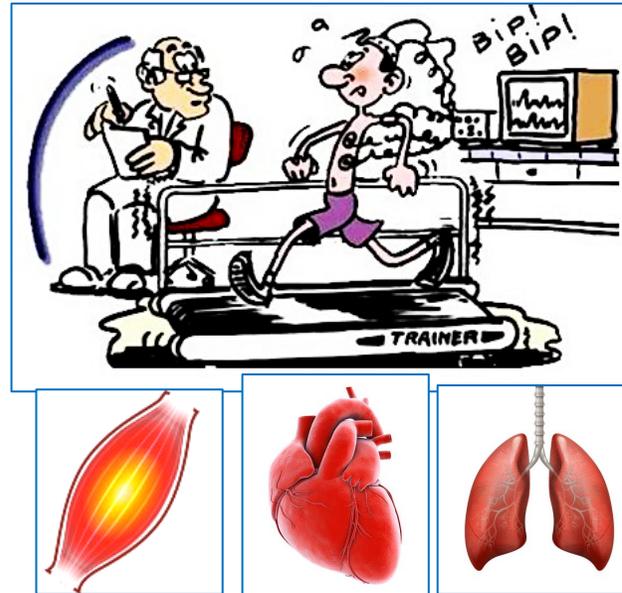


Capital santé et METs



Webinaire Activity Lab
24 Juin 2021

François Carré

Université Rennes 1 - Hôpital Pontchaillou - Inserm UMR 1099

Risques pour la santé de l'inactivité physique et de la sédentarité

Inactivité physique et sédentarité

- augmentent le risque de développer une maladie chronique
- aggravent les maladies chroniques

Activités physiques et sportives sont validées comme une thérapeutique non médicamenteuse par HAS 2011

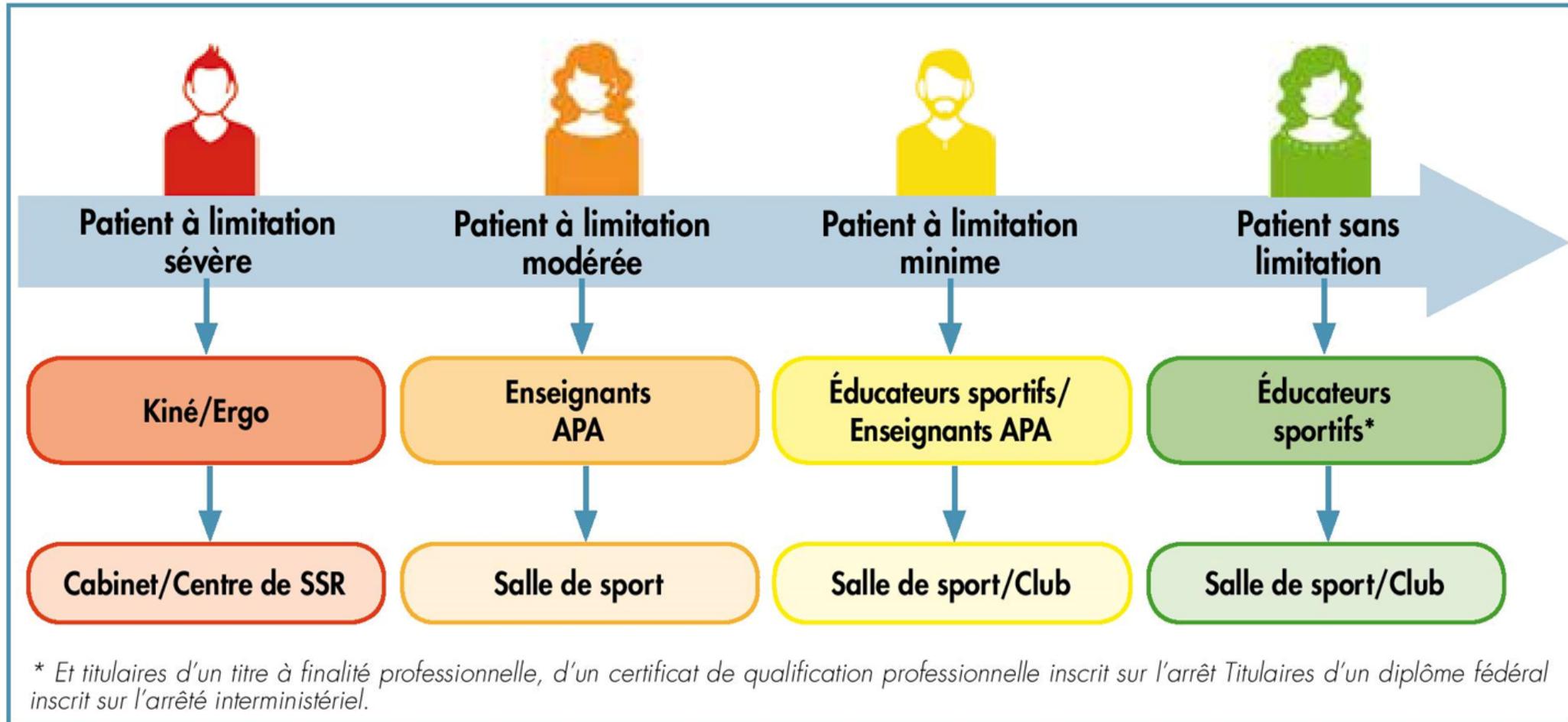
**SE LEVER
ET BOUGER PLUS**

Prescription de l'activité physique dans les ALD



Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, **aux capacités physiques** et au risque médical du patient.

