*

. Interventions contre la fatigue dans les conditions de santé physique à long terme : une revue de la portée des revues systématiques . PLoS One 2018 ; **13** : e0203367 . [doi:10.1371/journal.pone.0203367](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203367) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30312325>

[PubMedGoogle Scholar](#)

48. ↵

0. Mustien KM ,
1. Alfano CM ,
2. Heckler C , *et al*

. Comparaison des traitements pharmaceutiques, psychologiques et physiques de la fatigue liée au cancer : une méta-analyse . JAMA Oncol 2017 ; **3** : 961-8 . [doi:10.1001/jamaoncol.2016.6914](https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.6914) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28253393>

[PubMedGoogle Scholar](#)

49. ↵

0. O'Donnell DE ,
1. Milne KM ,
2. James MD , *et al*

. Dyspnée dans la BPCO : nouvelles connaissances mécanistes et implications pour la prise en charge . Adv Ther 2020 ; **37** : 41-60 . [doi:10.1007/s12325-019-01128-9](https://doi.org/10.1007/s12325-019-01128-9) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31673990>

[PubMedGoogle Scholar](#)

50. ↵

0. Waschki B ,
1. Kirsten A ,
2. Holz O , *et al*

. L'activité physique est le facteur prédictif le plus puissant de la mortalité toutes causes confondues chez les patients atteints de BPCO : une étude de cohorte prospective . Poitrine 2011 ; **140** : 331-

42 . __ [doi:10.1378/chest.10-2521](https://doi.org/10.1378/chest.10-2521) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21273294>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

51. ↵

0. Vestbo J ,
1. Hurd SS ,
2. Agustí AG , *et al*

. Stratégie mondiale pour le diagnostic, la prise en charge et la prévention de la bronchopneumopathie chronique obstructive : or résumé analytique . Am J Respir Crit Care Med 2013 ; **187** : 347-65 . __ [doi:10.1164/rccm.201204-0596PP](https://doi.org/10.1164/rccm.201204-0596PP) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878278>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

52. ↵

0. Santos C ,
1. Rodrigues F ,
2. Santos J , *et al*

. Rééducation pulmonaire dans la MPOC : effet de 2 intensités d'exercice aérobie sur les résultats centrés sur le sujet - Un essai contrôlé randomisé . Respir Care 2015 ; **60** : 1603-9 . __ [doi:10.4187/respcare.03663](https://doi.org/10.4187/respcare.03663) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26221044>

[Résumé / Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

53. ↵

0. Abd El Kader SM ,
1. Al-Jiffri OH

. L'exercice atténue l'inflammation systémique liée à la dépression chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique . Afr Health Sci 2016 ; **16** : 1078-88 . __ [doi:10.4314/ahs.v16i4.25](https://doi.org/10.4314/ahs.v16i4.25) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28479901>

[PubMedGoogle Scholar](#)

54. ↵

0. McCarthy B ,
1. Casey D ,

2. Devane D , *et al*

. Rééducation pulmonaire pour la bronchopneumopathie chronique obstructive . Cochrane Database Syst Rev 2015 ; **3** : CD003793 . [doi:10.1002/14651858.CD003793.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3)

[Google Scholar](#)

55. ↵

0. Garvey C ,
1. Député de Bayles ,
2. Hamm LF , *et al*

. Prescription d'exercices de réadaptation pulmonaire dans la bronchopneumopathie chronique obstructive : examen de lignes directrices sélectionnées : une déclaration officielle de l'association américaine de réadaptation cardiovasculaire et pulmonaire . J Cardiopulm Rehabil Préc 2016 ; **36** : 75-83 . [doi:10.1097/HCR.0000000000000171](https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000171) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26906147>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

56. ↵

0. Puhan MA ,
1. Gimeno-Santos E ,
2. Cates CJ , *et al*

. Rééducation pulmonaire suite à des exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive . Cochrane Database Syst Rev 2016 ; **12** : CD005305 . [doi:10.1002/14651858.CD005305.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005305.pub4) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27930803>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

57. ↵

0. Myers J ,
1. Brawner CA ,
2. Haykowsky MJF , *et al*

. Pronostic : l'entraînement physique réduit-il les effets indésirables de l'insuffisance cardiaque ? Clinique d'insuffisance cardiaque 2015 ; **11** : 59-72 . [doi:10.1016/j.hfc.2014.08.012](https://doi.org/10.1016/j.hfc.2014.08.012) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432474>

