

2025

#BEACTIVE DAY

JOURNÉE #BEACTIVE DAY 2025

GUIDE HEPA

Prévention et traitement des maladies non transmissibles :

le potentiel de l'activité physique
bénéfique pour la santé



Co-funded by
the European Union

europeactive
MORE PEOPLE | MORE ACTIVE | MORE OFTEN

#BEACTIVE
EUROPEAN WEEK OF SPORT

TABLE DES MATIÈRES

01 À PROPOS DU PROJET 2025 #BEACTIVE DAY	3
02 INTRODUCTION	4
03 HEPA ET DIABÈTE	8
3.1 Contexte	8
3.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion	12
3.3 Considérations sur l'activité physique pour les personnes atteintes de diabète	13
3.4 Conception de programmes d'activité physique pour les personnes atteintes de diabète	16
3.5 Exemples de bonnes pratiques	17
04 HEPA ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES	18
4.1 Contexte	18
4.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion	22
4.3 Considérations sur l'activité physique dans le cadre de la prévention secondaire et de la réadaptation	25
4.4 Conception de programmes d'activité physique pour la prévention des maladies cardiovasculaires	27
4.5 Exemples de bonnes pratiques	29
05 HEPA et maladies respiratoires chroniques	30
5.1 Contexte	30
5.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion	32
5.3 Considérations sur l'activité physique pour les personnes atteintes de CRD	34
5.4 Conception de programmes d'activité physique pour les personnes atteintes de CRD	35
5.5 Exemples de bonnes pratiques	37
06 HEPA & CANCER	38
6.1 Contexte	39
6.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion	41
6.3 Prise en compte de l'activité physique : pertinence dans le continuum des soins	45
6.4 Exemples de bonnes pratiques	46
07 CONCEVOIR DES PROGRAMMES HEPA POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER	47
7.1 Prescription d'exercices pour les personnes atteintes d'un cancer	47
7.2 Recommandations en matière d'exercice physique	49
7.3 Mise en œuvre des prescriptions FIIT dans la pratique	51
08 L'EXERCICE PHYSIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ	55
09 CONCLUSION	58
10 REMERCIEMENTS	60

01 À PROPOS DU PROJET 2025 **#BEACTIVE DAY**

Le projet 2025 **#BEACTIVE DAY** est une initiative de 12 mois coordonnée par EuropeActive et financée par l'Union européenne. Le projet comprend 9 partenaires, qui sont les associations nationales de fitness de l'Autriche, de la Bulgarie, de la Finlande, de la France, de la Hongrie, de l'Italie, de la Serbie et de la Suède.

Le concept de la **#BEACTIVE DAY** s'appuie sur les campagnes réussies de la " Journée nationale de la condition physique " d'EuropeActive, qui ont été développées dans 15 pays européens depuis 2017. Ce modèle éprouvé et durable continue de renforcer le rôle du secteur du fitness et de l'activité physique dans la promotion de modes de vie plus sains à travers l'Europe.

La #BEACTIVE DAY 2025 soutient la vision d'un plus grand nombre de personnes plus actives, plus souvent, et vise à lutter contre les niveaux croissants d'inactivité physique et de maladies chroniques. Cette année, la campagne met particulièrement l'accent sur la prévention et la gestion des maladies non transmissibles (MNT) par le biais de l'activité physique favorable à la santé (HEPA).

En encourageant une plus grande participation à des activités physiques au cours de la dernière semaine de septembre, la campagne contribue directement à la Semaine européenne du sport (SEM) organisée chaque année par la Commission européenne.

La journée #BEACTIVE DAY continue de jouer un rôle central dans la mobilisation du secteur du fitness et de l'activité physique, en incitant les gens de toute l'Europe à adopter un mode de vie actif. La campagne comprend des milliers d'événements et d'activités gratuits organisés dans des centres de fitness et de sport, des parcs, des écoles, des universités et des lieux de travail, invitant chacun à découvrir les joies et les avantages de l'activité physique.

Pour en savoir plus sur les activités du projet 2025 **#BEACTIVE DAY**, cliquez ici :

europeactive.eu/projects/beactiveday2025

et sur la campagne plus large **#BEACTIVE DAY** ici :

beactiveday.eu



02 INTRODUCTION

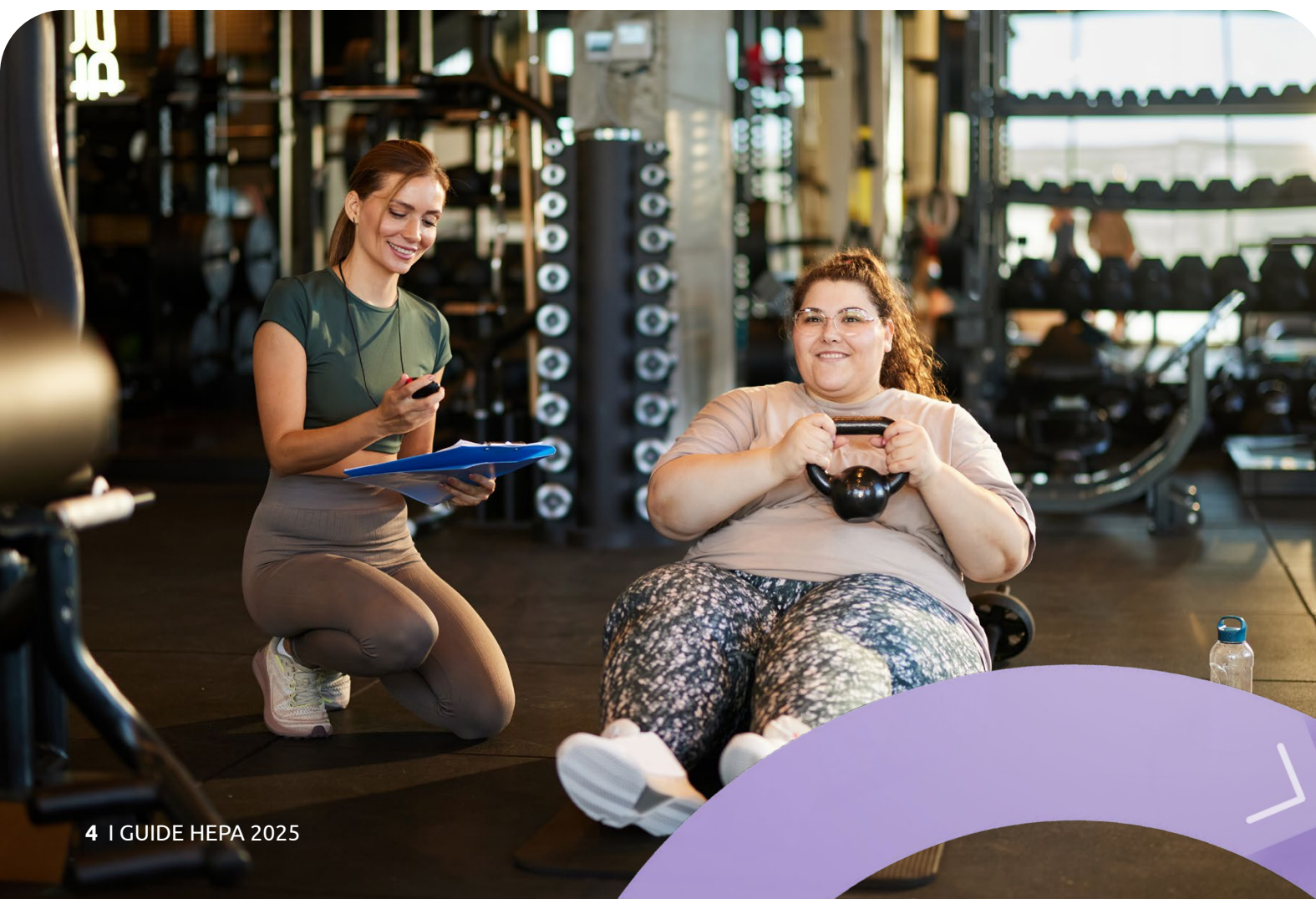
Ce guide a été élaboré pour souligner le rôle essentiel de l'inclusion dans la promotion de l'activité physique favorable à la santé (APFS), en particulier pour les personnes vivant avec des maladies non transmissibles (MNT) ou risquant d'en développer.

En plus d'être un aspect fondamental de la santé, du bien-être et de la socialisation pour tous les individus, **l'activité physique est également une pierre angulaire de la prévention et de la gestion d'affections** telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques. Pourtant, de nombreuses personnes se heurtent à des obstacles - qu'ils soient physiques, sociaux, économiques ou culturels - qui les empêchent de pratiquer une activité physique régulière.

Notre objectif est de fournir des **conseils pratiques et des stratégies pour rendre HEPA accessible**, équitable et accueillant pour tous, indépendamment de l'âge, des capacités, du sexe, de l'appartenance ethnique ou du statut socio-économique. Nous reconnaissons que les personnes touchées par les maladies non transmissibles ont

souvent besoin d'**environnements adaptés et favorables** pour initier et maintenir des modes de vie actifs. En supprimant les obstacles et en encourageant les pratiques inclusives, nous pouvons **donner aux individus les moyens** de prendre leur santé en main et d'améliorer leur qualité de vie.

EuropeActive imagine un avenir où chaque personne aura la possibilité et le soutien nécessaires pour pratiquer des activités physiques adaptées à ses besoins et à ses capacités. Ce guide s'inscrit dans le cadre de l'engagement continu de notre organisation à **promouvoir la santé publique** préventive, à réduire les inégalités et à construire des **communautés plus fortes, plus saines et plus actives**.



À QUI S'ADRESSE CE GUIDE ?



Les prestataires de services de remise en forme et d'activité physique :

notamment les propriétaires de gymnases, les gérants de clubs de remise en forme et les organisateurs d'événements liés à l'activité physique. Ces prestataires ont la possibilité - et la responsabilité - de créer des environnements dans lesquels les personnes atteintes ou à risque de maladies non transmissibles se sentent en sécurité, soutenues et encouragées à être actives.



Les décideurs politiques et les parties prenantes du secteur :

Les décideurs politiques jouent un rôle crucial dans l'élaboration des environnements, des systèmes et des politiques qui permettent ou limitent l'accès à l'activité physique favorable à la santé (APFS). Ce guide constitue une ressource stratégique pour soutenir ces efforts et faire évoluer les politiques vers des communautés plus inclusives et plus actives. Il offre également des conseils à une série de parties prenantes - y compris les assureurs maladie et les associations professionnelles - sur la manière de promouvoir et de soutenir les initiatives en faveur de l'activité physique favorisant l'intégration et conformes aux objectifs de prévention des maladies non transmissibles.



Les entraîneurs et instructeurs personnels, qui

travaillent directement avec les individus dans le cadre de programmes d'activité physique, ont un rôle essentiel à jouer en adaptant les activités, en motivant et en rassurant. Ce guide présente des méthodes fondées sur des données probantes pour faire participer en toute sécurité les personnes touchées par les quatre maladies non transmissibles les plus répandues : les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques.



Les personnes vivant avec une MNT ou exposées à un risque de MNT :

Tout aussi important, ce guide s'adresse aux personnes qu'il cherche à servir. Pour ceux qui gèrent ou risquent de gérer des maladies chroniques, le guide fournit des outils pour comprendre leurs droits, s'engager dans une activité physique sûre et appropriée, et plaider en faveur d'opportunités inclusives. Il est essentiel de donner aux individus les moyens d'acquérir des connaissances pour qu'ils aient confiance en eux et qu'ils puissent participer de manière autonome à l'activité physique.



Libérer le potentiel de l'inclusion dans HEPA pour les personnes touchées ou menacées par les MNT

Les maladies non transmissibles (MNT) - notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les affections respiratoires chroniques et les troubles mentaux ou neurologiques -

sont **la principale cause de décès et d'invalidité dans l'Union européenne (UE)**, représentant plus de **90 % de l'ensemble des décès¹ et 80 % de la charge de morbidité totale²**. Au niveau mondial, les MNT sont responsables d'environ 40 millions des 56 millions de décès survenant chaque année, soit environ **71 % de l'ensemble de la mortalité mondiale**. Elles sont également responsables de près de **80 % de l'ensemble des années vécues avec un handicap**, ce qui entraîne une réduction de l'espérance de vie en bonne santé - le nombre d'années vécues sans maladie³. La grande majorité des décès liés aux maladies non transmissibles, soit environ 80 %, sont attribués aux affections les plus répandues, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques.⁴

Au-delà de ces statistiques brutales se cachent de profondes répercussions sociales et économiques : la mortalité prématurée due aux MNT coûte à l'économie de l'UE un montant estimé à **115 milliards d'euros par an**, avec des pertes supplémentaires dues à la baisse de la productivité, à la réduction de l'emploi et à l'invalidité de longue durée⁵. Ce fardeau va au-delà des coûts financiers et affecte la qualité de vie des individus, le bien-être des familles et des soignants, ainsi que la viabilité des systèmes de santé sur l'ensemble du continent.

Les maladies non transmissibles touchent des personnes de tous âges, de tous milieux et de tous groupes socio-économiques. Les personnes de tous horizons sont vulnérables aux principaux facteurs de risque contribuant aux MNT, notamment l'inactivité physique, les régimes alimentaires malsains, le tabagisme et l'alcoolisme, qui sont tous influencés par les déterminants environnementaux, culturels et socio-économiques de la santé. Pourtant, **les MNT se caractérisent par un degré élevé de prévention**.

L'inactivité physique, désormais reconnue comme un facteur de risque essentiel dans l'apparition et la progression de nombreuses maladies non transmissibles, est de plus en plus répandue en raison de l'urbanisation, des modes de vie sédentaires et de l'inégalité d'accès à des possibilités d'activité physique sûres et inclusives. Des données mondiales alarmantes indiquent qu'**un adulte sur quatre et plus de 80 % des adolescents n'atteignent pas les niveaux d'activité recommandés⁶**.