Les différentes structures de prise en charge



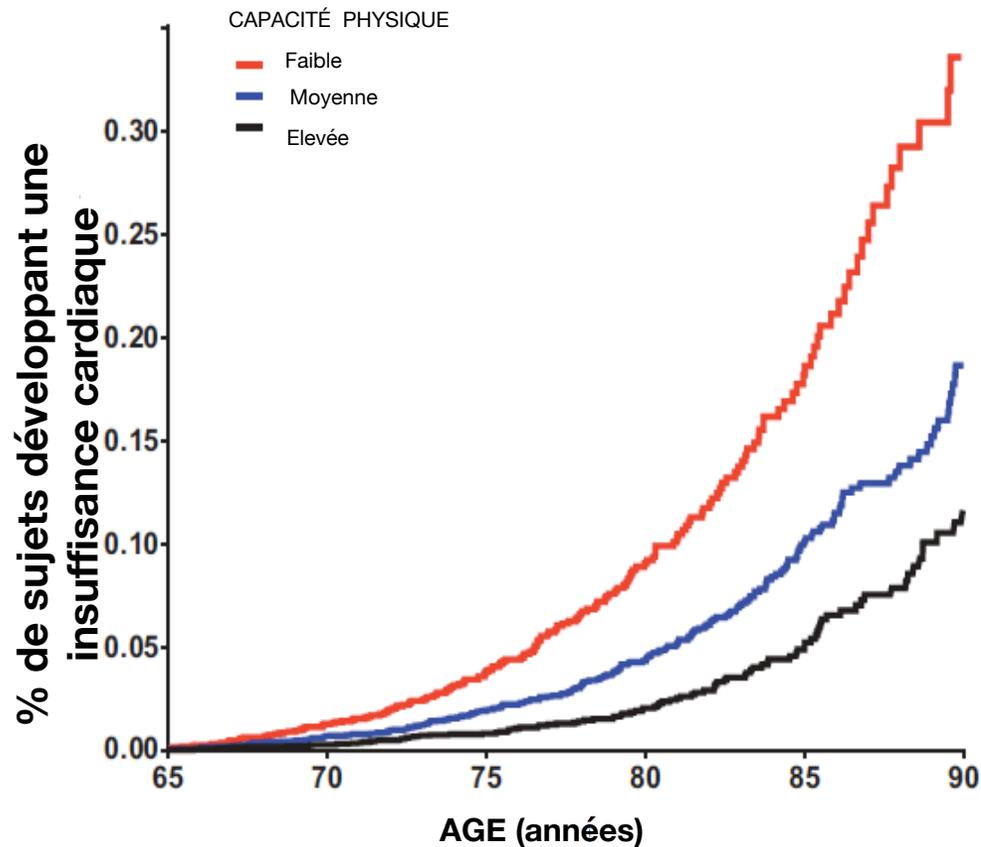
Capacité physique et risque de développer une insuffisance cardiaque ou un infarctus du myocarde

COOPER CENTER LONGITUDINAL STUDY

20 642 participants (21% femmes)

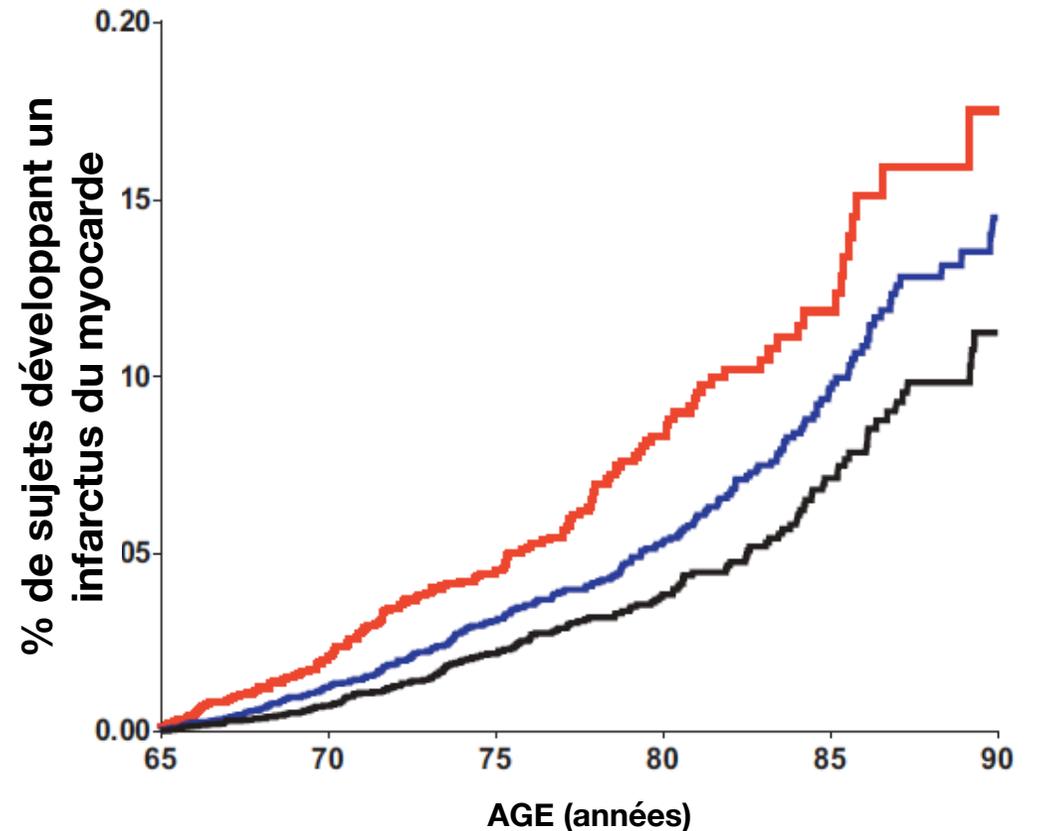
Capacité physique sur tapis roulant à 49 ans (moyenne)

Suivi annuel depuis l'âge de 65 ans de 1999 à 2009.