[PubMedGoogle Scholar](#)

58. ↵

0. O'Connor CM ,
1. Whellan DJ ,
2. Lee KL , *et al*

. Efficacité et sécurité de l'entraînement physique chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique : essai contrôlé randomisé HF-ACTION . JAMA : 2009 ; **301** : 1439-50 . [doi:10.1001/jama.2009.454](https://doi.org/10.1001/jama.2009.454) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19351941>

[PubMedGoogle Scholar](#)

59. ↵

0. Schuer M ,
1. Chapron A ,
2. Guihard H , *et al*

. Impact des thérapies non médicamenteuses sur le contrôle de l'asthme : une revue systématique de la littérature . Eur J Gen Pract 2019 ; **25** : 65 – 76 . [doi:10.1080/13814788.2019.1574742](https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1574742) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30849253>

[PubMedGoogle Scholar](#)

60. ↵

0. Carson KV ,
1. Chandratilleke MG ,
2. Picot J , *et al*

. Entraînement physique pour l'asthme . Cochrane Database Syst Rev 2013 : CD001116 . [doi:10.1002/14651858.CD001116.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001116.pub4) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24085631>

[PubMedGoogle Scholar](#)

61. ↵

0. Grande AJ ,
1. Silva V ,
2. Andriolo BNG , *et al*

. Exercice à base d'eau pour les adultes asthmatiques . Cochrane Database Syst Rev 2014 : CD010456 . [doi:10.1002/14651858.CD010456.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010456.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25032820>

[PubMedGoogle Scholar](#)

62. ↵

0. Albert CM ,
1. Mittleman MA ,
2. Chae CU , *et al*

. Déclenchement de la mort subite d'origine cardiaque par un effort vigoureux . N Engl J Med 2000 ; **343** : 1355 – 61 . [doi:10.1056/NEJM200011093431902](#) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11070099>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

63. ↵

0. Whang W ,
1. Manson J. E. ,
2. Hu FB , *et al*

. Effort physique, exercice physique et mort cardiaque subite chez la femme . JAMA 2006 ; **295** : 1399-403 . [doi:10.1001/jama.295.12.1399](#) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551711>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

64. ↵

0. Mittleman MA ,
1. Maclure M ,
2. Tofler GH , *et al*

. Déclenchement d'un infarctus aigu du myocarde par un effort physique intense. protection contre le déclenchement par un effort régulier. déterminants de l'étude sur l'apparition de l'infarctus du myocarde Chercheurs . N Engl J Med 1993 ; **329** : 1677-83 . [doi:10.1056/NEJM199312023292301](#) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8232456>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

65. ↵

0. Thompson PD ,
1. Franklin BA ,
2. Balady GJ , *et al*

. Exercice et événements cardiovasculaires aigus mettant les risques en perspective : une déclaration scientifique de l'American Heart

Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolic et du Council on Clinical Cardiology . Diffusion 2007 ; **115** : 2358-68 . __ [doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.181485](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.181485) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468391>

[Résumé / Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

66. ↵

0. Riebe D ,
1. Franklin BA ,
2. Thompson PD , *et al*

. Mise à jour des recommandations de l'ACSM pour le dépistage médical préparticipation à l'exercice . Exercice sportif médico-scientifique 2015 ; **47** : 2473-9 . __ [doi:10.1249/MSS.0000000000000664](https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000664) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26473759>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

67. ↵

0. Winger R ,
1. Steiger N ,
2. Burrows A , *et al*

. Impact de la modification du mode de vie sur la fibrillation auriculaire . Am J Cardiol 2020 ; **125** : 289-97 . __ [doi:10.1016/j.amjcard.2019.10.018](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.10.018) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31761147>

[PubMedGoogle Scholar](#)

68. ↵

0. Proietti M ,
1. Boriani G ,
2. Laroche C , *et al*

. Activité physique autodéclarée et événements indésirables majeurs chez les patients atteints de fibrillation auriculaire : un rapport de l'enquête pilote du programme de recherche EURObservational sur la fibrillation auriculaire (EORP-AF) . Europace 2017 ; **19** : 535-43 . __ [doi:10.1093/europace/euw150](https://doi.org/10.1093/europace/euw150) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28431068>