Dans le même temps, l'activité physique s'est avérée être une **intervention puissante et rentable pour la prévention et la gestion des maladies non transmissibles**. Le fait de bouger régulièrement peut contribuer à réduire le risque de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de

diabète de type 2 et de certains cancers, tout en améliorant la santé mentale, la mobilité et la qualité de vie en général. Les personnes qui vivent avec une MNT ou qui sont exposées à un risque de MNT ont tendance à être confrontées à des **obstacles**

multiples et croisés - physiques, économiques, psychologiques et culturels - qui limitent leur capacité à pratiquer une activité physique régulière et bénéfique pour la santé (HEPA).



C'est là que **le secteur de la condition physique et de l'activité physique peut, et doit, jouer un rôle transformateur**. De par sa nature informelle, flexible et communautaire, le secteur est particulièrement bien placé pour combler les lacunes, faire tomber les barrières d'accès et offrir des possibilités d'engagement personnalisées et inclusives. Le secteur européen du fitness touche déjà plus de **71 millions de personnes⁷**, et des initiatives telles que la campagne **#BEACTIVE DAY** mettent en évidence le potentiel de mobilisation et d'inspiration des communautés par le biais d'actions locales. Ensemble, les acteurs du secteur s'engagent à devenir un partenaire de plus en plus sollicité de la santé publique, et investissent des ressources pour établir des partenariats solides, ainsi qu'une base factuelle solide qui leur permet de **créer des impacts significatifs et durables sur la santé publique**.

DIRECTIVES 2020 DE L'OMS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE



**Au moins
150 à 300
minutes**

d'activité physique
aérobie d'intensité
modérée

ou



**au moins
75 à 150
minutes**

d'activité physique
aérobie d'intensité
vigoureuse

ou une combinaison des deux tout au long de la semaine

**Adultes plus âgés
(65 ans et plus) :**



Il est conseillé de participer davantage à des activités physiques variées à composantes multiples, en moyenne trois fois par semaine, en mettant l'accent sur l'équilibre fonctionnel et l'entraînement musculaire afin d'améliorer la capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.

¹ OMS, Suivi des engagements en matière de maladies non transmissibles en Europe 2021, 2021, <https://shorturl.at/fA3uB>

² Commission européenne, Maladies non transmissibles - vue d'ensemble, 2025, <https://shorturl.at/PnmAC>

³ Garmany et al., *Longevity leap: Mind the healthspan gap*, NPJ Regenerative Medicine, 2021.

⁴ Bennet et al., *NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target*, Lancet, 2018.

⁵ Europe Commission, *Healthier Together – EU NCDs Initiative*, 2022, <https://shorturl.at/djxD8>

⁶ OMS, fiche d'information sur l'activité physique, <https://shorturl.at/9DAFQ>

⁷ EuropeActive, Rapport européen sur la santé et la forme physique 2025, 2025, <https://shorturl.at/987RB>

03 HEPA ET DIABÈTE

Le diabète est une maladie chronique complexe qui touche près de **600 millions de personnes** dans le monde,

600
MILLIONS DE
PERSONNES

Ce nombre devrait passer à plus de 72 millions d'ici à 2050.

72
MILLIONS

dont **66 millions** en Europe.

Le diabète fait peser une lourde charge sur les individus et les systèmes de santé - **en 2024, les dépenses de santé en Europe s'élevaient à 193 milliards de dollars américains** (environ 178 milliards d'euros)⁸.

193 MILLIARDS DE DOLLARS
AMÉRICAINS

3.1 Contexte

Le diabète survient lorsque l'organisme ne peut pas utiliser efficacement l'insuline ou lorsqu'il n'en produit pas assez (ou pas du tout).

L'insuline est une hormone produite par le pancréas qui aide notre corps à déplacer le glucose du sang vers les cellules où il peut être utilisé comme source d'énergie. Lorsqu'il n'y a pas assez d'insuline ou que l'insuline ne fonctionne pas efficacement, le glucose peut commencer à s'accumuler dans les vaisseaux sanguins, ce qui entraîne des niveaux élevés de glucose dans le sang (BGL ou hyperglycémie). Si le taux de glucose reste élevé dans le sang pendant une longue période, les petits et les grands vaisseaux sanguins peuvent être endommagés, ce qui augmente le risque de complications liées au diabète affectant le cœur, les yeux, les reins, les nerfs, la circulation des membres inférieurs, les dents et les gencives⁹.

Il existe plus de 10 types de diabète différents, dont les plus courants sont le diabète de type 1 (T1D), le diabète de type 2 (T2D) et le diabète gestationnel (GDM).

⁸ Fédération internationale du diabète, Atlas du diabète de la FID 11e édition 2025, 2025

⁹ OMS, Classification du diabète sucré, 2019, <https://rb.gy/ia2bi7>

Le diabète de type 1

(DT1) est une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire de l'organisme attaque et détruit les cellules productrices d'insuline du pancréas. Les personnes atteintes de DT1 doivent s'administrer de l'insuline tous les jours pour survivre. Quelque 2,7 millions de personnes vivent avec un DT1 en Europe et, bien que la maladie puisse survenir à tout âge, elle est le plus souvent diagnostiquée chez les enfants et les jeunes adultes.¹⁰ Il n'existe actuellement ni remède ni prévention pour le DT1, bien qu'il soit désormais possible, pour certaines personnes, de retarder l'apparition de la maladie d'environ deux ans.¹¹

Le diabète de type 2

(DT2) est causé par une interaction complexe de facteurs de risque modifiables et non modifiables tels que la génétique, l'origine ethnique, l'âge et l'obésité. Dans de nombreux cas, le diabète de type 2 peut être retardé ou évité grâce à un soutien apporté aux facteurs de risque comportementaux. Le DT2 se caractérise par une „résistance à l'insuline“, ce qui signifie que l'insuline produite par le pancréas ne fonctionne pas très bien. Comme l'insuline ne fonctionne pas comme elle le devrait, le pancréas essaie d'en produire de plus en plus pour compenser. Au bout d'un certain temps, le pancréas se fatigue et commence à produire de moins en moins d'insuline, ce qui entraîne une augmentation de la glycémie. Environ 90 % des personnes atteintes de diabète (PWD) vivent avec un DT2.¹²

L'hyperglycémie intermédiaire

(ou prédiabète) est un précurseur du DT2. Elle partage les mêmes facteurs de risque que le DT2 et survient lorsque la glycémie est plus élevée que d'habitude, mais pas suffisamment pour qu'un diagnostic de DT2 soit posé. Les personnes souffrant d'hyperglycémie intermédiaire sont plus exposées au risque de développer un DT2, mais elles peuvent réduire ce risque ou retarder l'apparition du DT2 en modifiant leur mode de vie et/ou en prenant des médicaments.¹³

Le diabète gestationnel

(DG) est un type de diabète qui se traduit par une glycémie élevée pendant la grossesse. Un taux de glucose élevé pendant la grossesse peut exposer la mère et le bébé à des complications liées à la grossesse, notamment l'hypertension artérielle, un poids élevé à la naissance et un accouchement difficile. En Europe, une naissance vivante sur sept est affectée par une glycémie élevée pendant la grossesse. Les facteurs de risque du diabète gestationnel comprennent le surpoids ou l'obésité, le fait d'être âgé de plus de 45 ans, les antécédents familiaux de diabète, le diabète gestationnel lors de grossesses antérieures et le syndrome des ovaires polykystiques. Les femmes qui ont connu un diabète gestationnel et leur progéniture courent un plus grand risque de développer un DT2.¹⁴

¹⁰ Fédération internationale du diabète, Atlas du diabète de la FID 11e édition 2025, 2025

¹¹ Herold KC, et al, *An anti-CD3 antibody, teplizumab, in relatives at risk for type 1 diabetes*, New England Journal of Medicine, 2019.

¹² OMS, *Classification du diabète sucré*, 2019, <https://rb.gy/ja2bi7>

¹³⁻¹⁴ Ibid.





3.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion

L'activité physique est l'un des outils de prévention et de gestion du diabète les plus efficaces, au même titre qu'une alimentation et un poids sains.



L'AP peut **réduire l'incidence du DT2** jusqu'à 10 %¹⁵, tandis que certaines études montrent qu'elle peut (avec des interventions diététiques) réduire la progression du "prédiabète" vers le DT2 de 31 % à 63 % chez les adultes vivant avec un prédiabète.¹⁶



Les adultes atteints de diabète sont encouragés à pratiquer au moins 150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine.



Les **activités de renforcement musculaire** sont recommandées 2 à 3 jours non consécutifs par semaine, tandis que les exercices d'équilibre sont recommandés pour les personnes âgées de 65 ans et plus.



La pratique **régulière** de l'AP **améliore la glycémie** et la santé cardiaque, contribue à la perte de poids, réduit la résistance à l'insuline et améliore le bien-être des personnes handicapées.¹⁷



Pour certaines personnes, faire plus de 150 minutes par semaine et/ou inclure une activité d'intensité vigoureuse peut entraîner des **bénéfices plus importants pour la santé.**



Toutes les personnes à mobilité réduite sont encouragées à **limiter le temps passé assis** et à bouger davantage.



En raison des effets positifs de l'AP sur l'insuline, il est également recommandé aux personnes âgées d'**éviter de rester plus de deux jours consécutifs sans pratiquer la moindre activité.**¹⁸

¹⁵ OECD/WHO, *Step Up! Tackling the burden of insufficient physical activity in Europe*, 2023, <https://rb.gy/vh7uo2>

¹⁶ Tuomilehto J et al., *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance*, N Engl J Med, 2001.

¹⁷ Colberg SR, et al., *Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association*, Diabetes Care, 2016.

¹⁸ Ibid.



3.3 Considérations sur l'activité physique pour les personnes atteintes de diabète

Bien que cela soit clairement bénéfique, certains PwD peuvent rencontrer des difficultés lorsqu'ils tentent de respecter les lignes directrices relatives à l'AP mentionnées ci-dessus.

Les PwD rencontrent des obstacles communs à l'AP, similaires à ceux rencontrés par les personnes ne vivant pas avec la maladie. Il existe cependant des **obstacles spécifiques au diabète** qui doivent être pris en compte en plus de ces obstacles plus généraux.¹⁹

Fluctuations du taux de glucose

Pour certains diabétiques, en particulier ceux qui utilisent de l'insuline, l'AP peut entraîner des fluctuations de la glycémie qui se traduisent par des symptômes dangereux et désagréables d'hyperglycémie et d'hypoglycémie. L'événement et la peur de ces fluctuations peuvent constituer un obstacle important à l'activité pour certains.



Effets des conditions de santé connexes

Les personnes handicapées vivent souvent avec d'autres problèmes de santé qui peuvent constituer des obstacles à leur participation. Des maladies telles que les maladies cardiovasculaires, l'obésité, les problèmes de vision, de circulation et de nerfs peuvent constituer des obstacles supplémentaires à la pratique d'une activité physique. Sans un soutien réfléchi et personnalisé, la personne vivant avec le diabète peut se sentir dépassée et craindre l'activité.



¹⁹ Kanaley JA, et al., *Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: A Consensus Statement from the American College of Sports Medicine*, Medicine & science in sports & exercise, 2022.

Manque de soutien

De nombreuses personnes atteintes de diabète estiment qu'elles ne reçoivent pas le soutien dont elles ont besoin de la part des professionnels de la santé, de leur famille ou de leurs amis. Commencer une activité physique peut être compliqué en raison des fluctuations de glycémie susmentionnées, d'autres problèmes de santé liés au diabète et du fardeau général que représente le diabète pour de nombreuses personnes. Le fait de ne pas se sentir soutenu ou jugé peut s'ajouter à ces difficultés, entraînant un manque de confiance en soi dans la pratique d'une activité.



Garantir la sécurité de la participation aux activités physiques

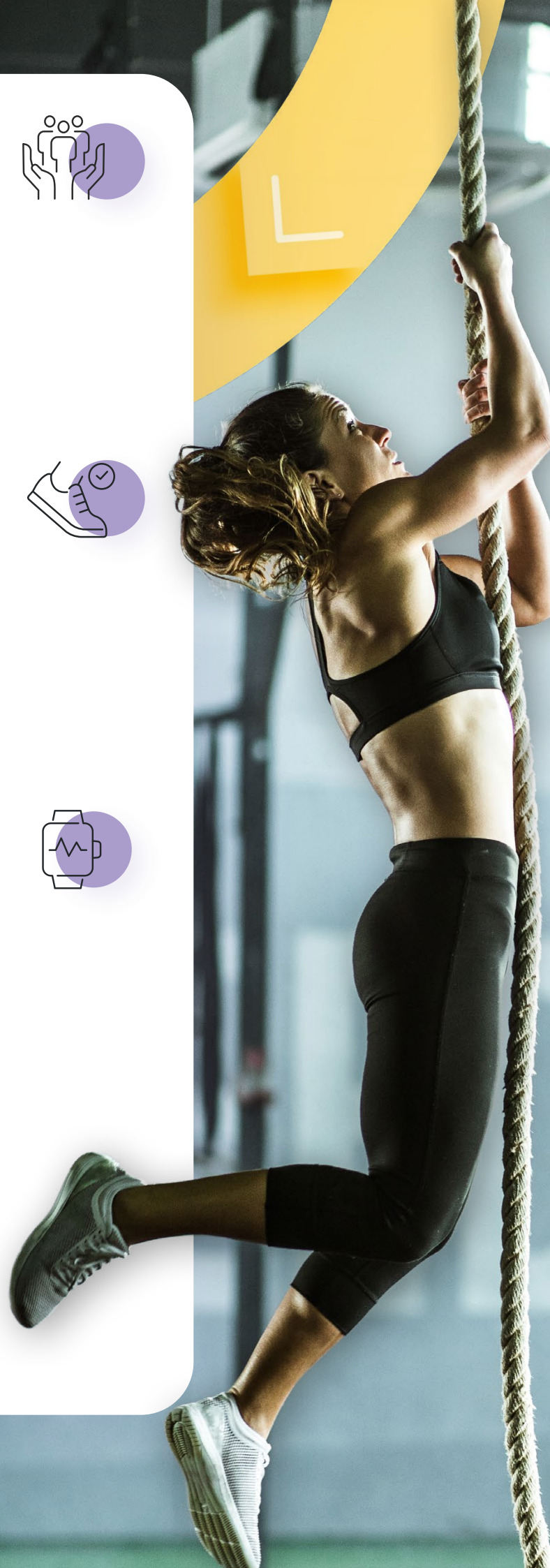
D'une manière générale, les avantages de l'activité physique l'emportent largement sur les risques potentiels. Pour la plupart des PwD, il n'est pas nécessaire d'effectuer des tests de présélection avant de commencer une activité physique d'intensité faible à modérée. Si la personne diabétique souhaite participer à des activités plus intenses, il est recommandé de consulter un médecin pour un bilan de santé. L'AP peut augmenter le risque d'hypoglycémie, d'hyperglycémie et d'accidents cardiaques chez certaines personnes atteintes de diabète.