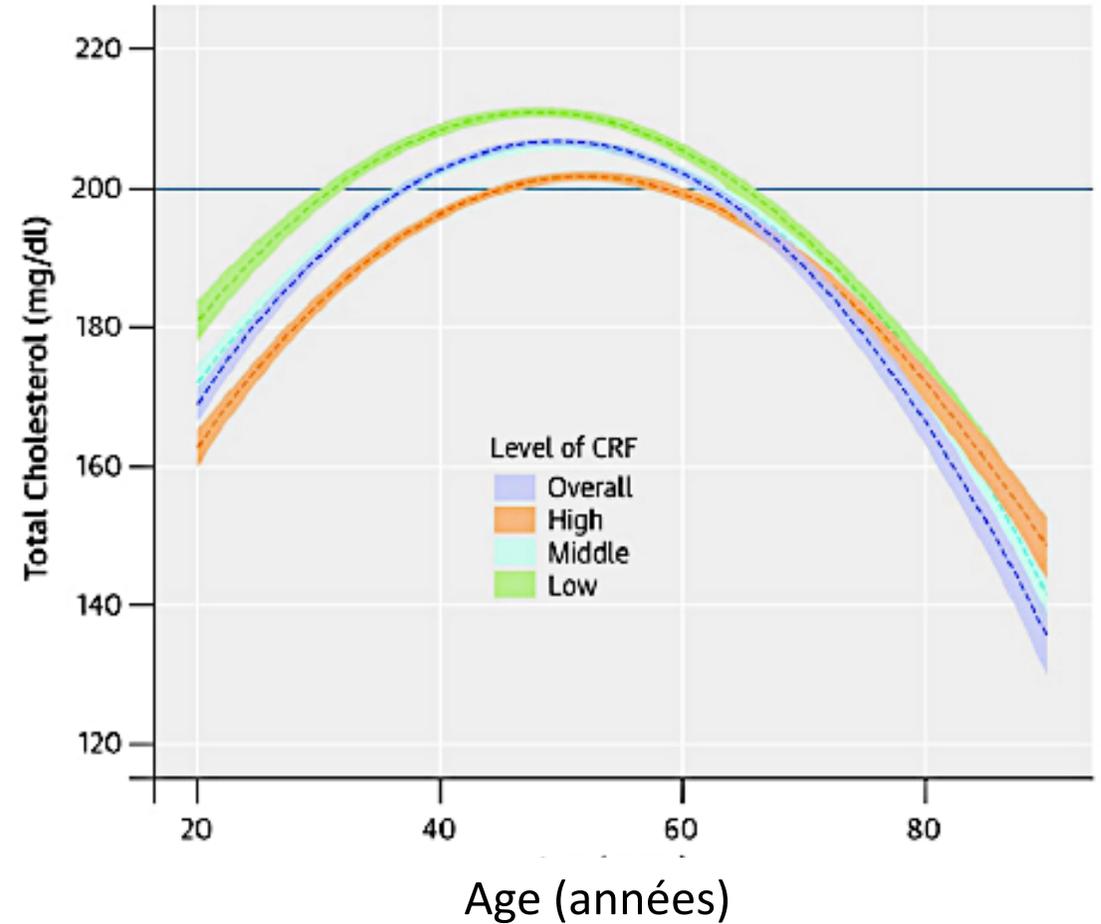
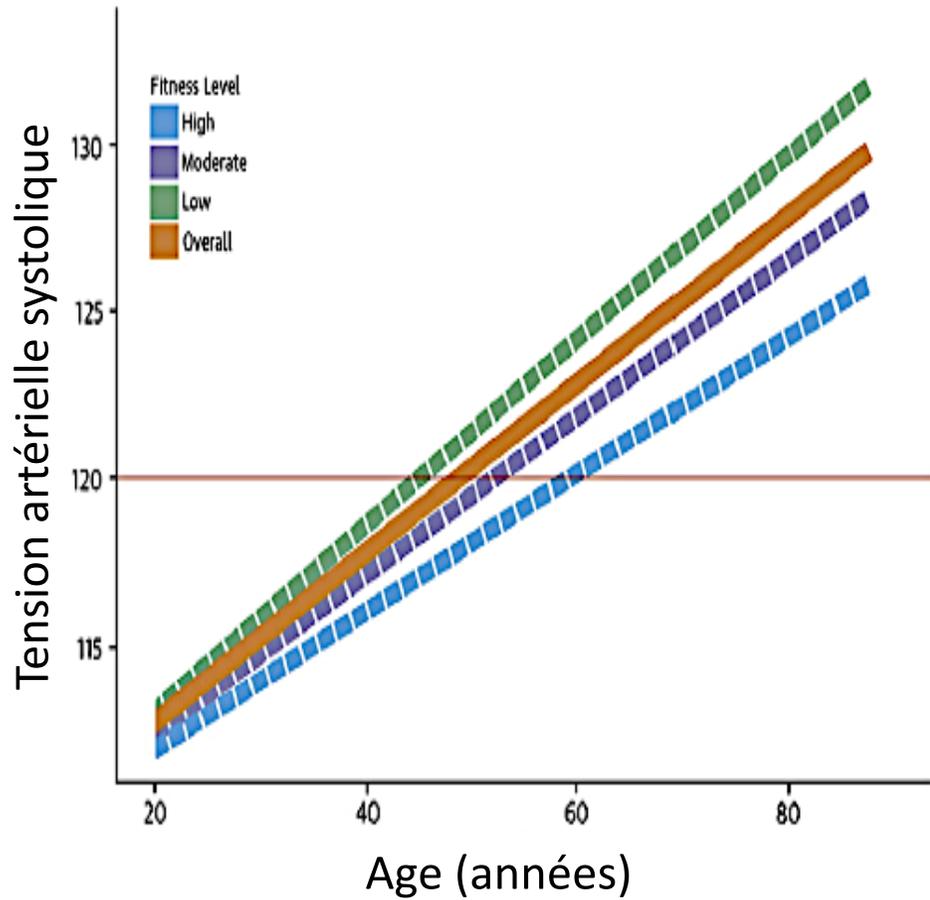


Risque indépendant :