[PubMedGoogle Scholar](#)

69. ↵

0. Risom SS ,
1. Zwisler AD ,
2. Johansen PP , *et al*

. Réadaptation cardiaque basée sur l'exercice pour les adultes atteints de fibrillation auriculaire . Cochrane Database Syst Rev 2017 ; **2** : CD011197 . [doi:10.1002/14651858.CD011197.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011197.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28181684>

[PubMedGoogle Scholar](#)

70. ↵

0. Tourneur G ,
1. Quigg S ,
2. Davoren P , *et al*

. Ressources pour guider les spécialistes de l'exercice prenant en charge les adultes atteints de diabète . Sport Med Open 2019 ; **5** : 20 . [doi:10.1186/s40798-019-0192-1](https://doi.org/10.1186/s40798-019-0192-1) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31161377>

[PubMedGoogle Scholar](#)

71. ↵

0. Bur JF ,
1. Shephard RJ ,
2. Riddell MC

. Activité physique dans le diabète sucré de type 1 : évaluation des risques pour l'autorisation et la prescription d'activité physique . Can Fam Physician 2012 ; **58** : 533-5 . __ pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22586195>

[Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

72. ↵

0. Bohn B ,
1. Herbst A ,
2. Pfeifer M , *et al*

. Impact de l'activité physique sur le contrôle glycémique et la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire chez les adultes atteints de diabète de type 1 : une étude multicentrique transversale de 18 028 patients . Soins du diabète 2015 ; **38** : 1536-43 . __ [doi:10.2337/dc15-0030](https://doi.org/10.2337/dc15-0030) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26015557>

[Résumé / Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

73. 

0. Wu N ,
1. SSD Bredin ,
2. Guan Y , *et al*

. Avantages pour la santé cardiovasculaire de l'entraînement physique chez les personnes atteintes de diabète de type 1 : une revue systématique et une méta-analyse . J Clin Med 2019 ; **8** : 253 . [doi:10.3390/jcm8020253](https://doi.org/10.3390/jcm8020253) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30781593>

[PubMedGoogle Scholar](#)

74. 

0. Riddell MC ,
1. Gallen IW ,
2. Smart CE , *et al*

. Gestion de l'exercice dans le diabète de type 1 : une déclaration consensuelle . Lancet Diabète Endocrinol 2017 ; **5** : 377-90 . __ [doi:10.1016/S2213-8587\(17\)30014-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30014-1) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28126459>

[PubMedGoogle Scholar](#)

75. 

0. Gomez AM ,
1. Gomez C ,
2. Aschner P , *et al*

. Effets de l'exercice physique du matin par rapport à celui de l'après-midi sur le contrôle glycémique et la fréquence des hypoglycémies chez les patients diabétiques de type 1 sous traitement par pompe à insuline avec capteur . J Diabetes Sci Technol 2015 ; **9** : 619-24 . __ [doi:10.1177/1932296814566233](https://doi.org/10.1177/1932296814566233) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25555390>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

76. 

0. Galassetti P ,
1. Riddell MC

. Exercice physique et diabète de type 1 (T1DM) . Compr
Physiol 2013 ; **3** : 1309-36 . __ [doi:10.1002/cphy.c110040](https://doi.org/10.1002/cphy.c110040) pmid : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897688

[PubMedGoogle Scholar](#)

77. ↵

0. Hoffmann TC ,
1. Maher CG ,
2. Briffa T , *et al*

. Prescrire des interventions d'exercice pour les patients atteints de
maladies chroniques . JAMC 2016 ; **188** : 510-
8 . __ [doi:10.1503/cmaj.150684](https://doi.org/10.1503/cmaj.150684) pmid : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26976965

[Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

78. ↵

0. Thomas D ,
1. Elliott EJ ,
2. Naughton GA , *et al*

. Exercice pour le diabète de type 2 . Cochrane Database Syst
Rev 2006 ; **24** (6. doi : [10.1002/14651858.CD002968.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002968.pub2)

[Google Scholar](#)

79. ↵

0. Kluding PM ,
1. Bareiss SK ,
2. Hastings M , *et al*

. Entraînement physique et activité chez les personnes atteintes de
neuropathie périphérique diabétique : changement de
paradigme . Phys Ther 2016 . [doi:10.2522/ptj.20160124](https://doi.org/10.2522/ptj.20160124)