Hypoglycémie

Pour les personnes qui utilisent de l'insuline ou un type de médicament appelé sulfonylurée, une activité aérobique soutenue peut entraîner une hypoglycémie. Le risque d'hypoglycémie est plus élevé si l'activité physique a lieu moins de deux heures après l'administration de l'insuline au cours du repas, si l'apport en glucides n'est pas suffisant pour soutenir l'activité ou si l'activité dure plus de 30 minutes. Les symptômes de l'hypoglycémie varient d'un individu à l'autre, mais peuvent inclure des tremblements, des vertiges, une faiblesse, une vision floue, des sueurs, une confusion et, dans les cas les plus graves, une perte de conscience.

Pour les personnes présentant un risque d'hypoglycémie, il est recommandé d'élaborer un plan de gestion de l'hypoglycémie avec les professionnels de santé et de procéder à des contrôles réguliers de la glycémie. En cas de suspicion d'hypoglycémie, le PwD doit être encouragé à arrêter l'activité et à suivre son plan personnel de gestion de l'hypoglycémie.



Hyperglycémie

Une légère augmentation de la glycémie lors de certains types d'activité est normale. Une activité d'intensité légère à modérée peut aider à faire baisser le taux de glycémie avant, pendant et après l'activité. Si le taux de glycémie est élevé ou si la personne souffre de maux de tête, de léthargie pendant l'activité, de nausées, de vomissements ou de crampes, l'activité doit être interrompue. Le PwD doit s'hydrater et suivre son plan de gestion de l'hyperglycémie.



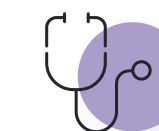
Événements cardiaques

Les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, une affection courante liée au diabète, courent un plus grand risque d'**angine de poitrine, d'infarctus ou d'arythmie** pendant l'activité physique. Il est donc recommandé aux personnes souffrant d'une maladie coronarienne connue de consulter un médecin pour des examens complémentaires avant de commencer une activité.²⁰



Autres conditions

Des examens complémentaires et des conseils médicaux peuvent être nécessaires si le PwD souffre également d'affections oculaires liées au diabète, de neuropathie autonome, de douleurs thoraciques récentes, d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie, qui n'ont pas été examinées.²¹



3.4 Conception de programmes d'activité physique pour les personnes atteintes de diabète

Les programmes d'AP qui ciblent les PwD devraient être :



co-crée avec des personnes ayant une expérience vécue du diabète



adaptés aux objectifs et motivations individuels de la personne en matière d'AP



adaptés aux capacités de la personne



dans un environnement où la personne se sent physiquement et psychologiquement **en sécurité**, sans jugement ni stigmatisation



structuré pour encourager le **soutien social**



soutien de la **surveillance du glucose** avant, pendant et après l'activité

Le personnel du programme devrait également être :



conscient des obstacles spécifiques au diabète et des considérations individuelles



formés aux premiers secours spécifiques au diabète



3.5 Exemples de bonnes pratiques

Football is Medicine est un modèle adaptable qui utilise des séances d'entraînement de football structurées dans un environnement amusant, sûr et agréable pour promouvoir l'activité physique chez les personnes souffrant de maladies chroniques, y compris le diabète de type 2. Ce modèle a été testé pour la première fois au Danemark en 2003 et est désormais utilisé dans le monde entier.

Football Fans In Training (FFIT) est un programme de santé conçu pour lutter contre les inégalités de santé chez les hommes et les femmes souffrant de surpoids ou d'obésité - des facteurs de risque bien connus du diabète de type 2. Le programme est un mélange d'activités en classe et de séances d'entraînement dans les stades de football locaux. Les participants au programme ont amélioré leur forme physique et leur bien-être et réduit leur risque de diabète de type 2.

Diabetes em Movimento® est un programme d'activité physique communautaire et multidisciplinaire destiné aux personnes handicapées vivant au Portugal. Le programme consiste en trois séances d'activité de groupe par semaine avec le soutien de professionnels de l'exercice et de la santé. Le programme comprend également des séances d'éducation à la santé axées sur la prévention des complications du diabète.

Le programme Diabète et Surpoids de la Fédération Française d'Education Sportive et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV) a été développé pour aider les personnes handicapées et les personnes souffrant de surpoids et d'obésité à pratiquer l'AP et le sport dans un environnement non compétitif, permettant aux participants de "redécouvrir la joie du mouvement".



04

HEPA ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES

4.1 Contexte

Prévalence, inégalités et mortalité ²²

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité en Europe, avec 3,9 millions de décès par an,

3,9
MILLIONS DE DÉCÈS

soit **45%** de l'ensemble des décès, sur une population totale de 748 millions de personnes.

Dans l'Union européenne (UE), les MCV sont responsables de plus de 1,8 million de décès (37 % du total des décès) chaque année.

1,8
MILLIONS DE DÉCÈS

Cela représente environ 4 600 décès par jour dans l'UE.

4 600
DÉCÈS PAR JOUR

²² *Ce texte est basé sur le Manuel de défense des intérêts des patients de l'EHN - Volume I, 2025, <https://rb.gy/qhfi7k>, récemment publié.

Les principales formes de MCV sont , la **cardiopathie ischémique** et l'**accident vasculaire cérébral**, la première étant la principale cause de mortalité prématurée chez les moins de 65 ans, tant chez les hommes (248 000 décès, 16 %) que chez les femmes (76 121 décès, 11 %).

En 2019, les MCV ont été à l'origine de plus de 10,4 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) dans l'UE en raison des seuls risques alimentaires. En outre, le **manque d'activité physique a contribué à environ 1,08 million d'AVCI**, tandis que le tabagisme a été responsable de plus de 5,25 millions d'AVCI. La consommation d'alcool a également joué un rôle important, contribuant pour environ 1,26 million de DALY à la charge de morbidité liée aux MCV.

Chaque année, plus de 6 millions de nouveaux cas de MCV sont diagnostiqués dans l'UE, et 62 millions de personnes vivent avec une MCV à ce jour.

Plus des trois quarts des décès dus aux maladies cardiovasculaires surviennent dans les **pays à revenu faible ou intermédiaire**. Les inégalités en matière de mortalité due aux MCV sont responsables de près de la moitié de la surmortalité dans les **groupes socio-économiques inférieurs** dans la plupart des pays européens.

Bien qu'elles soient la première cause de décès chez les femmes dans la région Europe de l'OMS, **les maladies cardiovasculaires chez les femmes ont longtemps fait l'objet de recherches insuffisantes**, ce qui a entraîné des lacunes en matière de diagnostic, de traitement et de prévention. En Europe, les **maladies cardiovasculaires sont responsables de 45 % des décès chez les femmes et de 39 % chez les hommes**, mais la plupart des recherches médicales et des lignes directrices cliniques ont toujours été basées sur des données centrées sur les hommes. Il en résulte des erreurs de diagnostic, des retards de traitement et une sous-estimation générale du risque de maladie cardiaque chez les femmes.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque peuvent être classés en **déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux**.



Les déterminants biologiques, tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète, sont des conditions physiologiques modifiables ou non modifiables qui augmentent le risque.



Les déterminants comportementaux comprennent l'alimentation, l'**activité physique**, le tabagisme et la consommation d'alcool. Il convient de noter que, si les déterminants comportementaux sont souvent considérés comme des choix personnels, ils sont *largement influencés par l'environnement au sens large*, notamment la disponibilité des aliments, les conditions de travail, l'urbanisme et les structures sociales, qui influencent les décisions individuelles et les résultats en matière de santé.



Les déterminants environnementaux englobent des facteurs tels que la pollution de l'air, les conditions socio-économiques et les expositions sur le lieu de travail.

Les données de 2019²⁶ montrent que

33,6% des décès dus aux maladies cardiovasculaires sont liés à une mauvaise alimentation ;

17,5% à un indice de masse corporelle élevé ; **11,6%** à la consommation de tabac ;

5% à l'inactivité physique ; **3%** à la consommation d'alcool.



²³ Commission européenne, Maladies cardiovasculaires, <https://shorturl.at/xxMaN>

²⁴ Société européenne de cardiologie, *Fighting cardiovascular disease - a blueprint for EU action*, 2020, <https://shorturl.at/DAAIp>

²⁵ Réseau européen du cœur, *Statistiques européennes sur les maladies cardiovasculaires édition 2017*, 2017, <https://rb.gy/iotdbr>

²⁶ Étude mondiale sur la charge de morbidité 2019, <https://shorturl.at/7LBu3>

4.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion

Des études à grande échelle montrent que les personnes physiquement actives ont un risque nettement plus faible de développer une maladie cardiovasculaire que les personnes inactives.

Il est important de noter que l'activité physique est bénéfique même lorsqu'elle est commencée plus tard dans la vie, même si c'est l'**activité à long terme et régulière** qui offre la meilleure protection.

Diminution de la tension artérielle
L'exercice régulier peut réduire la nécessité de prendre des médicaments pour abaisser la tension artérielle.



Réduction du poids et de la graisse corporelle
Cela permet de réduire la charge sur le système cardiovasculaire.



Améliore le taux de cholestérol

L'AP augmente le taux de *lipoprotéines de haute densité* (HDL, ou "bon" cholestérol) et diminue le taux de *lipoprotéines de basse densité* (LDL, ou "mauvais" cholestérol).



Améliore le contrôle de la glycémie

Particulièrement important dans la prévention ou la gestion du diabète, un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires.



Prévient les accidents vasculaires cérébraux

Grâce à ses effets sur les vaisseaux sanguins, la pression artérielle et le métabolisme.

Comment l'activité physique peut-elle aider ?

L'AP contribue à la santé cardiovasculaire par le biais de multiples mécanismes biologiques prouvés :²⁷

²⁷Société européenne de cardiologie, Activité physique pour la prévention cardiovasculaire, 2024, <https://rb.gy/qhfi7k>

Recommandations



Toute forme d'**activité physique est préférable à l'absence d'activité** - De la marche à l'exercice structuré, toutes les formes d'activité **physique** sont utiles.



L'**AP systématique et régulière** est la plus bénéfique, surtout lorsqu'elle suit les **lignes directrices de l'OMS** en termes de fréquence, d'intensité et de durée.



Bien que l'on ne sache pas exactement quel type d'activité est optimal, il suffit de suivre ces recommandations générales pour bénéficier de la plupart des effets protecteurs.

Les prestataires de soins de santé doivent :



Encourager l'AP en tant qu'**élément essentiel de la prévention et de la gestion des maladies cardiovasculaires**.



Reconnaître l'AP comme une **stratégie de traitement générale** présentant de nombreux avantages pour la santé.



Aider les individus à trouver des moyens **réalistes et personnalisés** d'augmenter leur niveau d'activité de manière sûre et durable.

4.3 Considérations sur l'activité physique dans le cadre de la prévention secondaire et de la réadaptation²⁸

L'activité physique n'est pas seulement importante pour prévenir les maladies cardiovasculaires, elle joue également un rôle essentiel **après le diagnostic**, notamment pour réduire le risque de futures crises cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux ou d'autres complications graves. C'est ce qu'on appelle la **prévention secondaire**, qui est un élément clé de la **réadaptation cardiaque**.

Les maladies cardiovasculaires se poursuivent après le premier événement - Même après l'apparition de symptômes ou la survenue d'un événement tel qu'une crise cardiaque, les maladies cardiovasculaires évoluent souvent en silence. L'activité physique contribue à réduire le risque d'un autre événement grave et de décès, en particulier pour les personnes souffrant d'une cardiopathie ischémique, de diabète ou se remettant d'une intervention comme l'angioplastie (PCI).

De nombreuses personnes deviennent moins actives après le diagnostic - Après un événement cardiovasculaire, les gens réduisent souvent leur activité en raison de la fatigue, de la peur ou de la confusion quant à ce qui est sûr. Malheureusement, cela peut augmenter le risque de développer d'autres problèmes, tels que :

- **Obésité**
- **Diabète de type 2**
- **Dépression ou anxiété**
- **Problèmes d'articulation et de mobilité (par exemple, arthrose)**

C'est pourquoi il est si important de disposer d'une orientation et d'un soutien personnalisés.

Comment la réadaptation cardiaque favorise le rétablissement

La réadaptation cardiaque est un programme structuré combinant exercices, éducation et soutien émotionnel. Il est généralement proposé en trois phases :

- **Phase I - Phase hospitalière** : Commence pendant le séjour à l'hôpital après un événement tel qu'une crise cardiaque.
- **Phase II - Phase ambulatoire supervisée** : Commence peu après la sortie de l'hôpital et se concentre sur le suivi de l'activité physique et la récupération.
- **Phase III - Phase de maintien** : Soutien continu pour maintenir les progrès grâce à des changements de mode de vie, y compris l'activité physique.