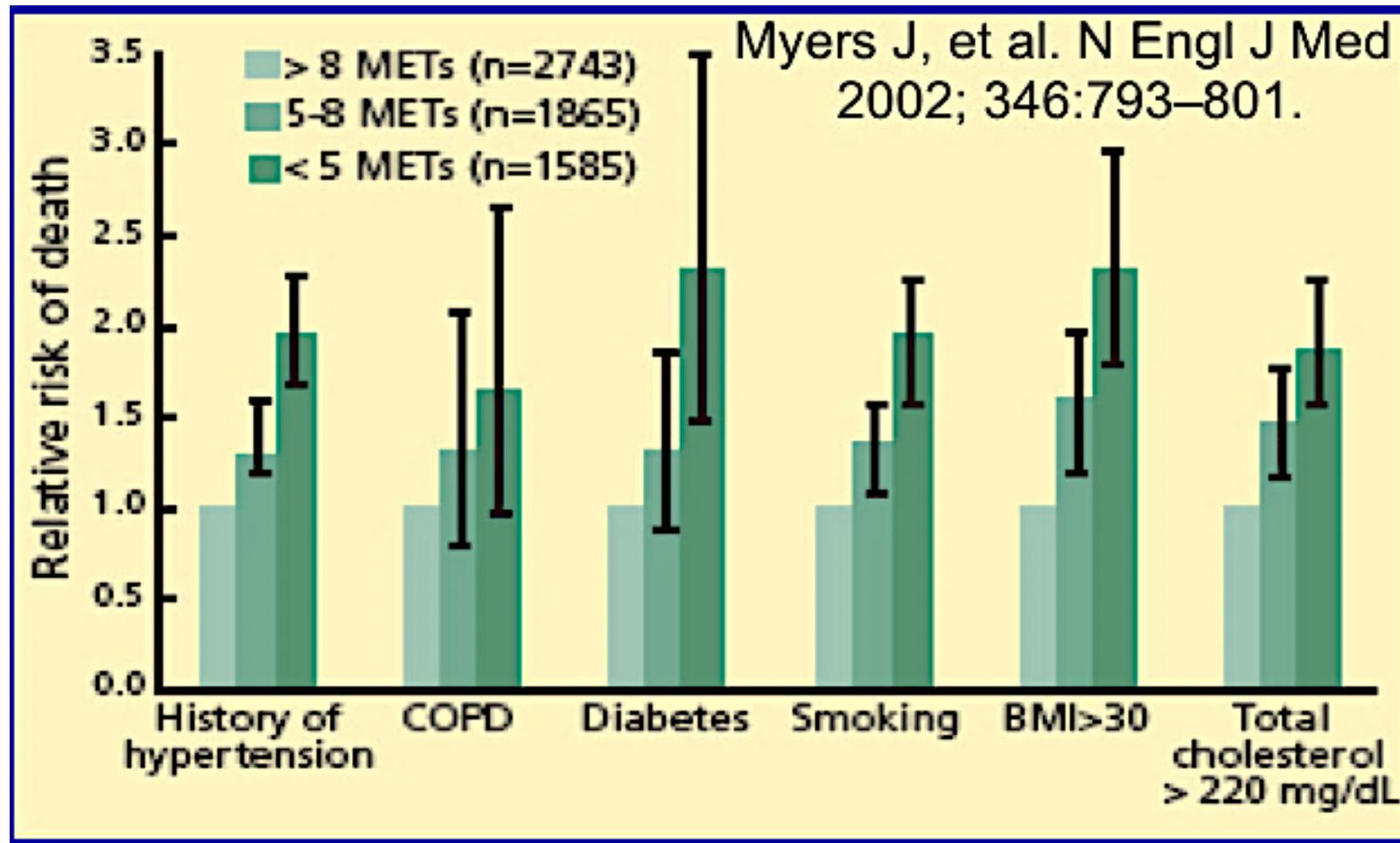
- du genre, hommes ou femmes
- des autres facteurs de risque cardiovasculaire



Capacité physique et risque cardiovasculaire



Capacité physique et pronostic des malades



Capacité physique et Covid



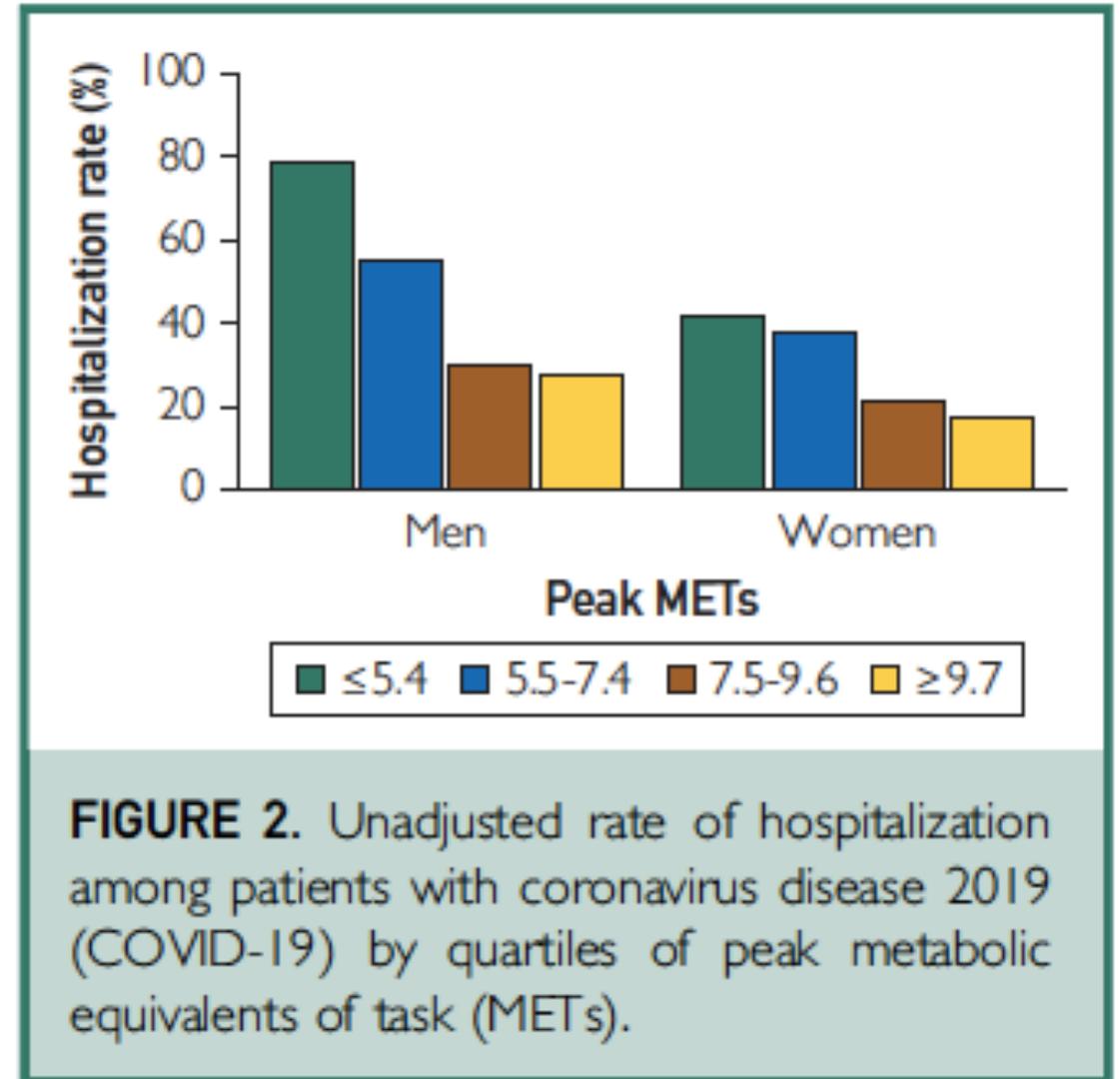
246 patients (59 ± 12 ans 42% hommes)