[Google Scholar](#)

80. ↵

0. Lemaster JW ,
1. Mueller MJ ,
2. Reiber GE , *et al*

. Effet de l'activité de mise en charge sur l'incidence de l'ulcère du
pied chez les personnes atteintes de neuropathie périphérique
diabétique : essai contrôlé randomisé pieds en premier . Phys

Ther 2008 ; **88** : 1385-98 . __ [doi:10.2522/ptj.20080019](https://doi.org/10.2522/ptj.20080019) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18801859>

[Résumé / Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

81. ↵

0. Forbes D ,
1. Forbes SC ,
2. Blake CM , *et al*

. Programmes d'exercices pour les personnes atteintes de démence . Cochrane Database Syst

Rev 2015 : CD006489 . [doi:10.1002/14651858.CD006489.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25874613>

[PubMedGoogle Scholar](#)

82. ↵

0. Groot C ,
1. Hooghiemstra AM ,
2. Raijmakers PGHM , *et al*

. L'effet de l'activité physique sur la fonction cognitive chez les patients atteints de démence : une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés . Vieillesse Res

Rév 2016 ; **25** : 13 – 23 . [doi:10.1016/j.arr.2015.11.005](https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.11.005) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26607411>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

83. ↵

0. Agneau SE ,
1. Mistry D ,
2. Alleyne S , *et al*

. Programme d'exercices d'aérobic et de musculation pour les troubles cognitifs chez les personnes atteintes de démence légère à modérée : l'ECR DAPA . Évaluation des technologies de la santé 2018 ; **22** : 1 – 202 . [doi:10.3310/hta22280](https://doi.org/10.3310/hta22280) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29848412>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

84. ↵

0. Steinberg M ,
1. Leoutsakos J-MS ,

2. Podewils LJ , *et al*

. Évaluation d'un programme d'exercices à domicile dans le traitement de la maladie d'Alzheimer : l'étude sur la maximisation de l'indépendance dans la démence (esprit) . Int J Geriatr Psychiatry 2009 ; **24** : 680 – 5 . [doi:10.1002/gps.2175](https://doi.org/10.1002/gps.2175) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089875>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

85. 

0. Littbrand H ,
1. Stenval M ,
2. Rosendahl E

. Applicabilité et effets de l'exercice physique sur les fonctions physiques et cognitives et les activités de la vie quotidienne chez les personnes atteintes de démence : une revue systématique . Am J Phys Med Rehabil 2011 ; **90** : 495-518 . [doi:10.1097/PHM.0b013e318214de26](https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e318214de26) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430516>

[PubMedGoogle Scholar](#)

86. 

0. Zieschang T ,
1. Schwenk M ,
2. Becker C , *et al*

. Chutes et activité physique chez les personnes atteintes de démence légère à modérée participant à un entraînement moteur intensif : essai contrôlé randomisé . Alzheimer Dis Assoc Disor 2017 ; **31** : 307-14 . [doi:10.1097/WAD.000000000000201](https://doi.org/10.1097/WAD.000000000000201) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28628488>

[PubMedGoogle Scholar](#)

87. 

Activité physique dans la prévention et le traitement des maladies 2010 .

[Google Scholar](#)

88. 

0. Kendrick D ,
1. Kumar A ,

2. Carpenter H , *et al*

. Exercice pour réduire la peur de tomber chez les personnes âgées vivant dans la communauté . Cochrane Database Syst Rev 2014 : CD009848 . [doi:10.1002/14651858.CD009848.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009848.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432016>

[PubMedGoogle Scholar](#)

89. ↵

0. Shuman C ,
1. Liu J ,
2. Montie M , *et al*

. Perceptions et expériences des patients concernant les chutes pendant l'hospitalisation et après la sortie . Appl Nurs Res 2016 ; **31** : 79 – 85 . [doi:10.1016/j.apnr.2016.01.009](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.009) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27397823>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

90. ↵

0. identifiant Cameron ,
1. Dyer SM ,
2. Panagoda CE , *et al*

. Interventions pour prévenir les chutes chez les personnes âgées dans les établissements de soins et les hôpitaux . Cochrane Database Syst Rev 2018 ; **9** : CD005465 . [doi:10.1002/14651858.CD005465.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30191554>