Ces programmes peuvent réduire le nombre d'admissions à l'hôpital, améliorer la qualité de vie et favoriser le rétablissement émotionnel.

Toutefois, des études montrent que **si la réadaptation cardiaque réduit le risque de décès d'origine cardiovasculaire, elle ne réduit pas nécessairement la mortalité globale ou les crises cardiaques répétées**. Cela souligne la nécessité d'une combinaison de traitements - y compris les médicaments, l'éducation et les comportements sains - en plus de l'exercice physique.

Adapter l'exercice à l'individu

Toute personne atteinte d'une MCV peut tirer profit de l'activité physique, mais il n'existe pas de solution unique. Le programme d'exercices le plus sûr et le plus efficace dépend des antécédents médicaux de la personne, de son niveau de risque et de sa condition physique.

- Un examen médical complet (y compris un ECG) est recommandé avant de commencer.
- Les patients à faible risque peuvent généralement faire de l'exercice librement, avec des conseils généraux.



- Les patients à haut risque ont besoin d'un plan personnalisé et éventuellement supervisé, souvent guidé par une équipe de soins de santé.
- Les meilleurs résultats sont obtenus en combinant différentes stratégies, et non en se limitant à l'exercice physique. Des conseils individuels aident les gens à mettre en place des habitudes adaptées à leurs capacités et à leurs besoins, en particulier ceux qui sont sédentaires ou qui souffrent d'autres problèmes de santé.

Les petits pas font une grande différence

Une activité physique, même modérée, peut améliorer la santé :

- Bien-être mental
- Fonctionnement quotidien et indépendance
- Énergie et force physique
- Récupération après une intervention chirurgicale (préhabilitation) - bien que des recherches supplémentaires soient encore nécessaires pour comprendre la durée et l'intensité de cette récupération.

L'essentiel est de rester actif de manière constante au fil du temps. Il peut s'agir de marcher davantage, de s'inscrire à un cours de rééducation ou d'intégrer l'activité dans la vie quotidienne.

À retenir : L'activité physique est un outil pour toute la vie

Les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire devraient être soutenues et encouragées à bouger davantage, surtout si elles étaient auparavant inactives. **L'activité physique ne remplace pas le traitement médical, mais elle en amplifie les bénéfices**, aidant les gens à vivre plus longtemps, en meilleure santé et de manière plus épanouie.

Pour constater de réels progrès, il est important de combiner l'activité physique avec.. :

- Une alimentation saine
- Médicaments en cas de besoin
- Soutien émotionnel et psychologique
- Contrôles médicaux réguliers

Les résultats sont positifs lorsque plusieurs mesures sont utilisées avec une intensité et une durée suffisantes et que l'activité fait partie de la vie quotidienne.



4.4 Conception de programmes d'activité physique pour la prévention des maladies cardiovasculaires²⁹



Intensité de l'activité

- Une activité d'**intensité modérée** est suffisante pour apporter des bénéfices significatifs.
- Elle est sûre et gérable pour la plupart des gens, y compris ceux qui souffrent de maladies cardiovasculaires.
- Les exercices d'intensité plus élevée peuvent être plus bénéfiques, mais ils ne conviennent pas à tout le monde et peuvent même augmenter le risque chez les personnes souffrant de problèmes cardiaques non diagnostiqués.



Fréquence

- Le montant total par semaine est plus important que la fréquence.
- Pour des raisons pratiques et de réduction des risques de blessures, **2 à 3 séances par semaine** sont souvent idéales.



La durée

- Une durée de 30 à 60 minutes par jour est un bon objectif général.
- Il peut être pratiqué **en une seule séance continue** ou en **plusieurs séances plus courtes** tout au long de la journée (par exemple, 5 à 10 minutes à la fois), ce qui est particulièrement utile pour les débutants ou les adultes plus âgés.



Volume total

- Il est recommandé de **pratiquer** environ **150 minutes d'activité modérée par semaine**.
- Pour une activité vigoureuse (comme la course à pied), environ **75 minutes par semaine** apportent des bénéfices similaires.
- Même de petites quantités peuvent être utiles, en particulier pour les personnes inactives ou souffrant de maladies chroniques.



Plus n'est pas toujours mieux

- Les bénéfices de l'AP continuent d'augmenter au-delà de 150 minutes par semaine, et même jusqu'à **7 fois plus**, sans qu'il n'y ait d'effets néfastes évidents.
- Cependant, l'avantage supplémentaire par minute additionnelle diminue.
- Des volumes extrêmement élevés d'AP intense pendant de nombreuses années (par exemple, dans les sports de compétition) peuvent présenter certains risques pour la santé cardiaque.

²⁹* Cette orientation n'est pas exclusive, mais elle est particulièrement destinée à la prévention des maladies cardiovasculaires : EHN, Politiques d'activité physique pour la santé cardiovasculaire, 2019, <https://shorturl.at/Pav6b>



Type d'activité

- **L'activité aérobique** est globalement plus efficace pour la prévention des maladies cardiovasculaires. L'activité physique aérobique, quelle que soit sa forme, pratiquée dans les limites de volume, de fréquence ou d'intensité recommandées, n'**entraîne pas de risques cardiovasculaires** pour les personnes en bonne santé.
- L'entraînement en résistance devrait être limité à environ **une heure par semaine**, selon les données actuelles.

Attention ! La plupart des recherches sur la quantité et le type d'AP nécessaires pour prévenir les maladies cardiovasculaires se fondent sur des **données recueillies au niveau de la population**. Cela signifie que :

- Les recommandations reflètent les effets moyens observés dans de larges groupes de personnes.
- Ces moyennes ne s'appliquent pas de la même manière à tout le monde, en raison des différences génétiques, de l'état de santé et de la composition corporelle.
- Certaines personnes peuvent bénéficier d'une **quantité inférieure** à l'AP recommandé, tandis que d'autres peuvent avoir besoin d'une **quantité supérieure** pour obtenir les mêmes effets sur la santé.

Les personnes **présentant un risque élevé de MCV** ont souvent besoin d'une plus grande quantité d'AP pour réduire leur risque, tandis que les personnes à **faible risque** peuvent avoir besoin d'une quantité moindre. Les lignes directrices de santé publique proposent des recommandations générales pour l'ensemble de la population, qui sont parfois appliquées à tort aux individus. L'activité physique peut et doit être **adaptée aux besoins de chacun**.



4.5 Exemples de bonnes pratiques

Prescription d'activité physique (PAP) en Finlande : L'initiative de l'Institut UKK visant à développer les pratiques de conseil en matière d'activité physique dans les soins primaires avait pour but d'améliorer l'intégration de la **prescription d'activité physique (PAP)** dans quatre centres de santé municipaux du district de Pirkanmaa en Finlande. En formant des équipes multi-professionnelles, en fournissant une formation complète et en facilitant les réunions régulières des tuteurs, le projet visait à accroître les connaissances des prestataires de soins de santé, à améliorer les pratiques de conseil et à promouvoir la documentation des conseils en matière d'activité physique dans les dossiers électroniques des patients.

Sport sur ordonnance : Avec 20 communes participantes en Belgique, **Sport sur ordonnance** est une initiative de soins de santé dans laquelle les médecins prescrivent une activité physique comme traitement pour les patients souffrant de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité ou la dépression. Les activités prescrites sont adaptées à l'état de chaque patient et sont supervisées par des professionnels qualifiés, souvent en collaboration avec des spécialistes des soins de santé et de la remise en forme. L'objectif est d'intégrer l'activité physique dans les soins médicaux standard en tant que thérapie non pharmaceutique. Une initiative similaire existe également en France.

Suède (EU-PAP) : La méthode suédoise de prescription d'activité physique a été choisie par la Commission européenne comme meilleure pratique à mettre en œuvre dans les autres États membres de l'UE. Le transfert et l'adoption sont soutenus par le projet **EUPAP - Un modèle européen de prescription d'activité physique** - coordonné par l'Agence de santé publique de Suède. La méthode suédoise de prescription d'activité physique est unique en son genre :

- le conseil et la prescription sont individualisés, en fonction de la situation du patient ;
- tous les professionnels de la santé agréés disposant d'une expertise adéquate peuvent prescrire ; et
- les patients participent à des activités physiques en dehors de la direction des services de soins de santé - un élément central de la PPA est l'intégration de l'activité physique dans la vie de tous les jours.

Viu actiu : Le programme "Live active" (**Viu actiu**) est un service local à Benicarló Castellón dans la communauté autonome de Valence (Espagne). Il comprend l'évaluation et la prescription de programmes d'activité physique personnalisés : après le diagnostic d'un médecin généraliste, un professionnel de l'activité physique s'entretient avec le patient et lui propose soit un programme individuel comprenant des promenades locales, soit des activités de groupe pour le renforcement musculaire ou des activités aérobiques. Les patients sont suivis annuellement et font l'objet d'un rapport individuel.



05 HEPA ET MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

5.1 Contexte

Les maladies respiratoires chroniques (MRC) représentent un fardeau sociétal et économique considérable, ayant un impact négatif sur les systèmes de soins de santé et affectant la vie des patients et de leurs familles.

La BPCO est la troisième cause de mortalité dans le monde et touche 36 millions d'Européens. Elle **représente 6 % des dépenses totales de santé dans l'Union européenne (UE)** ³⁴. Les exacerbations causées par les infections respiratoires de la BPCO nécessitent généralement une hospitalisation deux fois par an. Les exacerbations répétées entraînent des modifications irréversibles de la fonction pulmonaire, réduisent la qualité de vie et augmentent le risque d'exacerbations ultérieures plus fréquentes.

L'asthme se déclare généralement plus tôt dans la vie que d'autres maladies chroniques, entraînant un lourd fardeau pour les soignants et la société tout au long de la vie. Le coût direct de l'asthme en Europe s'élève à 20 milliards d'euros par an. Une mauvaise prise en charge de l'asthme réduit la qualité de vie, s'aggrave avec l'âge et peut endommager de façon permanente la fonction pulmonaire. ³⁵

L'apnée obstructive du sommeil a de nombreuses conséquences sur la santé, notamment la somnolence diurne, une qualité de vie réduite, une diminution des capacités d'apprentissage et des troubles neurocognitifs tels qu'une réduction de la mémoire épisodique, des fonctions exécutives, de l'attention et des capacités visuospatiales. Non traitée, l'apnée du sommeil peut entraîner des pathologies graves, notamment des maladies cardiovasculaires, et une utilisation accrue des ressources de santé - des coûts qui diminuent de manière significative après un traitement approprié. ³⁶

In Europe, plus de
36 millions
de personnes vivent avec une
bronchopneumopathie chronique obstructive
(BPCO)³⁰

30 millions
avec de l'asthme³¹
et les estimations concernant les personnes
souffrant d'apnée obstructive du sommeil vont de

24,5 millions³² à
175 millions *de personnes.³³*

³⁰ Benjafield AV et al., *Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis*, Lancet Respir Med, 2019.

³¹ Wecker H, et al., *Impact of asthma in Europe: A comparison of web search data in 21 European countries*, World Allergy Organ J, 2023.

³² Senaratna CV et al., *Prévalence de l'apnée obstructive du sommeil dans la population générale : A systematic review*, Sleep Med Rev, 2017.

³³ Benjafield AV et al., *Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis*, Lancet Respir Med, 2019.

³⁴ OCDE, *Réaliser le potentiel des soins de santé primaires*, 2020, <https://shorturl.at/BmyBX>

³⁵ Wecker H, et al., *Impact of asthma in Europe: A comparison of web search data in 21 European countries*, World Allergy Organ J, 2023.

³⁶ Faria A et al., *The public health burden of obstructive sleep apnea*, Sleep Sci, 2021.

5.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion

L'importance de l'exercice pour la qualité de vie liée à la santé est indéniable pour toutes les personnes souffrant de maladies respiratoires.

Bien que l'exercice ne permette pas de guérir ou de ralentir la progression des maladies respiratoires, il reste un **élément essentiel** des soins personnels.

L'exercice **améliore la tolérance au stress physique** et **réduit l'intensité et la fréquence des symptômes** tels que l'essoufflement, l'excès de mucus, la respiration sifflante et la toux. Encourager l'activité physique est également important d'un point de vue social, car de nombreuses études indiquent que l'entraînement à l'exercice réduit l'utilisation des services de santé.³⁷

Il est essentiel pour les personnes souffrant de maladies respiratoires de faire la **différence entre l'essoufflement et la dyspnée**. L'essoufflement s'atténue généralement lorsque l'effort physique cesse. L'exercice physique a un impact positif sur la gestion de divers symptômes - tels que l'essoufflement, la production de mucus et la toux - et améliore la perception de la qualité de vie liée à la santé. L'activité physique basée sur l'endurance réduit également la fatigue diurne et améliore la qualité du sommeil. Une bonne condition physique peut améliorer la résistance aux infections respiratoires.

L'asthme

L'activité physique **augmente la tolérance à l'exercice** des personnes asthmatiques et réduit les symptômes induits par l'exercice, tels que l'hyperréactivité bronchique. L'exercice physique peut aider à gérer les symptômes liés à l'asthme (essoufflement, production de mucus, toux) et à améliorer la qualité de vie liée à la santé.

Une bonne condition physique améliore la résistance aux infections respiratoires, ce qui profite également aux personnes asthmatiques. Il est prouvé qu'une bonne condition physique réduit la fréquence des exacerbations de l'asthme.