Capacité physique connue

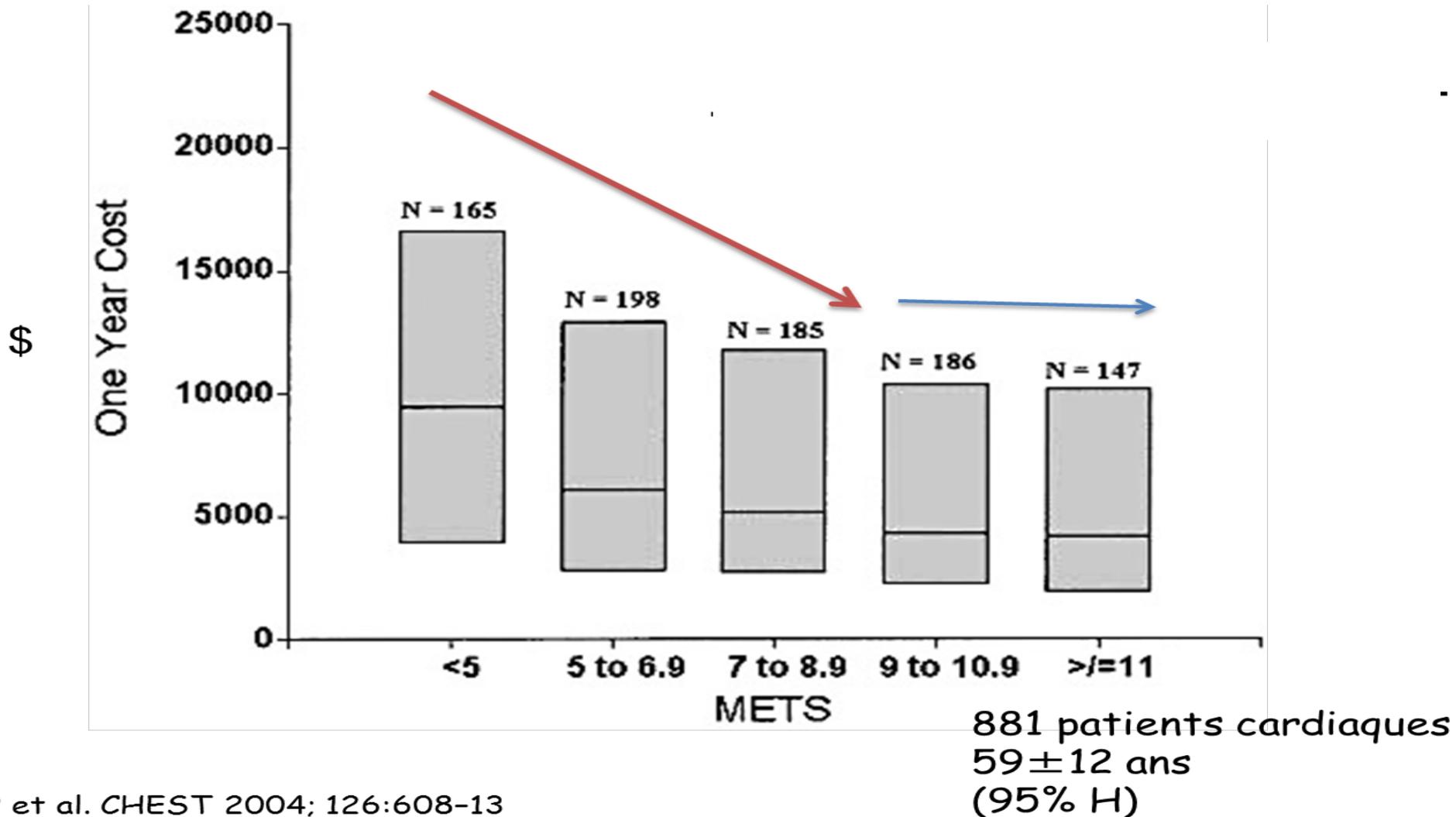
Covid +

Patients hospitalisés (6.7 ± 2.8 METs)

Patients non hospitalisés (8.0 ± 2.4 METs)