[PubMedGoogle Scholar](#)

91. ↵

0. Dipietro L ,
1. Campbell WW ,
2. Büchner DM , *et al*

. Activité physique, chutes avec blessures et fonction physique dans le vieillissement : une revue générale . Exercice sportif Med Sci 2019 ; **51** : 1303-13 . [doi:10.1249/MSS.0000000000001942](https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001942) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31095087>

[PubMedGoogle Scholar](#)

92. ↵

0. Sherrington C ,
1. Fairhall NJ ,
2. Wallbank GK , *et al*

. Exercice de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant dans la communauté . Cochrane Database Syst Rev 2019 ; **1** : CD012424 . [doi:10.1002/14651858.CD012424.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30703272>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

93. ↵

0. Crocker T ,
1. Forster A ,
2. Young J , *et al*

. Réadaptation physique pour les personnes âgées en soins de longue durée . Cochrane Database Syst Rev 2013 : CD004294 . [doi:10.1002/14651858.CD004294.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004294.pub3) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450551>

[PubMedGoogle Scholar](#)

94. ↵

0. Négm AM ,
1. Kennedy CC ,
2. Thabane L , *et al*

. Gestion de la fragilité : une revue systématique et une méta-analyse en réseau d'essais contrôlés randomisés . J Am Med Dir Assoc 2019 ; **20** : 1190 – 8 . [doi:10.1016/j.jamda.2019.08.009](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.009) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31564464>

[PubMedGoogle Scholar](#)

95. ↵

0. Thompson PD ,
1. Bucher D ,
2. Pina IL , *et al*

. L'exercice et l'activité physique dans la prévention et le traitement de la maladie cardiovasculaire athéroscléreuse : une déclaration du Conseil de cardiologie clinique (Sous-comité sur l'exercice, la réadaptation et la prévention) et du Conseil sur la nutrition, l'activité physique et le métabolisme (Sous-comité sur l'activité physique) . Diffusion 2003 ; **107** : 3109-16 . __ [doi:10.1161/01.CIR.0](https://doi.org/10.1161/01.CIR.0)

[000075572.40158.77](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/000075572.40158.77) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12821592>

[Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

96. ↵

0. Riebe D ,
1. Franklin BA ,
2. Thompson PD , *et al*

. Mise à jour des recommandations de l'ACSM pour le dépistage de la santé avant la participation à l'exercice . Exercice Med Sci Sport 2015 ; **47** : 2473-9 . __ [doi:10.1249/MSS.0000000000000664](https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000664)

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

97. ↵

0. SSD Bredin ,
1. Gledhill N ,
2. Jamnik VK

. *PAR-Q+ et ePARmed-X+ : nouvelle stratégie de stratification des risques et d'élimination de l'activité physique pour les médecins et les patients* . Collège des médecins de famille du Canada , 2013 .

[Google Scholar](#)

98. ↵

0. Hansen D ,
1. Niebauer J ,
2. Cornelissen V , *et al*

. Prescription d'exercices chez les patients présentant différentes combinaisons de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires : une déclaration consensuelle du groupe de travail d'experts . Sport Med 2018 ; **48** : 1781-97 . __ [doi:10.1007/s40279-018-0930-4](https://doi.org/10.1007/s40279-018-0930-4)

[Google Scholar](#)

99. ↵

0. Marijon E ,
1. Tafflet M ,
2. Celermajer DS , *et al*

. Mort subite liée au sport dans la population générale . Diffusion 2011 ; **124** : 672-81 . __ [doi:10.1161/CIRCULAT](https://doi.org/10.1161/CIRCULAT)

[IONAHA.110.008979](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21788587/) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21788587>

[Résumé / Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

100. 

0. Bricca A ,
1. Harris LK ,
2. Jäger M , *et al*

. Avantages et inconvénients de la thérapie par l'exercice chez les personnes atteintes de multimorbidité : une revue systématique et une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés . *Vieillesse Res Rév* 2020 ; **63** : 101166 . [doi:10.1016/j.arr.2020.101166](https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101166) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32896665>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

101. 

0. Teixeira PJ ,
1. Carraça EV ,
2. Markland D , *et al*

. Théorie de l'exercice, de l'activité physique et de l'autodétermination : une revue systématique . *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012 ; **9** : 78 . [doi:10.1186/1479-5868-9-78](https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22726453>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

102. 