BPCO

D'après les études³⁸, l'exercice physique est particulièrement bénéfique pour les personnes atteintes de BPCO, car il s'agit d'une **réadaptation basée sur l'exercice physique** :

- **réduit l'essoufflement en diminuant l'obstruction des voies respiratoires et la sensibilité à l'inflammation et à la contraction**
- **améliore l'élimination du mucus dans les voies respiratoires**
- **prévient les exacerbations et accélère le rétablissement**
- **réduit le risque de réhospitalisation et diminue la durée du séjour à l'hôpital et l'utilisation des services de santé**
- **soulage la faiblesse, la fatigue, l'anxiété et la dépression**
- **améliore la capacité physique, la distance de marche et la qualité de vie liée à la santé**

Marcher environ **6 400 pas par jour** peut réduire le risque d'hospitalisation pour cause d'exacerbation, par rapport à moins de 3 200 pas quotidiens. Une augmentation d'environ 1 845 pas par jour est également corrélée à une réduction du risque de mortalité.

Apnée du sommeil

L'apnée obstructive du sommeil est souvent liée à un excès de poids. L'exercice physique peut réduire le nombre de pauses respiratoires nocturnes de plus de 30 %, même sans perte de poids significative. Les exercices d'endurance réduisent la fatigue diurne, améliorent la qualité du sommeil et la qualité de vie en général.

L'exercice physique a également une influence positive sur le métabolisme du glucose, la fatigue, la santé cardiovasculaire et l'inflammation de bas grade - toutes des comorbidités courantes associées à l'apnée du sommeil. Des études montrent qu'une perte de poids de 5 à 10 kg, soit 10 % du poids corporel, peut atténuer les symptômes de manière significative.³⁹

Considérations spécifiques à prendre en compte

Un asthme bien contrôlé n'est pas un obstacle à l'activité physique ou sportive. Les symptômes induits par l'exercice sont souvent le signe d'un mauvais contrôle de l'asthme, mais ils peuvent également résulter d'une récupération post-exacerbation suite à une infection respiratoire. Les personnes souffrant d'asthme difficile à traiter sont plus sujettes à ces symptômes, qui touchent environ 10 % des patients asthmatiques.

Lors de la conception de programmes d'exercices pour les personnes atteintes de BPCO, il est essentiel de tenir compte du phénotype de la maladie, de la gravité des symptômes, de l'obstruction des voies respiratoires, du risque d'exacerbations et de la présence d'asthme ou de symptômes de type asthmatique. **Les comorbidités** - telles que le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires, l'athérosclérose et la dépression - peuvent également influencer la mise en œuvre et l'efficacité de l'entraînement physique.



³⁹Norman RM et al., *Exercise & Sport Science Australia (ESSA) position statement on exercise and chronic obstructive pulmonary disease*, Journal of Science and Medicine in Sport, 2021.

³⁷ Puolanne Mervi, Hengityssairaalte liikunta on keskeinen osa omahoitoa, Fysioterapia-lehti, 2022.

³⁸ The Finnish Medical Society Duodecim, *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*, Current Care Guideline, 2020.

5.3 Considérations sur l'activité physique pour les personnes atteintes de CRD

Les personnes souffrant de maladies respiratoires peuvent encore participer à presque **toutes les formes d'activité physique**. Toutefois, il est important de faire des **pauses** pendant l'exercice, surtout lorsqu'on s'habitue à un nouveau programme d'exercice ou à un nouveau sport. Avant de commencer ou d'intensifier l'exercice, il est nécessaire qu'un médecin évalue le **dosage correct des médicaments**, en particulier si la personne est sujette à des symptômes respiratoires pendant l'exercice. Les personnes qui ont besoin d'oxygène supplémentaire pendant l'effort doivent suivre les instructions de leur médecin pour l'administration d'oxygène.



Les **programmes d'exercices individuels** et les tests de référence de la condition physique constituent la base de l'entraînement physique chez les patients souffrant de maladies respiratoires. Le test de marche de six minutes fonctionne bien et permet au patient de suivre de manière autonome l'évolution de sa condition physique.

L'échauffement avant l'exercice réduit les symptômes respiratoires - **il ne faut pas le négliger**. Il est également important de prendre en considération le fait que l'air froid intensifie les réactions asthmatiques et que l'exercice dans l'air froid peut provoquer une irritation et une inflammation prolongées des voies respiratoires. L'utilisation d'un réchauffeur d'air respiratoire peut s'avérer nécessaire par temps froid.



5.4 Conception de programmes d'activité physique pour les personnes atteintes de CRD



En général, l'**entraînement par intervalles** est bien adapté aux personnes souffrant de maladies respiratoires. Pendant les phases de faible intensité, le corps récupère, ce qui permet d'éviter l'apparition de symptômes. Les phases lentes devraient idéalement être trois fois plus longues que les phases d'intensité élevée.

Pour les personnes sujettes à l'apparition de symptômes pendant l'exercice, il convient de raccourcir la durée de la phase d'intensité élevée par rapport à celle de la phase de récupération. Par exemple, un effort de **haute intensité de 10 secondes** suivi d'une période de récupération de 30 secondes peut améliorer l'endurance s'il est poursuivi pendant **au moins 20 minutes**. L'exercice cardiovasculaire lui-même est un exercice respiratoire efficace.



L'**exercice dans l'eau** est une forme d'activité physique bien tolérée et sûre, même pour les personnes souffrant d'asthme sévère ou de BPCO. L'air chaud et humide de la piscine est plus facile à respirer et la pression de l'eau sur la poitrine facilite l'expiration, améliorant ainsi la ventilation des poumons. Les muscles de l'inspiration sont également renforcés car ils travaillent contre la résistance de l'eau. En outre, l'immersion dans l'eau augmente la pression artérielle, le volume de l'apoplexie et la fréquence cardiaque. Il n'y a pas d'impuretés en suspension dans l'air ni de pollen dans la zone de la piscine, ce qui la rend particulièrement adaptée aux personnes souffrant d'allergies ou d'asthme.

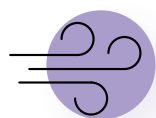
- L'exercice dans l'eau améliore l'**absorption maximale d'oxygène et l'efficacité de l'expiration** chez les personnes souffrant d'asthme, et provoque moins d'irritation des muqueuses qu'une activité similaire sur la terre ferme. De même, plusieurs études montrent que l'exercice aquatique améliore de manière significative l'endurance physique, la force musculaire et la qualité de vie liée à la santé chez les personnes atteintes de BPCO, souvent de manière plus efficace qu'un entraînement équivalent sur la terre ferme.⁴⁰
- L'entraînement dans l'eau est particulièrement bénéfique pour les patients respiratoires souffrant de **comorbidités musculo-squelettiques** et pour ceux qui sont en surpoids, car il réduit le stress articulaire et permet des mouvements plus efficaces.

⁴⁰McNamara RJ et al., *Alternative Exercise and Breathing Interventions in Chronic Obstructive Disease: A Critical Review*, European Medical Journal, 2018.



La **marche** est l'une des formes d'exercice les plus bénéfiques et les plus accessibles pour les personnes atteintes de MPOC. La capacité de marcher sur de plus longues distances est associée à la capacité de maintenir l'indépendance et de rester à la maison. La marche est également possible pendant l'oxygénothérapie à domicile et n'a pas besoin d'être évitée.

- Pour améliorer la **capacité d'endurance**, la marche en descente combinée à un entraînement par intervalles peut s'avérer efficace. Elle nécessite moins d'énergie que la marche sur terrain plat au même rythme et implique une activité musculaire excentrique, en particulier au niveau des muscles des cuisses. Ce type d'entraînement peut entraîner une augmentation de la masse et de la force musculaires.
- Bien que la **marche en descente** soit bien tolérée, sa mise en œuvre peut nécessiter de la créativité. En milieu urbain, les personnes peuvent utiliser des ascenseurs ou des escaliers roulants pour monter et descendre les escaliers. Les débutants peuvent commencer par un étage à la fois. Un immeuble d'habitation doté d'un ascenseur peut servir de lieu d'entraînement pratique à domicile.



Les **exercices respiratoires** sont généralement perçus comme sûrs et bien tolérés, bien que les preuves scientifiques de leur efficacité soient modestes. Ces exercices doivent être axés sur les techniques respiratoires, l'élimination du mucus et la gestion de l'expiration pendant l'effort (par exemple, la respiration avec les lèvres pincées). La maîtrise de la **respiration diaphragmatique** a été associée à une augmentation de la distance de marche. Il a été démontré que l'association de la respiration et du mouvement (comme le yoga ou le tai-chi pratiqué pendant 12 à 24 mois) augmente la distance de marche, réduit l'essoufflement et améliore la qualité de vie liée à la santé.



La **force musculaire** est essentielle pour maintenir la posture et la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne. L'entraînement musculaire est particulièrement important pour les personnes souffrant de maladies respiratoires, car il contribue également à la santé des os. Il est essentiel de se concentrer sur le renforcement musculaire, en particulier lorsque les maladies respiratoires entraînent une **perte involontaire de poids et de muscles**. Le vieillissement et certains médicaments, tels que l'utilisation prolongée de corticostéroïdes, peuvent réduire davantage la force musculaire.

- De nombreuses personnes tolèrent mieux l'**entraînement musculaire** que les activités d'endurance, car il n'augmente pas autant la demande en oxygène. Une force musculaire insuffisante peut contribuer à accroître l'essoufflement pendant l'activité. L'accent doit être mis sur les exercices pour les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que sur les muscles du tronc et du haut du dos, qui soutiennent la posture. Les muscles abdominaux soutiennent également la fonction respiratoire et sont importants lors de la toux.



5.5 Exemples de bonnes pratiques



Guide de la respiration et de l'essoufflement : contient des informations utiles et des idées d'exercices sur le manuel de l'Organisation for Respiratory Health in Finland (Organisation pour la santé respiratoire en Finlande) : [Respirer et être à bout de souffle](#).

Projet BREATH (Partenariat européen innovant et collaboratif pour la promotion de l'activité physique chez les patients souffrant d'affections respiratoires chroniques) : Financé par le programme Erasmus+, le **projet BREATH** vise à promouvoir l'activité physique et la réadaptation à long terme des patients atteints de maladies respiratoires chroniques. Il se concentre sur la formation des étudiants universitaires et des professionnels de la physiothérapie, de l'activité physique, du sport et des soins infirmiers afin de mieux soutenir ces patients. Le projet a développé une plateforme d'apprentissage en ligne et compilé les meilleures pratiques pour améliorer la promotion de l'activité physique chez les personnes souffrant de déficiences respiratoires.

Projet PROactive (Physical Activity as a Crucial Patient-Reported Outcome in COPD) : développement d'outils innovants pour mesurer à la fois la quantité d'activité physique et les difficultés rencontrées pendant l'activité chez les patients atteints de BPCO. En combinant les résultats rapportés par les patients avec les données des moniteurs d'activité portables, le projet a fourni une évaluation complète des niveaux d'activité physique. En outre, PROactive a introduit des interventions de télé-entraînement qui ont permis d'augmenter de manière significative l'activité physique chez les patients atteints de BPCO.



⁴¹ Ibid.

06 HEPA & CANCER

Toutes les neuf secondes,
un nouveau cas de cancer
est diagnostiqué dans
l'Union européenne (UE).

9
SECONDES

Rien qu'en 2020, **2,7 millions de personnes**
ont reçu un diagnostic de cancer dans l'UE

et **1,3 million** ont perdu la vie
à cause de cette maladie.



6.1 Contexte

Un défi majeur pour la santé

Le fardeau du cancer affecte profondément les individus et leurs familles sur les plans émotionnel, physique et financier, tout en mettant à rude épreuve les systèmes de santé et les sociétés par une demande accrue de services, une perte de productivité et des besoins en soins de longue durée.

Pour faire face à cette crise croissante, l'UE a lancé le plan **"Vaincre le cancer en Europe" (EBCP)**. Ce plan se concentre sur quatre domaines clés : la prévention, la détection précoce, le diagnostic et le traitement, ainsi que la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et de ceux qui y ont survécu. Toutefois, des lacunes importantes subsistent en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins et la promotion de modes de vie plus sains dans tous les domaines.

Le Code européen contre le cancer (CEAC), une initiative de la Commission européenne visant à informer les citoyens sur les actions individuelles qu'ils peuvent entreprendre pour réduire leur risque de cancer, recommande explicitement d'**"être physiquement actif dans la vie de tous les jours. Limitez le temps passé assis"**.