Patients cardiaques coût médical en fonction des METs



Bien Manger et Bien Bouger

Manger
est nécessaire
pour la survie



Bien Manger
est bon
pour la SANTÉ



Tour de taille marqueur
du bien manger

Bouger
est nécessaire
pour la survie

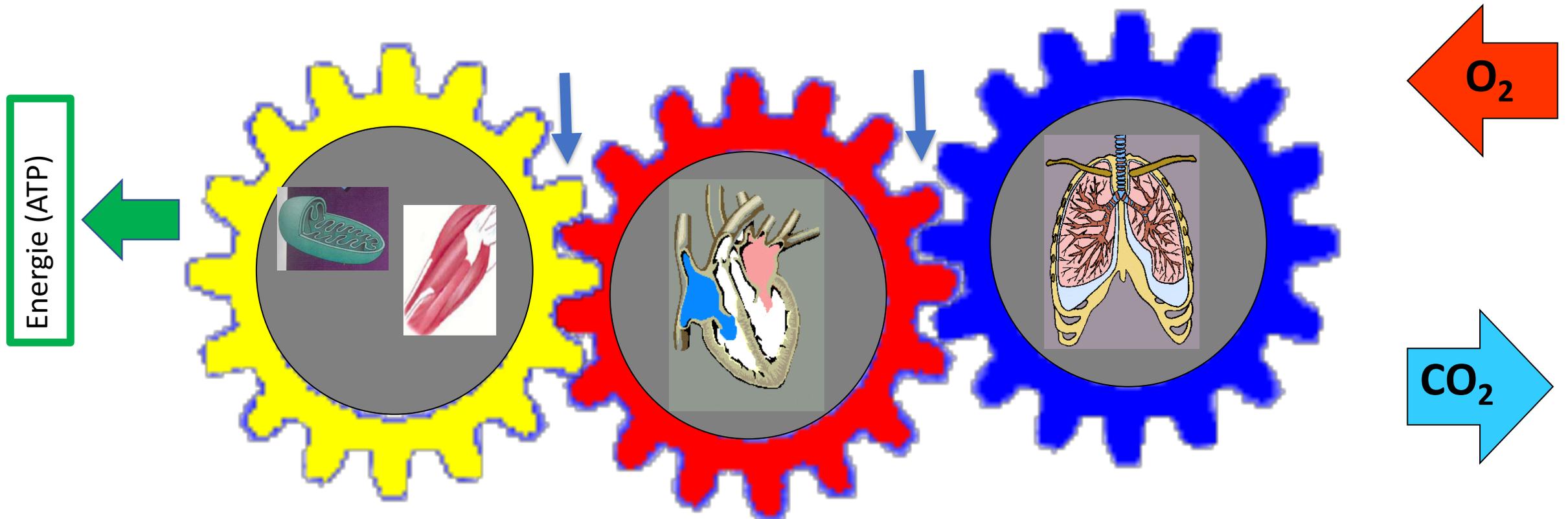


Bien Bouger
est bon pour
la SANTÉ

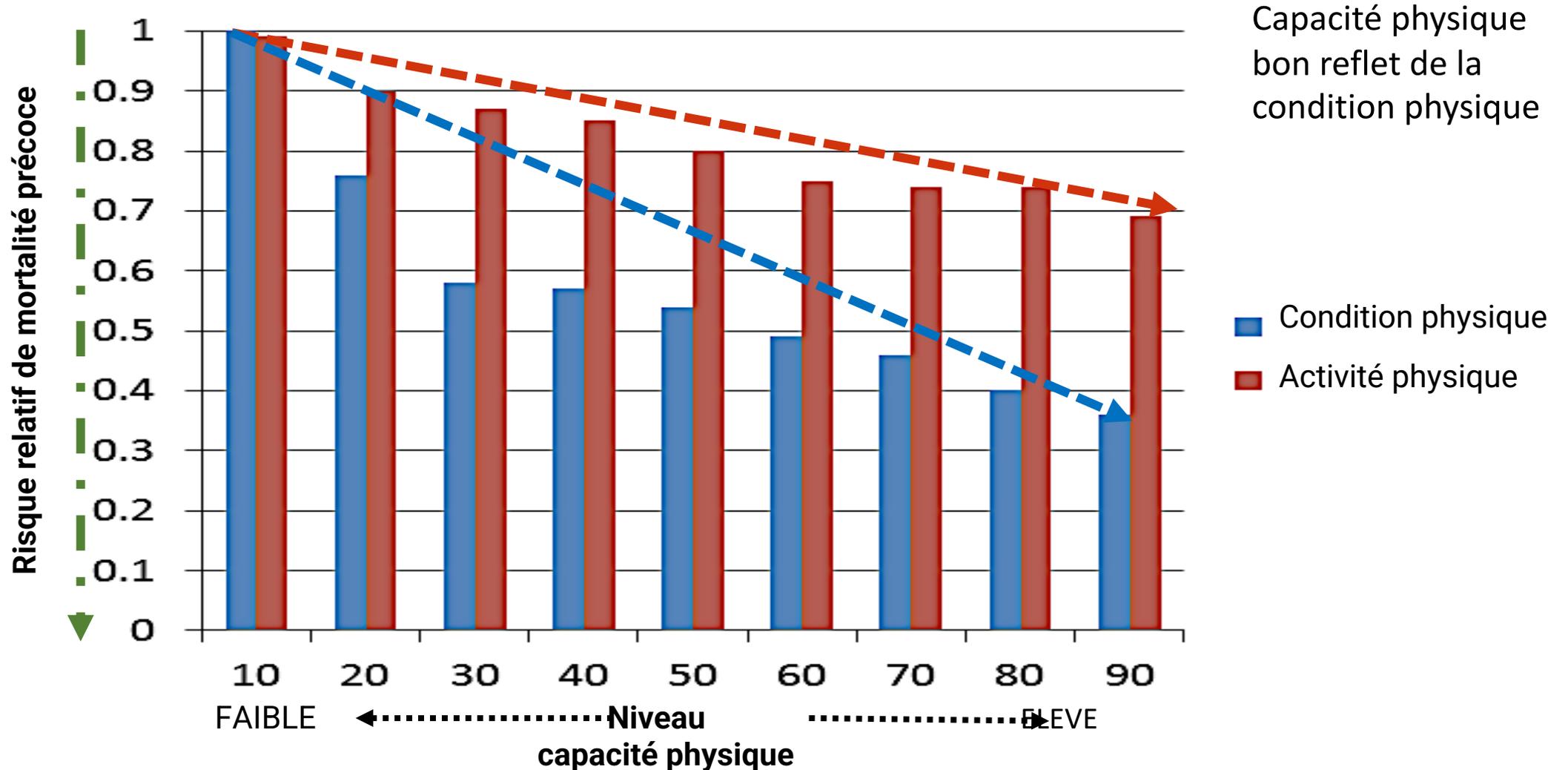


Capacité physique marqueur
du bien bouger

Pourquoi la capacité physique ?