0. Thompson PD ,
1. Arène R ,
2. Riebe D , *et al*

. Nouvelles recommandations de l'ACSM en matière de dépistage de la santé avant la participation à partir des directives de l'ACSM pour les tests d'exercice et la prescription, neuvième édition . *Curr Sports Med Rep* 2013 ; **12** : 215-7 . [doi:10.1249/JSR.0b013e31829a68cf](https://doi.org/10.1249/JSR.0b013e31829a68cf) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23851406>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

103. 

0. Jamnik VK ,

1. DER de Warburton ,
2. Makarski J , *et al*

. Améliorer l'efficacité de l'autorisation pour la participation à l'activité physique : contexte et processus global . Appl Physiol Nutr Metab 2011 ; **36 Supplément 1** : S3 – 13 . [doi:10.1139/h11-044](https://doi.org/10.1139/h11-044) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21800946>

[PubMedGoogle Scholar](#)

104. 

0. Gagliardi AR ,
1. Abdallah F ,
2. Faulkner G , *et al*

. Facteurs contribuant à l'efficacité des conseils en matière d'activité physique dans les soins primaires : une revue systématique réaliste . Conseils d'éducation des patients 2015 ; **98** : 412-9 . [doi:10.1016/j.pec.2014.11.020](https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.020) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25499578>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

105. 

0. Brannan M ,
1. Bernardotto M ,
2. Clarke N , *et al*

. Déplacer les professionnels de la santé - une approche systémique globale pour intégrer l'activité physique dans la pratique clinique . BMC Med Educ 2019 ; **19** : 84 . [doi:10.1186/s12909-019-1517-y](https://doi.org/10.1186/s12909-019-1517-y) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30876426>

[PubMedGoogle Scholar](#)

106. 

0. Keyworth C ,
1. Epton T ,
2. Goldthorpe J , *et al*

. Perceptions de recevoir des interventions de changement de comportement de la part des médecins généralistes lors des consultations de routine : une étude qualitative . PLoS One 2020 ; **15** : e0233399 . [doi:10.1371/journal.pone.0233399](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233399) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32437462>

[PubMedGoogle Scholar](#)

107. 

0. Franklin BA ,
1. Thompson PD ,
2. Al-Zaiti SS , *et al*

. Événements cardiovasculaires aigus liés à l'exercice et adaptations délétères potentielles après un entraînement physique à long terme : mise en perspective des risques - une mise à jour : une déclaration scientifique de l'American Heart

Association . Diffusion 2020 ; **141** : E705-36 . __ [doi:10.1161/CIR.0000000000000749](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000749) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32100573>

[PubMedGoogle Scholar](#)

108. 

0. Diehl K ,
1. Mayer M ,
2. Mayer F , *et al*

. Conseils en activité physique par les médecins de premier recours : attitudes, connaissances, mise en œuvre et succès perçu . J Phys

Loi Santé 2015 ; **12** : 216-23 . __ [doi:10.1123/jpah.2013-0273](https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0273) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24762394>

[PubMedGoogle Scholar](#)

109. 

0. Huijg JM ,
1. Gebhardt WA ,
2. Verheijden MW , *et al*

. Facteurs influençant les comportements de promotion de l'activité physique des professionnels des soins de santé primaires : une revue systématique . Int J Behav

Med 2015 ; **22** : 32 – 50 . [doi:10.1007/s12529-014-9398-2](https://doi.org/10.1007/s12529-014-9398-2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24788314>

[PubMedGoogle Scholar](#)

110. 

0. Chasseur C ,
1. Chew-Graham CA ,
2. Langer S , *et al*

. « Je n'irais pas plus loin parce que je ne veux pas la perdre » : une étude qualitative multiperspective sur le changement de comportement pour les affections à long terme dans les soins primaires . Espoir Santé 2015 ; **18** : 1995 – 2010 . [doi:10.1111/hex.12304](https://doi.org/10.1111/hex.12304)

[Google Scholar](#)

111. 

0. Albert FA ,
1. Crowe MJ ,
2. Malau-Aduli OEA , *et al*

. Promotion de l'activité physique : une revue systématique des perceptions des professionnels de santé . Int J Environ Res Santé publique 2020 ; **17** : 4358 – 36 . [doi:10.3390/ijerph17124358](https://doi.org/10.3390/ijerph17124358) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32570715>

[PubMedGoogle Scholar](#)

112. 