Les projections indiquent que la mortalité
due au cancer augmentera

de plus de **24 %** d'ici à **2035**,
e qui en fera la première cause de décès dans l'UE.⁴²

⁴²Commission européenne, Plan européen de lutte contre le cancer, 2021, <https://shorturl.at/Z6lxi>

Les cancers les plus fréquents en Europe

Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués sont les suivants

- Cancer du sein (le plus fréquent chez les femmes)
- Cancer colorectal
- Cancer de la prostate
- Cancer du poumon
- Mélanome et autres cancers de la peau

Plusieurs d'entre eux - tels que le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate - font également partie des principales causes de décès liés au cancer. D'autres cancers, comme ceux de la vessie, du pancréas, de l'endomètre et du col de l'utérus, ont également une prévalence et une mortalité élevées sur le continent.⁴³

Facteurs de risque modifiables

Si certains facteurs de risque (comme la génétique ou l'âge) ne sont pas modifiables, **30 à 50 % des cas de cancer peuvent être évités** grâce à un mode de vie plus sain. Les principaux facteurs de risque modifiables sont les suivants

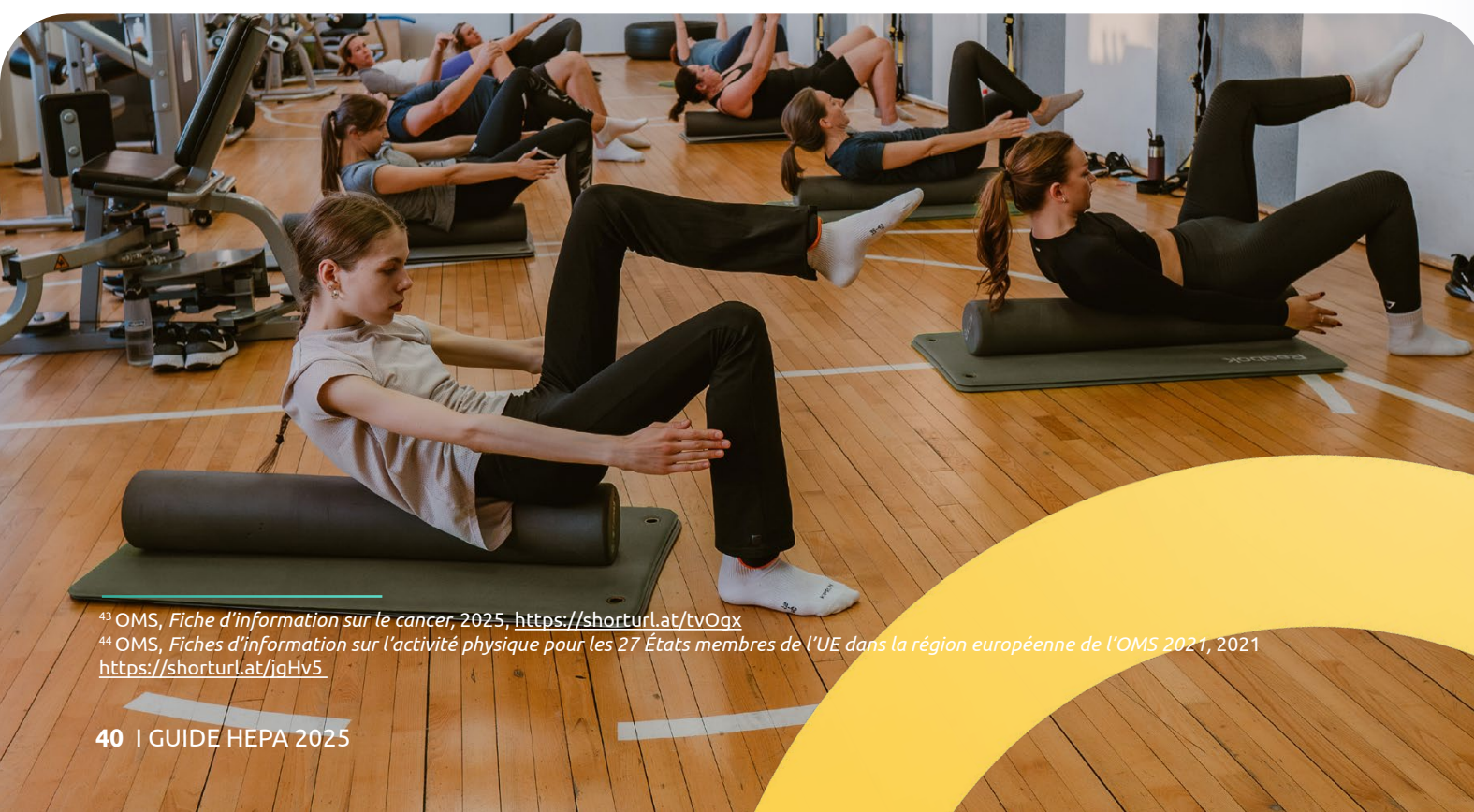
- Le tabagisme (première cause évitable)
- Consommation d'alcool
- Mauvaise alimentation et surpoids
- Exposition à des agents cancérogènes
- L'inactivité physique

L'inactivité physique contribue de manière significative au risque de plusieurs cancers, en particulier les **cancers du sein, du côlon et de l'endomètre**, en augmentant l'inflammation, en perturbant la fonction immunitaire et en favorisant la prise de poids et les déséquilibres hormonaux.

Un appel à l'action

La réduction de la charge de morbidité liée au cancer par le biais de l'activité physique nécessite une action dans tous les secteurs - gouvernements, prestataires de soins de santé, société civile, urbanistes et prestataires d'activité physique. Il s'agit notamment de

- Créer des environnements propices à la vie active
- Promouvoir une communication scientifique en matière de santé
- Rendre l'activité physique accessible et inclusive
- Sensibilisation à la relation entre l'inactivité physique et le cancer



⁴³ OMS, Fiche d'information sur le cancer, 2025, <https://shorturl.at/tvOqx>

⁴⁴ OMS, Fiches d'information sur l'activité physique pour les 27 États membres de l'UE dans la région européenne de l'OMS 2021, 2021 <https://shorturl.at/jqHv5>

6.2 L'activité physique dans la prévention et la gestion

L'activité physique joue un rôle important tout au long de l'expérience du cancer, de la prévention au traitement et à la guérison.

Rester actif peut contribuer à réduire le risque de développer certains types de cancer, en particulier les cancers du sein, du côlon et de l'endomètre. Pour les patients atteints de cancer, l'**activité physique peut être un moyen sûr et efficace de soutenir leur traitement**. Par exemple, elle peut aider à gérer les effets secondaires tels que la fatigue, l'anxiété, la perte musculaire et la mobilité réduite. Après le traitement, l'activité physique continue d'être utile en favorisant la guérison à long terme, en améliorant la qualité de vie et en réduisant le risque de réapparition du cancer dans certains cas.

Activité physique et prévention du cancer

Preuve de protection

Une activité physique régulière contribue à la prévention du cancer :



Équilibrer les hormones telles que les œstrogènes et l'insuline qui peuvent favoriser la croissance des tumeurs



Réduction de l'inflammation liée au développement des tumeurs



Renforcement de la fonction immunitaire, amélioration de la capacité de l'organisme à détecter et à détruire les cellules anormales



Régulation du poids et prévention de l'obésité, un facteur de risque connu pour au moins 13 types de cancer

Preuves les plus solides par type de cancer

- **Cancer du côlon** : réduction du risque de **20 à 30 %**
- **Cancer du sein** : **10 à 25 %**, et jusqu'à **40%** chez les femmes ayant une bonne condition cardiorespiratoire.
- **Cancer de l'endomètre** : réduction du risque de **20 à 30 %**
- **Des preuves émergentes** de bénéfices préventifs se multiplient également pour les cancers de la vessie, de l'œsophage, du rein, du poumon et de l'estomac.

Une vaste analyse groupée de neuf cohortes prospectives impliquant plus de 750 000 participants a révélé que **des niveaux plus élevés d'activité physique pendant les loisirs étaient associés à un risque réduit de 12 à 25 % pour au moins sept types de cancer différents**. Malgré cela, près de la moitié des Européens ne respectent toujours pas les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique, en particulier les personnes âgées, les femmes et les personnes appartenant à des groupes socio-économiques défavorisés.

Il est essentiel de mettre en évidence ces disparités. L'activité physique est étroitement liée au statut socio-économique (SSE), qui influence profondément à la fois le risque de développer un cancer et la capacité à adopter des comportements favorables à la santé après le diagnostic. Les personnes issues de milieux socio-économiques plus élevés ont souvent davantage accès aux ressources qui favorisent l'activité physique : stabilité financière, horaires flexibles, soignants informels, accès aux espaces verts et sécurité du logement. En revanche, les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés peuvent être confrontées à

des obstacles importants, notamment l'insécurité financière, la charge des soins, des environnements peu sûrs ou inaccessibles pour faire de l'exercice, ainsi qu'un manque de temps et de soutien.

Présenter l'activité physique comme un simple choix personnel peut involontairement renforcer la stigmatisation ou la culpabilité, en particulier pour les patients atteints de cancer, qui doivent déjà faire face à des défis physiques, émotionnels et logistiques complexes. Pour beaucoup, l'activité physique peut être une source de force et de soutien, mais seulement si elle est adaptée à leur situation particulière et introduite avec empathie. Il est important de noter que le cancer et ses principaux facteurs de risque (tabac, alcool et alimentation malsaine) ne sont pas seulement des questions de mode de vie, mais le reflet d'inégalités systémiques, souvent exacerbées par des pratiques industrielles ciblées et un accès insuffisant aux soins. La reconnaissance et la prise en compte de ces déterminants sociaux sont essentielles pour une prévention équitable du cancer et un soutien aux survivants.

Activité physique pendant le traitement du cancer

Pas seulement sûr - Essentiel

Pour les personnes qui suivent un traitement (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, immunothérapie ou hormonothérapie), l'exercice physique est à la fois sûr et recommandé. Les principaux avantages sont les suivants :



Réduire la fatigue liée au cancer,
l'un des symptômes les plus courants et les plus pénibles.



Préserver la force et la fonction



Réduire l'anxiété et la dépression



Améliorer la tolérance et l'adhésion au traitement



Prévenir le déconditionnement physique

⁴⁵ Moore, S. C., et al., *Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults*, JAMA Internal Medicine, 2016.

Les types d'exercices qui aident

Des données probantes soutiennent l'utilisation de :

- Il a été démontré que les **exercices aérobiques** d'intensité modérée, tels que la marche rapide, le vélo ou la natation, améliorent la condition physique cardiovasculaire, réduisent la fatigue liée au cancer et améliorent la qualité de vie globale des patients atteints de cancer et des survivants. L'exercice aérobique contribue à améliorer l'endurance et les niveaux d'énergie, qui peuvent souvent être épuisés pendant le traitement.
- L'entraînement à la **résistance** pour maintenir la masse musculaire, ou entraînement en force, est crucial pour contrer la fonte musculaire (cachexie) et la perte de densité osseuse, des problèmes courants chez les patients atteints de cancer, en particulier ceux qui suivent une chimiothérapie ou une thérapie hormonale. Le maintien de la masse musculaire contribue à préserver la fonction physique et la santé métabolique. L'entraînement en résistance comprend des exercices tels que l'haltérophilie, des exercices avec des bandes de résistance ou des exercices au poids du corps.
- Les **programmes combinés**, supervisés si possible, qui intègrent à la fois des exercices d'aérobic et de résistance sont souvent re-

commandés, car ils offrent des avantages complets en termes de condition physique cardiovasculaire, de force et de bien-être général.

Une méta-analyse de 2017 a révélé que l'exercice physique réduisait la fatigue de 30 % en moyenne, et l'**American College of Sports Medicine** recommande l'exercice physique dans le cadre des soins standard contre le cancer.⁴⁶

Obstacles courants

Malgré les avantages, de nombreux patients se voient dire de se «reposer» ou ne bénéficient pas de conseils appropriés. Les obstacles sont les suivants :

- Fatigue**
- Crainte d'un préjudice**
- Manque d'accès ou de temps**
- Faible efficacité personnelle**

Ces problèmes peuvent être résolus grâce à des **conseils structurés en matière d'exercice**, à une **supervision adaptée à l'oncologie** et à des **environnements favorables** qui intègrent l'activité physique dans les structures de soins du cancer.



⁴⁶ Campbell, K. L., et al., *Exercise guidelines for cancer survivors: Consensus statement from international multidisciplinary roundtable*, Medicine & Science in Sports & Exercise, 2019.

Activité physique pour les survivants du cancer

Pourquoi c'est important après le traitement

- L'activité physique soutient les survivants en
- Réduction du risque de récurrence (en particulier pour les cancers du sein, du côlon et de la prostate)
 - Diminution des taux de mortalité
 - Amélioration de la qualité de vie, de la santé mentale et de la fonction physique
 - Prévenir les comorbidités telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète
 - Amélioration du fonctionnement physique, de la mobilité et de l'indépendance

Les survivants qui pratiquent une activité physique régulière ont tendance à voir leur état de santé s'améliorer, notamment en ce qui concerne les taux de mortalité spécifiques au cancer et toutes causes confondues.⁴⁷

Pourtant, environ 70 % des survivants du cancer restent inactifs.⁴⁸ Cette inactivité peut être due à une série d'obstacles, notamment le manque de motivation, la fatigue, la douleur ou le manque d'autodiscipline. Des interventions ciblées qui s'attaquent à ces problèmes, notamment par le biais d'un soutien motivationnel et d'une prise en charge des symptômes, pourraient accroître de manière significative l'adhésion aux recommandations en matière d'activité physique.

Est-ce sûr ?

Oui, mais avec des considérations importantes. De nombreuses études ont confirmé que les effets indésirables liés à l'exercice physique sont rares et que l'activité physique, lorsqu'elle est adaptée à l'état d'un individu, est sûre et bénéfique. Les experts concluent aujourd'hui que chaque survivant doit éviter

l'inactivité et que l'aérobic, la résistance et l'entraînement combiné sont bénéfiques :

- Anxiété
- Dépression
- Fatigue
- Mobilité et fonctionnement quotidien

Cependant, il est important de souligner que la sécurité dépend **fortement du type et du stade du cancer, de l'état de santé général, de la phase de traitement et de l'état de la personne un jour donné.**

Par exemple, si une personne souffre de vertiges, d'une fatigue extrême, d'un faible taux de numération sanguine ou de nausées en raison du traitement du cancer, il se peut que l'activité physique ne soit pas sans danger à ce moment-là. **Le type, l'intensité et le moment de l'activité physique doivent toujours être personnalisés**, idéalement en consultation avec les prestataires de soins de santé et les spécialistes de l'exercice physique.



