

# 4<sup>ème</sup> Étape

## Où orienter votre patient ? (En situation d'ALD ou non)

### Réseau Sport Santé Bourgogne Franche-Comté

☎ 03 81 48 36 52

🌐 [www.espass-bfc.fr](http://www.espass-bfc.fr)



### Maisons Sport-Santé

🌐 [www.maisonsportsanté.fr](http://www.maisonsportsanté.fr)

### Maisons Sport-Santé (JURA)

#### ● Maison Sport Santé Social du Grand Dole

Email : [msssgd@cdavironjura.fr](mailto:msssgd@cdavironjura.fr)

#### ● Maison Sport Santé Lons-le-Saunier

Email : [Msslons39@gmail.com](mailto:Msslons39@gmail.com)  
Site internet : [www.epgv39.fr](http://www.epgv39.fr)

#### ● Maison Sport Santé Val Suran

Email : [contact@apasserelle-sante-vousbougez.fr](mailto:contact@apasserelle-sante-vousbougez.fr)  
Site internet : [www.apasserelle-sante-vousbougez.fr](http://www.apasserelle-sante-vousbougez.fr)

#### ● Maison Sport Santé Poligny

Email : [contact@sportsante.org](mailto:contact@sportsante.org)  
Site internet : <https://sportsante.org>



### Enseignants APA libéraux

🌐 [www.sfp-apa.fr](http://www.sfp-apa.fr)



Version mars 2024

Document réalisé par le Docteur Pierre GAILLARD  
Téléchargeable sur [www.cptsdugrandlons.fr](http://www.cptsdugrandlons.fr)

# Guide pratique

## Prescription & Orientation

# Activité physique

## 1<sup>ère</sup> Étape Recommandations générales



Pyramide des activités physiques

Chez les adultes\*, chaque semaine :

🕒 **Au moins 150 minutes** d'activité physique aérobie d'intensité modérée

OU

🕒 **Au moins 75 minutes** d'activité physique aérobie d'intensité soutenue

\*Ces recommandations concernent la population générale et les patients en ALD sans limitations fonctionnelles

**Si votre patient est inactif et/ou sédentaire --> Voir page 2**

## 2<sup>ème</sup> Étape *Votre patient est sédentaire et/ou inactif ?*

(En situation d'ALD ou non)

### Entretien motivationnel (Questionnaire de PROCHASKA)

<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> J

1. Je fais actuellement une AP modérée
2. J'ai l'intention de faire une AP modérée dans les 6 prochains mois
3. Je fais actuellement une AP modérée régulière
4. J'ai fait une AP modérée régulière au cours des 6 derniers mois
5. Par le passé, j'ai fait une AP régulière pendant au moins 3 mois



**Exemples de freins souvent évoqués :**

- Trop vieux
- Manque d'intérêt
- Trop fatigué
- Pas motivé
- Manque de temps
- Météo défavorable
- Déplacement difficile
- Coût trop élevé
- Présence de douleurs



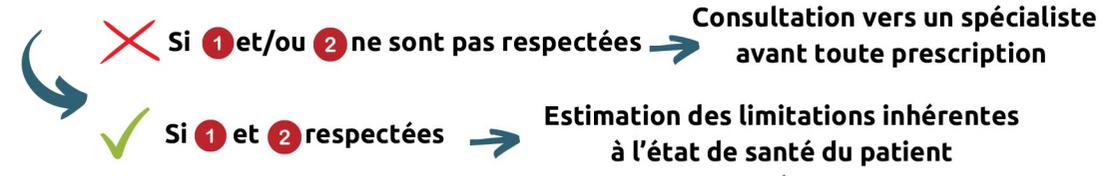
Identifier d'éventuelles limitations avant la prescription d'AP - Voir page 3

## 3<sup>ème</sup> Étape *Votre patient présente-t-il des limitations ?*

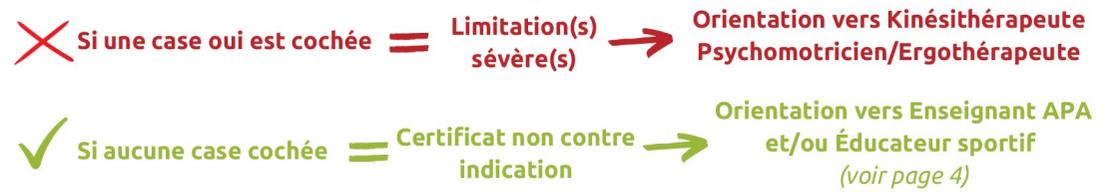
(En situation d'ALD ou non)

**Deux conditions doivent être respectées pour prescrire de l'activité physique :**

- 1 **La pathologie sous-jacente est contrôlée** et le suivi auprès des spécialistes est réalisé  
→ Stabilité de l'état clinique de la maladie pour laquelle le patient est en ALD
- 2 **Examen clinique et interrogatoire ne révèlent pas de comorbidités sous-jacentes** non diagnostiquées ni d'instabilité cardiovasculaire (*interrogatoire identique à celui d'un certificat de non CI de sport : angor instable, dyspnée ou douleur thoracique à l'effort, ATCD familiaux, etc..*)



- Fonctions locomotrices :**
- Fonction neuromusculaire : altération motricité et tonus impactant AVQ
  - Fonction ostéo-articulaire : altération amplitude plusieurs articulations impactant AVQ
  - Endurance à l'effort : fatigue invalidante dès le moindre mouvement
  - Force : ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
  - Marche : distance parcourue inférieure à 150 m
- Fonctions cérébrales :**
- Fonctions cognitives : mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
  - Fonctions langagières : empêche toute compréhension ou expression
  - Anxiété/Dépression : présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
- Fonctions sensorielles et douleur :**
- Capacité visuelle : vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible
  - Capacité sensitive : stimulations sensibles non perçues, non localisées
  - Capacité auditive : surdité profonde
  - Capacités proprioceptives : déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des AVQ
  - Douleur : constante avec ou sans activité



**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA  
PRACTIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)**

Je soussigné(e) Dr.....

certifie que l'état de santé de Mme / Mr ..... né(e) le .....

observé ce jour est compatible avec la pratique d'une Activité Physique Adaptée progressive et régulière, en l'absence apparente de signes cliniques la contre-indiquant.

L'activité physique est à adapter par le professionnel d'APA en fonction des aptitudes et capacités actuelles du patient et de leurs évolutions respectives.

***Données médicales :***

- Pathologie chronique concernée : .....
- Comorbidités : .....
- Objectif attendu : .....

*Fait à* ....., *le* .....

Signature et tampon du médecin