0. Bull FC ,
1. Schipper CE ,
2. Jamrozik K , *et al*

. Comment les médecins australiens peuvent-ils et font-ils la promotion de l'activité physique ? Prev Med 1997 ; **26** : 866-73 . _ _ [doi:10.1006/pmed.1997.0226](https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0226) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9388799>

[RéfCroiséePubMedWeb de la ScienceGoogle Scholar](#)

113. 

0. Hébert ET ,
1. Cauggy MO ,
2. Shuval K

. Perceptions des prestataires de soins primaires du conseil en matière d'activité physique dans un cadre clinique : une revue systématique . Br J Sports Med 2012 ; **46** : 625-31 . _ _ [doi:10.1136/bjsports-2011-090734](https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090734) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711796>

[Résumé / Texte intégral GRATUITGoogle Scholar](#)

114. 

0. FSEM

. *Médecine en mouvement* , 2018 .

[Google Scholar](#)

115. 

0. Douglas F ,
1. Torrance N ,
2. van Teijlingen E , *et al*

. Points de vue et expériences du personnel de soins primaires concernant les conseils réguliers aux patients sur l'activité physique. Une enquête par questionnaire . *BMC Public Health* 2006 ; **6** : 138 . [doi:10.1186/1471-2458-6-138](https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-138) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719900>

[RéfCroiséePubMedGoogle Scholar](#)

116. 

0. Di Pietro L ,
1. Al-Ansari SS ,
2. Biddle SJH , *et al*

. Faire progresser le programme mondial d'activité physique : recommandations pour les recherches futures du groupe d'élaboration des lignes directrices sur l'activité physique et les comportements sédentaires 2020 de l'OMS . *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020 ; **17** : 143 . [doi:10.1186/s12966-020-01042-2](https://doi.org/10.1186/s12966-020-01042-2) pmid : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33239105>

[PubMedGoogle Scholar](#)

Matériel supplémentaire

• Données supplémentaires

Ce fichier Web uniquement a été produit par le groupe d'édition BMJ à partir d'un fichier électronique fourni par le ou les auteurs et n'a pas été modifié pour le contenu.

- [Supplément de données 1](#)
- [Supplément de données 2](#)
- [Supplément de données 3](#)
- [Supplément de données 4](#)

• Données supplémentaires

Ce fichier Web uniquement a été produit par le groupe d'édition BMJ à partir d'un fichier électronique fourni par le ou les auteurs et n'a pas été modifié pour le contenu.

- [Supplément de données 1](#)
- [Supplément de données 2](#)
- [Supplément de données 3](#)
- [Supplément de données 4](#)

• Données supplémentaires

Ce fichier Web uniquement a été produit par le groupe d'édition BMJ à partir d'un fichier électronique fourni par le ou les auteurs et n'a pas été modifié pour le contenu.

- [Supplément de données 1](#)
- [Supplément de données 2](#)
- [Supplément de données 3](#)
- [Supplément de données 4](#)

• Données supplémentaires

Ce fichier Web uniquement a été produit par le groupe d'édition BMJ à partir d'un fichier électronique fourni par le ou les auteurs et n'a pas été modifié pour le contenu.

- [Supplément de données 1](#)
- [Supplément de données 2](#)
- [Supplément de données 3](#)
- [Supplément de données 4](#)

Notes de bas de page

- **Note de l'éditeur** Cette déclaration consensuelle est approuvée par l'Australasian College of Sport and Exercise Physicians, la Chartered Society of Physiotherapy, le Royal College of Nursing, le Royal College of Physicians et le Richmond Group of Charities.
 - **Twitter** @drhamishreid, @narrowboat_paul
 - **Avis de correction** Cet article a été corrigé depuis sa mise en ligne. La figure 2 a été remplacée par une version mise à jour et la note de l'éditeur a également été remplacée et la déclaration des collaborateurs mise à jour.
 - **Collaborateurs** Nous remercions tous les membres du groupe de consensus sur les risques liés à l'activité physique qui ont consacré beaucoup de temps et d'expertise à ce projet. Les contributeurs du groupe directeur ont guidé l'élaboration et l'orientation de cette déclaration de consensus, fournissant un contexte clinique à la base de données probantes. Les membres de ce groupe comprennent Charlie Foster (président); Catherine Lester; Christophe Speers; Esther Clift; Gill Cowburn ; Michelle Roberts; Guillaume Oiseau. Les membres
-