6.3 Prise en compte de l'activité physique : pertinence dans le continuum des soins

Type de cancer	Rôle dans la prévention	Avantages pendant le traitement	Prestations aux survivants
Sein (post-ménopause)	✓ Des preuves solides	✓ Réduction de la fatigue, maintien de la force, amélioration de la qualité de vie	✓ Réduit le risque de récurrence et la mortalité
Colorectal	✓ Des preuves solides	✓ Favorise la santé intestinale, préserve la mobilité	✓ Réduit le risque de récurrence et la mortalité
Endomètre (utérus)	✓ Lien étroit entre le poids et la régulation hormonale	✓ Soutient le traitement, souvent lié à des effets secondaires liés au poids	✓ Aide à la gestion du poids et réduit le risque de récurrence
Rein	○ Nouvelles données	⚠ Varie selon les individus ; des programmes sur mesure sont nécessaires	○ Recherche en cours ; peut favoriser le rétablissement de l'état de santé général
Vessie	○ Nouvelles données	⚠ Approche individualisée recommandée	○ De plus en plus de preuves du rôle de la qualité de vie et de la réduction de la fatigue
Œsophage et estomac	○ Peu de preuves jusqu'à présent	⚠ Prudence en raison des problèmes nutritionnels et chirurgicaux	○ L'activité physique peut favoriser la digestion et la récupération fonctionnelle
Prostate	— Preuves limitées en matière de prévention	✓ Aide à gérer les effets secondaires de l'hormonothérapie	✓ Amélioration de la qualité de vie et de la santé mentale
Poumon	— Preuves émergentes pour la prévention	⚠ Doit être adapté en raison de limitations respiratoires	✓ Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire et de la qualité de vie

⁴⁷ Schmitz, K. H., et al., *Exercise guidelines for cancer survivors: Consensus statement from international multidisciplinary roundtable*, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2021.
⁴⁸ D'Ascenzi, F., et al., *Exercise and cancer survivors: The role of rehabilitation and training*. European Journal of Preventive Cardiology, 2021.
⁴⁹ Ferioli, M., et al., *Safety of exercise interventions in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis*. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2022.

6.4 Exemples de bonnes pratiques

”

Programme AMAti : mis en œuvre en 2022, le **programme AMAti** a été développé et proposé aux patients atteints de cancer dans quatre centres de cancérologie italiens. Le type d'activité physique consiste en une journée d'exercices aérobiques et d'entraînement en circuit, et une journée d'exercices de tonification avec du petit matériel. Des tests de qualité de vie et de condition physique ont été effectués au début et à la fin du programme, montrant une amélioration significative.

Essai BREX : l'essai clinique multicentrique randomisé et contrôlé finlandais **BREX** (Breast Cancer and Exercise) a démontré que l'exercice physique supervisé à long terme après le traitement du cancer du sein améliore de manière significative la condition physique, réduit la fatigue et améliore la qualité de vie des survivantes.

Projet BUMPER (Building UP digital health literacy to enhance cancer prevention across Europe) : financé dans le cadre du programme EU4Health, ce projet vise à améliorer les connaissances en matière de santé numérique dans le cadre de la prévention du cancer. Il se concentre sur le développement de matériel et d'outils éducatifs qui permettent aux individus de prendre des décisions éclairées en matière de santé. Bien que le projet porte principalement sur la culture numérique, il englobe des aspects liés à l'activité physique en fournissant des ressources qui encouragent les comportements sains, y compris l'exercice physique régulier.

Le projet Outdoor Against Cancer Connects Us (OACCUs) : lancé en juin 2022 et coordonné par l'université d'Umeå (Suède), ce projet financé par l'UE vise à améliorer la qualité de vie des jeunes survivants du cancer en promouvant un mode de vie sain et durable. L'activité physique en plein air étant l'un des piliers essentiels, le projet vise à créer un réseau de soutien en formant les jeunes survivants, leurs familles et les professionnels de la santé en tant qu'ambassadeurs et entraîneurs. Vous pouvez trouver des ressources utiles [ici](#).

Projet PACAP (Nordic Walking for Cancer Patients) : cette initiative Erasmus+ vise à sensibiliser et à encourager les personnes atteintes d'un cancer ou celles qui ont guéri à considérer la marche nordique comme une méthode d'exercice efficace et à identifier les avantages associés à ce type d'exercice. La marche nordique s'est avérée être une forme efficace de prévention et de réhabilitation pour les survivants du cancer.

07 CONCEVOIR DES PROGRAMMES HEPA POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER



7.1 Prescription d'exercices pour les personnes atteintes d'un cancer

Exercise & Sports Science Australia (ESSA) a mis au point un cadre pour guider l'évaluation, la prescription d'exercices et le suivi personnalisés et fondés sur des données probantes pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer.⁵⁰

Cette approche intègre des considérations spécifiques au cancer à chaque étape, de l'évaluation et de la planification au suivi à long terme. Elle applique les principes fondamentaux de l'exercice physique - tels que la surcharge progressive et la périodisation - ainsi que des stratégies comportementales visant à promouvoir un engagement durable dans l'activité physique.

⁵⁰Hayes SC et. AL., *The Exercise and Sports Science Australia position statement: Exercise medicine in cancer management*, J Sci Med Sport, 2019.

1

Évaluation initiale

La première étape consiste en une évaluation approfondie des antécédents médicaux du patient et de sa famille, y compris les comorbidités, les détails des traitements anticancéreux passés, présents et prévus, ainsi que tout effet secondaire lié au traitement. L'évaluation doit également prendre en compte l'historique de l'activité physique, la capacité fonctionnelle et le risque global du patient. Les directives d'organismes tels que l'American College of Sports Medicine (ACSM)⁵¹ peuvent soutenir ce processus.

2

Identifier les priorités en matière de santé

Après l'évaluation, l'étape suivante consiste à aider les patients à comprendre comment l'exercice peut favoriser la santé physique et psychologique. La prescription doit donner la priorité aux problèmes de santé les plus urgents - qu'il s'agisse de déclin physique, de fatigue ou de bien-être mental - et être adaptée aux valeurs et aux objectifs de la personne, qui peuvent évoluer au fil du temps.

3

Adéquation et obstacles

Les plans d'exercice doivent tenir compte des obstacles pratiques, psychosociaux et physiologiques, tels que les effets secondaires du traitement (fatigue, anémie, neuropathie), les limitations physiques, les contraintes financières ou l'accès aux installations. L'identification des éléments facilitateurs - tels que les réseaux de soutien, le contrôle des symptômes et les expériences passées positives - peut contribuer à améliorer l'adhésion.

4

Prescription et éducation sur mesure

Les patients doivent être encouragés à se fixer des objectifs réalistes et significatifs, qu'il s'agisse de maintenir la fonction, de ralentir le déclin ou d'améliorer la force. L'éducation doit mettre l'accent sur le type, l'intensité et la fréquence de l'activité nécessaire pour atteindre ces objectifs, en particulier si les préférences du patient ne correspondent pas aux besoins cliniques.

5

Examen continu et orientation

Une réévaluation régulière est essentielle et doit s'adapter aux changements de traitement, aux effets secondaires ou aux objectifs du patient. Il peut s'agir d'orienter les patients vers d'autres professionnels tels que des diététiciens, des psychologues, des physiothérapeutes ou des infirmières en oncologie. Les physiologistes de l'exercice accrédités (PEA) jouent un rôle essentiel dans l'ajustement des plans et la liaison avec l'ensemble de l'équipe soignante lorsque de nouveaux problèmes cliniques apparaissent.



7.2 Recommandations en matière d'exercice physique

La recommandation de prescrire de l'exercice aux patients atteints de cancer est aujourd'hui bien soutenue par de nombreuses autorités sanitaires nationales et organisations professionnelles.

Les survivants du cancer devraient idéalement faire l'objet d'un **examen complet de leur condition physique** (c'est-à-dire de leur condition cardio-respiratoire, de leur force musculaire et de leur endurance, de leur composition corporelle et de leur souplesse), en tenant compte de certaines considérations spécifiques au cancer, afin d'adapter leur programme d'exercices. La plupart des personnes peuvent **commencer en toute sécurité par des activités légères** comme la marche, un entraînement musculaire léger ou un programme d'assouplissement.

Test d'exercice recommandations selon ACSM :⁵²

- **Vérifier les antécédents médicaux** : Examinez les antécédents médicaux du survivant du cancer et ses éventuels problèmes de santé avant de commencer les tests de condition physique ou de planifier l'exercice.
- **Connaître les risques liés au traitement** : Connaître les toxicités/effets secondaires les plus courants associés aux traitements anticancéreux, tels que le risque de fractures, d'événements cardiovasculaires, de lésions nerveuses ou de problèmes articulaires/musculaires.
- **Utilisez les tests de condition physique à bon escient** : Les évaluations peuvent aider à comprendre comment la fatigue ou d'autres symptômes ont affecté la force, l'endurance ou la mobilité.
- **Niveaux de supervision** : Les patients atteints de cancer n'ont généralement pas besoin d'une supervision supplémentaire pour les tests de condition physique par rapport à d'autres groupes.
- **Sécurité des tests de force** : les tests de force maximale à 1 répétition (1-RM) sont généralement sans danger pour les survivants du cancer du sein et de la prostate qui n'ont pas de problèmes osseux.
- **Soyez prudent avec les problèmes osseux** : Évitez les tests de force dans les zones présentant des métastases osseuses ou une ostéoporose. Par exemple, ne testez pas la force des jambes si la hanche ou la colonne vertébrale présente des lésions. En revanche, les tests sur le haut du corps peuvent être acceptés s'il n'y a pas de lésions, sous réserve d'une autorisation médicale si nécessaire.
- **Évaluer le risque de chute** : Les survivants plus âgés et/ou les survivants traités par chimiothérapie neurotoxique (typique pour les cancers du sein, du colon, du poumon et de l'ovaire) peuvent avoir besoin d'une évaluation standard de l'équilibre et de la mobilité pour évaluer le risque de chute.
- **Vérifier la santé cardiaque** : Les survivants du cancer, en particulier ceux dont les perspectives à long terme sont bonnes, devraient être soumis à un dépistage des problèmes cardiaques en suivant les lignes directrices de l'ACSM en matière de tests d'effort et de prescription d'exercices. Si des risques sont détectés, un test d'effort cardio-pulmonaire peut être nécessaire avant de commencer à faire de l'exercice.

⁵¹ American College of Sports Medicine, *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (12th ed.)*, Wolters Kluwer, 2025.

⁵² Campbell et. Al., *Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable*, Med Sci Sports Exerc, 2019.

Les autorités sanitaires nationales et les organisations professionnelles recommandent ce qui suit aux personnes atteintes d'un cancer :

- Restez actif : Toutes les personnes atteintes d'un cancer doivent **éviter l'inactivité** et reprendre leurs activités quotidiennes normales dès que possible après le diagnostic - être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.
- Visez l'exercice physique régulier : Toutes les personnes atteintes d'un cancer doivent s'entraîner progressivement et maintenir au moins **150 minutes d'exercice aérobique d'intensité modérée** ou **75 minutes d'exercice aérobique d'intensité vigoureuse** (comme la marche, le jogging, le vélo, la natation) **chaque semaine**, au moins 3 fois par semaine, pendant au moins 30 minutes, pendant 8 à 12 semaines ou plus. En outre, ils devraient inclure **2 à 3 séances d'entraînement à la résistance** par semaine, avec une récupération d'au moins 48 heures avant d'exercer à nouveau le même groupe musculaire, en faisant des exercices d'intensité modérée à vigoureuse ciblant les principaux groupes musculaires, en utilisant au moins **2 séries de 8 à 15 répétitions** à au moins **60 %** du maximum d'une répétition (poids maximum qu'ils peuvent soulever une fois).
- Les recommandations d'exercices doivent être **personnalisées** en fonction des capacités de l'individu, et des ajustements doivent être apportés si nécessaire en fonction des effets indésirables liés à la maladie et au traitement, de l'état de santé général et de l'évolution prévue de la maladie.
- Tous les professionnels et prestataires de soins de santé qui s'occupent de personnes atteintes d'un cancer ont un rôle important à jouer dans la **promotion** de ces recommandations.
- Les programmes d'exercices supervisés tendent à être **plus efficaces que les programmes réalisés entièrement à la maison ou sans conseils professionnels**. Cela peut être attribué à une plus grande attention individualisée de la part du prestataire de soins de santé. La dose réelle d'exercice peut être plus importante dans les environnements supervisés où l'effort et le volume sont mieux contrôlés, ce qui permet d'accroître l'impact des effets de l'exercice.



7.3 Mise en œuvre des prescriptions FIIT dans la pratique

Pour concevoir des programmes d'exercices efficaces et personnalisés, il est important de comprendre la différence entre l'activité physique et les exercices structurés :



L'activité physique

comprend tout mouvement du corps qui utilise de l'énergie, comme la marche, le jardinage ou les tâches ménagères.



L'entraînement physique

est un type d'activité plus structuré et planifié visant à améliorer la santé et la condition physique.

Pour rendre l'exercice efficace, les professionnels utilisent des principes d'entraînement clés, le plus souvent structurés à l'aide de la **formule FIIT** :



Fréquence

fréquence de l'exercice



Intensité

intensité de l'activité



Durée

durée de chaque session



Type

quel type d'activité est exercé



Cette méthode permet d'adapter l'exercice aux besoins individuels. Des études montrent que l'adhésion à des programmes d'entraînement structurés peut augmenter l'activité physique globale au fil du temps.

Cette méthode permet d'adapter l'exercice aux besoins individuels. Des études⁵³ montrent que l'adhésion à des programmes d'entraînement structurés peut augmenter l'activité physique globale au fil du temps.

⁵³Amiri et al, *The effects of regular exercise on cognitive and cardiometabolic health in testicular cancer survivors subjected to platinum-based chemotherapy* (Les effets de l'exercice régulier sur la santé cognitive et cardiométabolique chez les survivants du cancer du testicule soumis à une chimiothérapie à base de platine). Andrology, 2025.

Types d'exercices et approches

Selon Exercise and Sports Science Australia ⁵⁴, un programme d'exercice équilibré pour les personnes atteintes d'un cancer doit inclure les deux éléments suivants :

- **L'exercice aérobique** – comme la marche, la natation ou le vélo, qui améliore la fonction cardiaque et pulmonaire.
- **Entraînement à la résistance** – utilisation de poids, de bandes de résistance ou d'exercices au poids du corps pour renforcer les muscles.

Au fur et à mesure que les patients progressent, il est important d'aller au-delà de la simple marche et d'inclure différents types d'activités pour améliorer la condition physique générale.