Capacité physique plus protectrice que activité physique

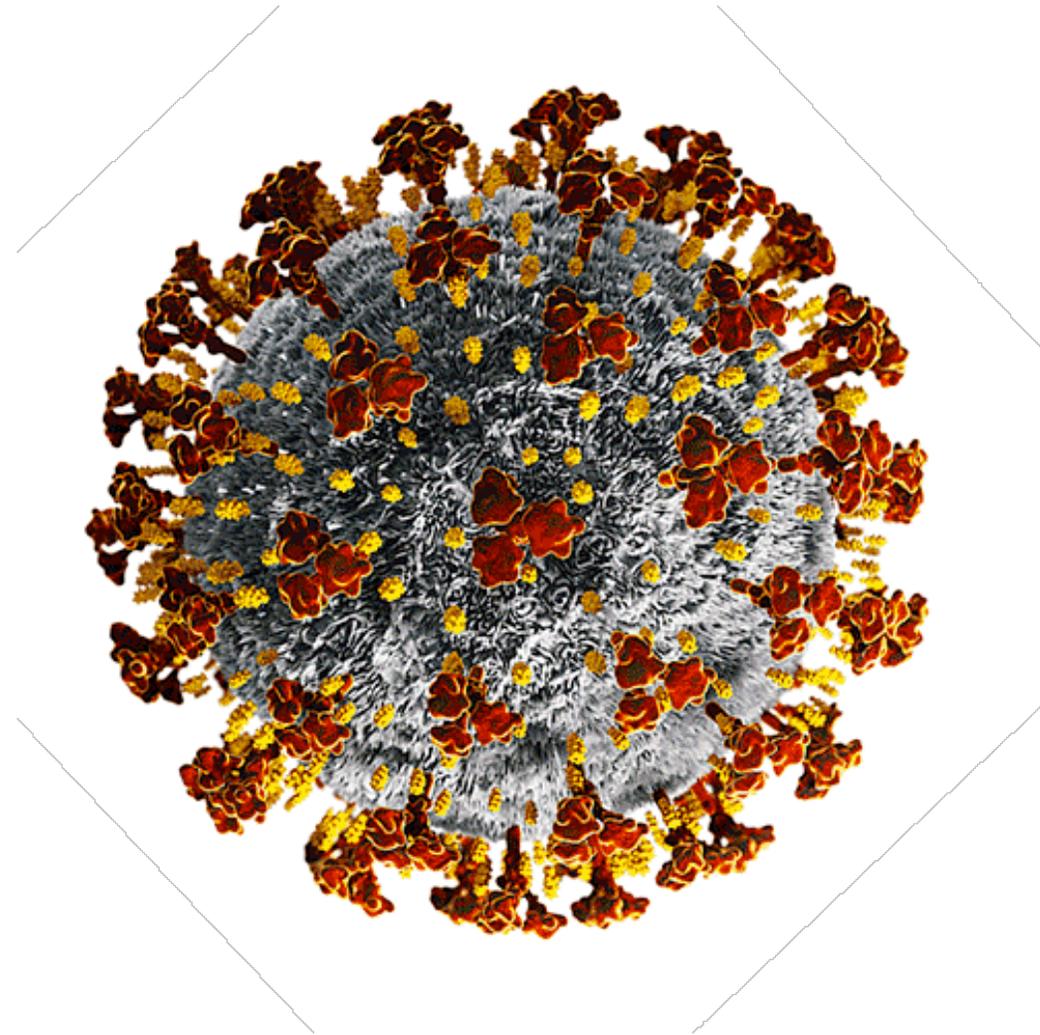


La capacité physique, marqueur d'espérance de vie

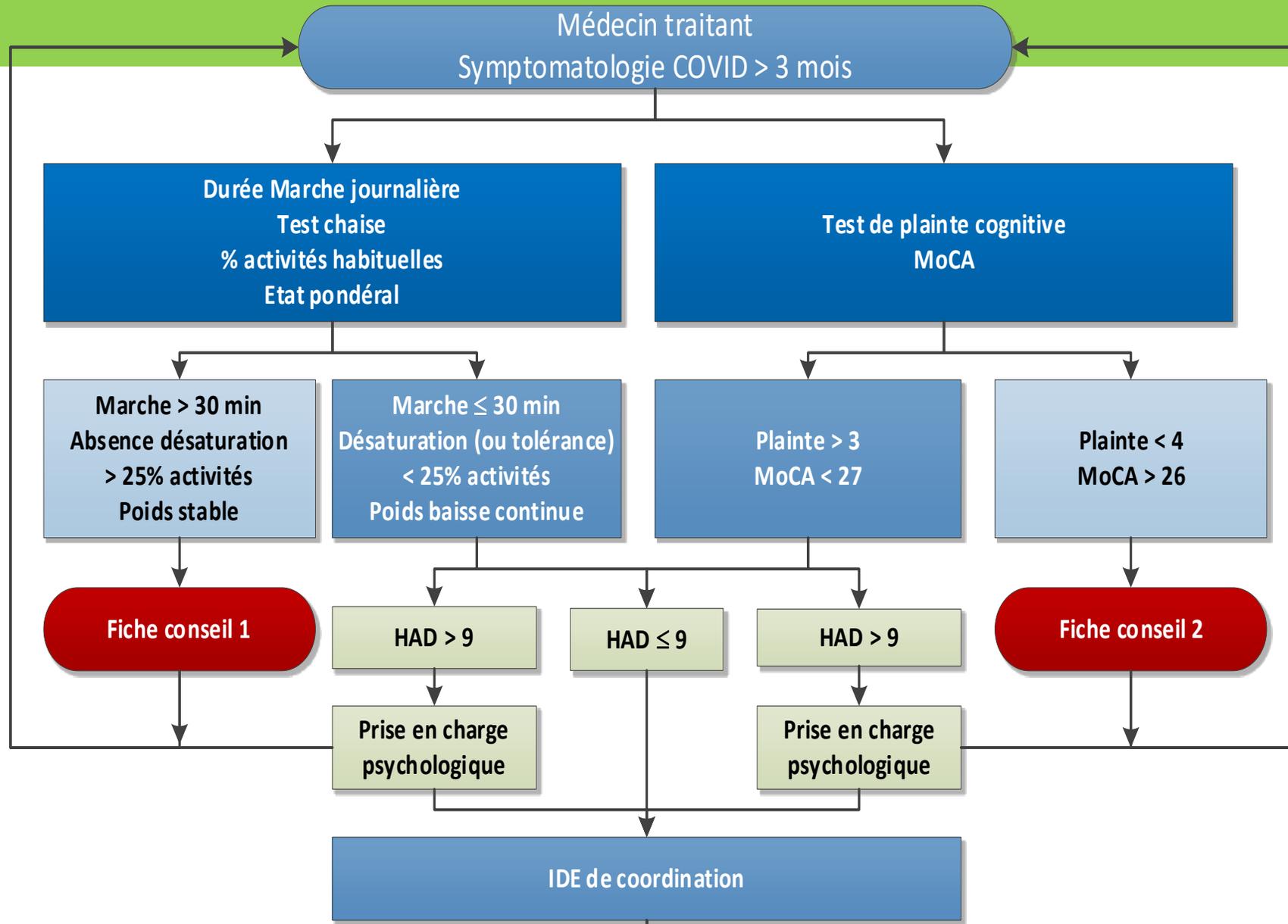
Age (ans)	Hommes	Femmes
40	< 9 METs	< 7 METs
50	< 8 METs	< 6 METs
60	< 7 METs	< 5 METs

« Seuils » de capacité physique associés à un sur-risque significatif de mortalité précoce dans une population saine.

Prise en charge du covid persistant



ETAPE 1 : ORIENTATION DES PATIENTS PAR LE MÉDECIN TRAITANT

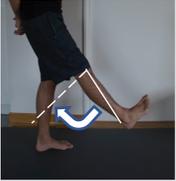




CENTRE SANTE BIEN-ÊTRE

Exercices d'échauffement

ECHAUFFEMENT

			
Cervicales Faire des cercles avec la tête.	Epaules Rouler les épaules vers l'avant / l'arrière.	Coudes Toucher les épaules avec les mains.	Poignets Faire des grands cercles.
			
Genoux Faire « comme si » on shootait dans un ballon.	Chevilles Faire des grands cercles avec la pointe du pied.	Marcher Marcher sur place (↗ du rythme cardiorespiratoire)	MG Sur place, monter les genoux avec mains opposées.



COMMENT ?

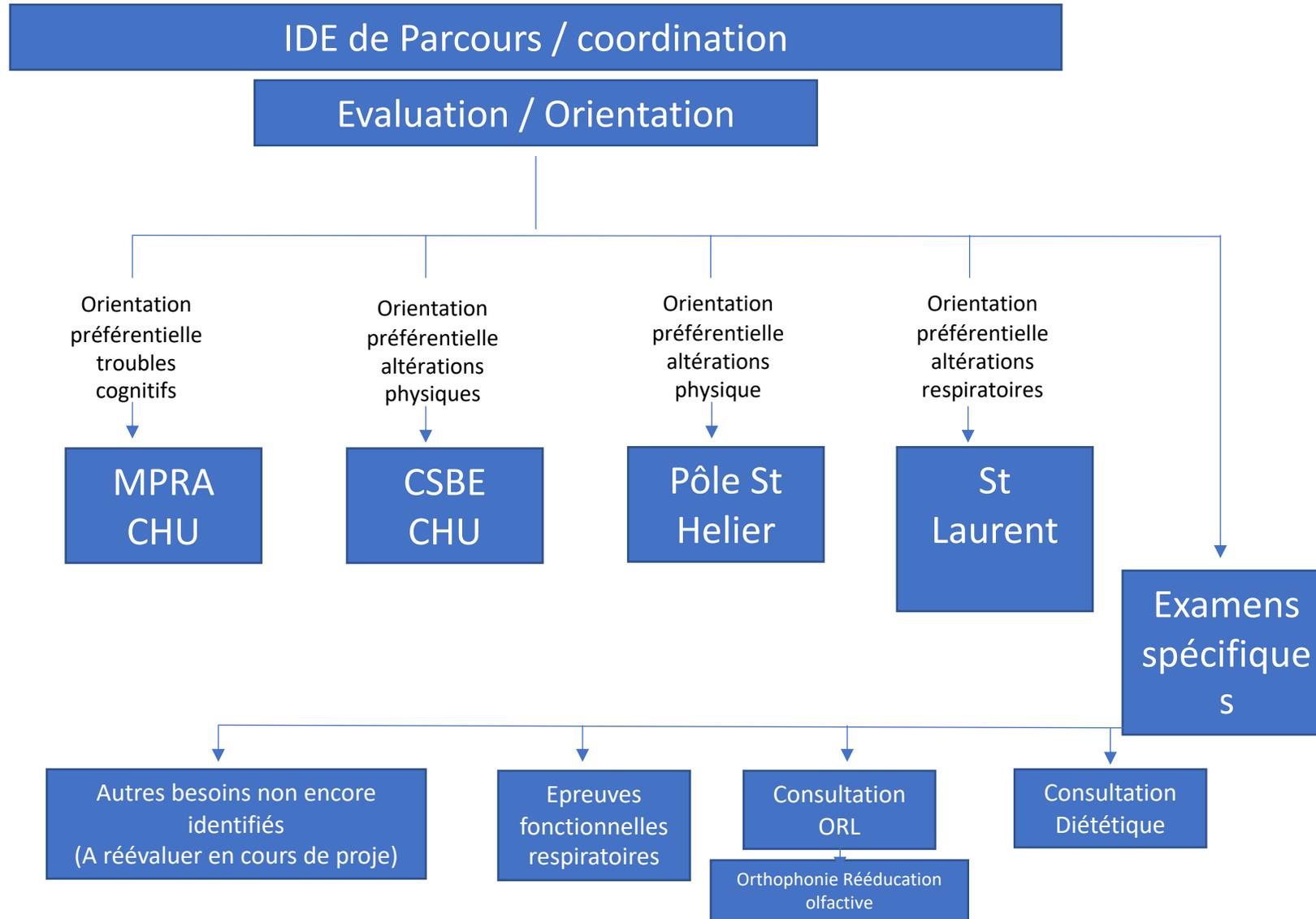
A faire avant le début de l'activité, pour augmenter la T° corporelle, préparer l'organisme à l'effort et diminuer le risque de lésion musculaire. Réaliser les mouvements lentement, debout ou assis. Ne pas bloquer la respiration.



COMBIEN ?

- Durée : 30 secondes par exercices
- Répétitions : 10 mouvements par exercices

ETAPE 2 : ORIENTATION DES PATIENTS PAR L'IDE DE COORDINATION



RÔLES DU CSBE

BILAN INITIAL (médical + paramédical)

Bilan médical, psychologique, nutritionnel et activité physique adaptée

Examens médicaux complémentaires ciblés

Classification en 1 des 5 phénotypes (type et niveau de fatigue, réponses cardiaques, ventilatoires à l'effort \pm désaturation)

PRISE EN CHARGE

1 évaluation initiale

Programme de **réentraînement individualisé** selon phénotype de Covid persistant

APA à domicile ou

APA au CSBE (3fs/semaine pendant 4 semaines) par groupes de 6

1 évaluation finale

PHÉNOTYPES DE COVID - PERSISTANT ET PRISE EN CHARGE (1)

PHÉNOTYPES DE COVID – PERSISTANT ET PRISE EN CHARGE (1)

Fatigabilité musculaire marquée sans trouble d'adaptation cardiovasculaire ni respiratoire significatif

- Isolée

Réentraînement à l'effort individualisé encadré par un EAPA (cardiorespiratoire + renforcement musculaire).

- Avec période « d'épuisement » prolongé post-effort inhabituel.

Réentraînement à l'effort très « doux » (en intensité et en volume) individualisé encadré par EAPA ±

PHÉNOTYPES DE COVID - PERSISTANT ET PRISE EN CHARGE (2)

Inadaptation majeure de la fréquence cardiaque à l'effort symptomatique ou non.

Etude de la balance autonome (variabilité de la fréquence cardiaque).

Réentraînement individualisé encadré par un EAPA (cardiorespiratoire + renforcement musculaire).

Surveillance de la fréquence cardiaque per-effort, ± bradycardisant

Inadaptation majeure de la ventilation à l'effort sans désaturation associée.

Symptomatologie mineure/modérée.

Réentraînement individualisé encadré par un EAPA + surveillance Sa O₂ ± kiné-spé.

Symptomatologie majeure kiné-spé puis réentraînement individualisé + surveillance Sa O₂

Désaturation inadaptée à l'effort symptomatique ou non.

Bilan d'EFR au CHU

Prise en charge et réentraînement selon résultats