du groupe Delphi ont évalué de manière critique et informé l'élaboration des déclarations de consensus sur le risque. Les membres de ce groupe comprennent : Anna Lowe ; Alastair Lumb; Amit Mistry ; Andrew Murray; Anushka Soni; Brian Johnson; Falaise Kilgore ; Chris Swindale; Diana Greenfield; Jordan Bowen; Julia Newton; Lucy Gossage; Muir Gray; Marie Murphy; Neil Héron; Paula Manning; Perdie Van den Berg; Robert C Andrews; Rebecca Appelboam; Rebecca Robinson; Scarlett McNally; Sally Retallick ; Sarah Wheatley. Les personnes suivantes ont contribué à la fois au groupe directeur et au groupe Delphi : Christopher Pugh ; James H Hull; Kim Grégoire; Nikant Sabharwal; Sheera Sutherland; Tracy Barnet.

- **Les contributeurs** NJ et HR ont conceptualisé, planifié et dirigé la livraison de cette déclaration de consensus. NJ a dirigé l'engagement des parties prenantes. PK et SAT ont effectué l'examen rapide des preuves. L'AJR a dirigé la traduction de l'examen rapide en déclarations de preuves basées sur les symptômes. HR et AJR ont dirigé l'étude Delphi. NJ et HR ont dirigé le développement de l'infographie. Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit.
 - **Financement** Sport England a financé ce travail grâce à l'argent de la loterie nationale. Sur le financement de 25 000 £ mis à disposition, 16 660 £ ont été dépensés pendant la phase de développement de ce projet avec des coûts alloués aux voyages du groupe éditorial et de pilotage, à la location des installations, aux exigences logicielles, aux frais d'agence de conception et aux frais de personnel. Les 8 340 £ restants seront consacrés à la diffusion. Les membres du groupe de parties prenantes n'ont pas été impliqués dans l'élaboration de cette déclaration de consensus, que ce soit par le biais des processus de pilotage ou de Delphi. Les auteurs n'ont pas été incités ou payés pour écrire cet article. Les auteurs collaborateurs n'ont reçu aucune incitation financière ni récompense pour leur participation aux groupes de pilotage ou de delphi.
 - **Intérêts concurrents** Aucun déclaré.
 - **Provenance et examen par les pairs** Non mandaté ; examiné par des pairs externes.
 - **Matériel supplémentaire** Ce contenu a été fourni par le(s) auteur(s). Il n'a pas été approuvé par BMJ Publishing Group Limited (BMJ) et peut ne pas avoir été revu par des pairs. Toutes les opinions ou recommandations discutées sont uniquement celles des auteurs et ne sont pas approuvées par BMJ. BMJ décline toute responsabilité découlant de toute confiance accordée au contenu. Lorsque le contenu comprend du matériel traduit, BMJ ne garantit pas l'exactitude et la fiabilité des traductions (y compris, mais sans s'y limiter, les réglementations locales, les directives cliniques, la terminologie, les noms de médicaments et les dosages de médicaments), et n'est pas
-

responsable de toute erreur et/ou les omissions résultant de la traduction et de l'adaptation ou autres.

Demander des autorisations

Si vous souhaitez réutiliser tout ou partie de cet article, veuillez utiliser le lien ci-dessous qui vous mènera au service RightsLink du Copyright Clearance Center. Vous pourrez obtenir un prix rapide et une autorisation instantanée de réutiliser le contenu de différentes manières.

Demander des autorisations

Informations sur le droit d'auteur:

© Auteur(s) (ou leur(s) employeur(s)) 2021. Réutilisation autorisée sous CC BY-NC. Pas de réutilisation commerciale. Voir droits et autorisations. Edité par BMJ. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément à la licence Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0), qui permet à d'autres de distribuer, remixer, adapter, s'appuyer sur ce travail à des fins non commerciales et de concéder sous licence leurs travaux dérivés sur différents termes, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée, que le crédit approprié soit donné, que toute modification apportée soit indiquée et que l'utilisation ne soit pas commerciale. Voir : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>