Les programmes doivent cibler :

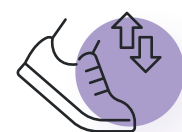
- **Grands et petits groupes musculaires**
- **Muscles affectés par le traitement du cancer**
- **Équilibre et coordination musculaire**

Par exemple :

- Une femme atteinte d'un cancer de l'endomètre qui cherche à perdre du poids peut se concentrer davantage sur l'entraînement en résistance pour maintenir ses muscles.
- Un patient atteint d'un cancer du poumon qui souhaite améliorer sa respiration peut donner la priorité à l'exercice aérobique.

Des exercices de flexibilité, d'équilibre et de plancher pelvien devraient également être inclus si nécessaire, par exemple pour prévenir les chutes ou gérer l'incontinence après certains traitements contre le cancer.

Dans les cas de **fatigue grave ou en fin de vie**, des exercices légers de mobilité ou d'amplitude des mouvements peuvent être les plus appropriés, en se concentrant sur le maintien du confort et de la fonction.



Intensité : Quelle doit être l'intensité de l'exercice ?

L'intensité de l'exercice doit être adaptée à l'individu :

L'exercice **modéré à vigoureux** est généralement sans danger et plus efficace qu'une activité légère pour la plupart des personnes atteintes d'un cancer.

Cependant, une activité de faible intensité peut être plus appropriée dans les cas suivants :

- **La personne est très déconditionnée**
- **Ils ne se sentent pas bien (par exemple, nausée pendant le traitement).**
- **Juste après une intervention chirurgicale ou en cas de caillot sanguin**



Comment mesurer l'intensité :

- **Évaluation de l'effort perçu (EEP)**
- **Moniteurs de fréquence cardiaque**
- **Nombre de répétitions (maximums de répétitions)**

Les traitements contre le cancer peuvent affecter le rythme cardiaque et les niveaux d'énergie, d'où l'importance de l'auto-surveillance et de la flexibilité.



Fréquence et durée : Quelle fréquence et quelle durée ?

Commencez par des **séances courtes** (5 à 10 minutes), surtout après une intervention chirurgicale ou si la personne est très faible. L'objectif est de passer à au moins **20 minutes par jour**, puis à la **plupart des jours de la semaine**.

Cela laisse suffisamment de temps pour :

- **Échauffement**
- **Exercice**
- **Retour au calme**

Bien que **20 minutes soit un bon objectif**, il est flexible, en particulier pour les personnes en soins palliatifs ou souffrant d'un malaise.



Exercice hebdomadaire total : Fixer des objectifs réalistes

Les lignes directrices standard suggèrent :

- **150 minutes d'activité aérobique d'intensité modérée par semaine**
- **Au moins 2 séances d'entraînement à la résistance par semaine**

Mais cela ne convient pas à tout le monde, en particulier aux personnes atteintes d'un cancer avancé. L'exercice physique, même en petite quantité, peut être bénéfique.

Conseils clés :

- Connaître son niveau de départ
- Comprendre vos objectifs hebdomadaires
- Ajustement en fonction de la façon dont vous vous sentez («bons jours» ou «mauvais jours»)
- Utiliser des outils objectifs (fréquence cardiaque) et subjectifs (sensation d'effort) pour s'adapter.

Progresser en toute sécurité

La progression de l'exercice dépend du stade du traitement :

- **Pendant le traitement**, la fatigue et les effets secondaires peuvent nécessiter une progression plus lente.
- **Après le traitement**, il est souvent possible d'augmenter progressivement la durée, l'intensité et le type d'exercice.

Les personnes qui étaient inactives avant le diagnostic peuvent avoir besoin de conseils supplémentaires. Le rôle d'un professionnel de l'exercice formé est essentiel pour garantir que les programmes sont sûrs, adaptés et efficaces.

⁵⁴ Hayes SC et. AL., *The Exercise and Sports Science Australia position statement: Exercise medicine in cancer management*, J Sci Med Sport, 2019.

Changement de comportement : Aider les gens à persévérer

Les stratégies de changement de comportement peuvent contribuer à améliorer la motivation et la cohérence. Il s'agit notamment de

- Fixation des objectifs
- Suivi des progrès
- Conseils personnalisés
- Soutien social
- Éducation aux pratiques sûres

Les patients doivent également savoir reconnaître les effets secondaires liés au traitement et comprendre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas.



Limites

La plupart des recommandations en matière d'exercice physique sont basées sur des recherches concernant des cancers plus courants, comme le cancer du sein ou de la prostate à un stade précoce. Cela signifie que nous avons encore besoin de meilleures preuves pour d'autres types de cancer ou des stades avancés.

Tout le monde ne peut pas suivre les directives FITT standard - les plans doivent donc être **individualisés, flexibles et régulièrement mis à jour** en fonction de la tolérance et de la réponse du patient.

08 L'EXERCICE PHYSIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ



Faire progresser les normes pour les professionnels de la condition physique et de l'activité physique travaillant avec des populations cliniques

Alors que la prévalence des maladies non transmissibles (MNT) continue d'augmenter, le rôle des professionnels de la condition physique et de l'activité physique dans la prévention et la gestion à long terme devient de plus en plus important.

Cependant, l'intégration efficace de ces professionnels dans l'écosystème plus large des soins de santé et de la prévention requiert plus que de la passion - elle exige une formation solide, fondée sur des données probantes, et des limites professionnelles clairement définies.

C'est pourquoi EuropeActive a élaboré une série de normes progressives pour aider les professionnels, à différents stades de leur carrière, à travailler en toute sécurité et de manière efficace avec les personnes atteintes de maladies non transmissibles. Ces normes visent à renforcer la crédibilité, la compétence et la coopération dans l'ensemble du secteur, en veillant à ce que les professionnels du fitness soient bien équipés pour aider les personnes ayant un large éventail de besoins en matière de santé.

La nécessité de connaissances spécialisées et de normes éducatives

À la base se trouve la [norme EuropeActive de niveau 4 pour les entraîneurs personnels](#), qui fournit les compétences essentielles pour faire de l'exercice en toute sécurité dans des populations générales. Sur cette base, le **niveau 5 de spécialiste de l'exercice pour la santé (EfHS)** introduit les connaissances et les compétences requises pour aider les personnes vivant avec des maladies chroniques à risque faible ou modéré. Le niveau 5 EfHS constitue une voie professionnelle pour les entraîneurs personnels qui souhaitent approfondir leur pratique et se spécialiser dans l'exercice pour la santé. Cette norme comprend une connaissance appliquée de la pathophysiologie des maladies chroniques, du dépistage des clients, de la gestion des risques, de la modification des exercices et de la collaboration interprofessionnelle. Bien que les professionnels de l'EfHS ne soient pas des praticiens cliniques, ils jouent un rôle essentiel dans la prévention, le rétablissement et l'autogestion à long terme des clients dont l'état est stable et qui relèvent d'un champ d'application clairement défini.

Pour compléter cette voie professionnelle, EuropeActive a également développé des profils de rôle académique au **niveau 6 du CEC (Graduate Exercise Professional - GEP)** et au **niveau 7 du CEC (Clinical Exercise Professional - CEP)**. Ces profils reflètent la reconnaissance croissante des professionnels de l'exercice formés à l'université et travaillant avec des populations complexes ou à haut risque.

Le rôle du professionnel de l'exercice clinique (CEP)

Le profil de **professionnel de l'exercice clinique (CEP) de niveau 7** décrit les compétences attendues des praticiens de l'exercice physique travaillant dans des environnements médicaux, de réadaptation ou de santé intégrée. Les CEP sont qualifiés pour concevoir, dispenser et superviser des programmes d'exercices pour des personnes souffrant de pathologies cliniques diagnostiquées, y compris celles présentant des profils à haut risque ou des comorbidités multiples. La norme CEP s'aligne étroitement sur les normes et lignes directrices internationales de physiologie clinique de l'exercice élaborées par la Confédération internationale pour la pratique des sciences du sport et de l'exercice (ICSESP). Cet alignement international garantit la qualité, la cohérence et la mobilité des professionnels à travers l'Europe et au-delà.

Les CEP sont appelés à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires, souvent au sein ou en parallèle des services de soins de santé primaires, secondaires ou tertiaires. Leur expertise permet de combler le fossé entre les recommandations cliniques et la mise en œuvre dans le monde réel, en veillant à ce que les prescriptions d'exercices soient sûres, efficaces et centrées sur la personne.

Complémentarité des parcours professionnels et académiques

Bien que les rôles du L5 et du PEC diffèrent en termes de portée et de contexte, ils sont très complémentaires. Le L5 EfHS fournit une base solide pour travailler avec des personnes présentant un risque faible à modéré, en particulier dans des environnements communautaires ou de remise en forme. Le CEP, quant à lui, assure la supervision, le leadership et la profondeur clinique, en particulier lorsque des conditions médicales complexes ou des contextes institutionnels sont impliqués.

Ensemble, ces normes constituent un parcours structuré qui favorise le développement professionnel tout au long de la vie tout en préservant le bien-être des personnes atteintes de maladies non transmissibles. Elles offrent également un cadre clair pour la collaboration entre les secteurs, permettant aux professionnels d'opérer dans leur champ d'action tout en se référant à leurs collègues ou en travaillant avec eux si nécessaire.

Renforcer la confiance, élever le niveau d'exigence

Le développement et la promotion de ces normes font partie de l'engagement plus large d'EuropeActive à améliorer le professionnalisme, la qualité et l'impact sur la santé publique du secteur du fitness et de l'activité physique. En soutenant une main-d'œuvre compétente, confiante et digne de confiance, EuropeActive contribue à positionner le secteur comme un partenaire clé dans la lutte contre les maladies non transmissibles.

Avec des normes solides en place et une reconnaissance croissante de la valeur de l'exercice dans les soins cliniques, le secteur du fitness est particulièrement bien placé pour offrir un soutien inclusif et de haute qualité aux personnes atteintes ou à risque de maladies chroniques. Les rôles de l'EfHS et de la CEP représentent des éléments essentiels de cette transformation, jetant les bases de services d'exercice sûrs, efficaces et durables qui contribuent de manière significative aux objectifs de santé publique de l'Europe.



09 CONCLUSION



Ce guide a souligné que rendre l'activité physique favorable à la santé (APFS) inclusive et accessible n'est pas simplement une question de bonne pratique - c'est un impératif de santé publique. Les preuves sont claires : l'activité physique joue un rôle essentiel dans la prévention et la gestion des maladies non transmissibles. Pourtant, malgré les recommandations fermes de l'OMS et de l'UE, l'activité physique reste sous-utilisée dans les politiques et les pratiques et est souvent hors de portée de ceux qui en bénéficieraient le plus.

Pour changer cette situation, des mesures doivent être prises dans l'ensemble du système. Les décideurs politiques, les prestataires de soins de santé et le secteur du fitness et de l'activité physique doivent **travailler ensemble pour éliminer les obstacles** et intégrer l'activité physique dans la vie de tous les jours, en particulier pour les personnes les plus à risque. Les interventions doivent être conçues dans une optique d'empathie et d'accessibilité, en reconnaissant que des facteurs tels que le statut socio-économique, le sexe, l'âge, le handicap et les maladies chroniques influent sur les possibilités d'être actif.

Une Europe plus active est une **Europe plus saine et plus inclusive**. En plaçant l'activité physique au cœur des stratégies de prévention et de la vie communautaire, nous pouvons réduire le fardeau des maladies non transmissibles et améliorer la qualité de vie de tous. Ne manquons pas cette occasion de progresser de manière inclusive - et collective - vers une meilleure santé.

2025

#BEACTIVE DAY

REMERCIEMENTS

Ce guide a été élaboré dans le cadre du projet 2025 #BEACTIVE DAY, cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne.

Le contenu du guide a été préparé et coordonné par le personnel d'EuropeActive, grâce au soutien du consortium du projet (FFSWO, BAHF, Finland Active, Active-FNEAPL, ANIF, HUNActive, SRFS, Active Sweden) et grâce aux précieuses contributions de plusieurs parties prenantes externes. Des organisations de patients atteints de maladies non transmissibles (MNT) aux défenseurs de la santé et aux chercheurs en sciences de l'exercice, ce guide rassemble une expertise critique, des idées et des approches fondées sur des données probantes dans un format accessible.

Nous remercions sincèrement l'Association des ligues européennes contre le cancer (ECL), le Réseau européen du cœur (EHN), la Fédération internationale du diabète Europe (IDF Europe) et l'Organisation pour la santé respiratoire en Finlande pour leur précieuse contribution, leurs connaissances cliniques et leur travail continu en vue de promouvoir une vie plus saine et une santé préventive pour les personnes vivant avec une MNT ou exposées à un risque de MNT.

Nous remercions tout particulièrement le **Dr Viktor Oliva** pour sa contribution experte à la section sur la prescription d'exercices pour les personnes atteintes d'un cancer. Son point de vue clinique et son engagement en faveur d'une programmation de l'activité physique sûre et centrée sur le patient ont permis d'enrichir considérablement ce document.

Nous reconnaissons également les efforts des partenaires du consortium impliqués dans le projet #BEACTIVE DAY, dont les expériences locales, l'apprentissage par les pairs et l'engagement à promouvoir l'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA) ont contribué à faire en sorte que ce guide soit à la fois pratique et inclusif. Ce guide témoigne du potentiel de la collaboration intersectorielle dans la lutte contre le fardeau croissant des maladies non transmissibles. En favorisant l'intégration des personnes atteintes ou à risque de MNT dans les programmes d'activité physique et de remise en forme, ce travail vise à réduire les obstacles et à promouvoir un accès équitable à des modes de vie plus sains dans toute l'Europe.

Nous remercions chaleureusement tous les contributeurs pour leur dévouement, leur collaboration et leur vision commune d'une Europe plus saine et plus active.



European Heart Network
Fighting heart disease and stroke



International
Diabetes
Federation
Europe



The Organisation for
Respiratory Health in Finland



ereps
EUROPEAN REGISTER OF
EXERCISE PROFESSIONALS
part of EuropeActive



Co-funded by
the European Union

CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables.