

# Sport Santé sur Prescription Carnet de liaison



PROVENCE  
EN FORME

Marseille

Ce carnet est un outil de liaison entre les différents acteurs (médecin, kinésithérapeute, intervenant sportif...) impliqués tout au long de votre parcours en

## Activité Physique Adaptée

Partenaire principal



DÉPARTEMENT  
**BOUCHES-  
DU-RHÔNE**



PROVENCE  
EN FORME  
Centre Ressources Sport Santé



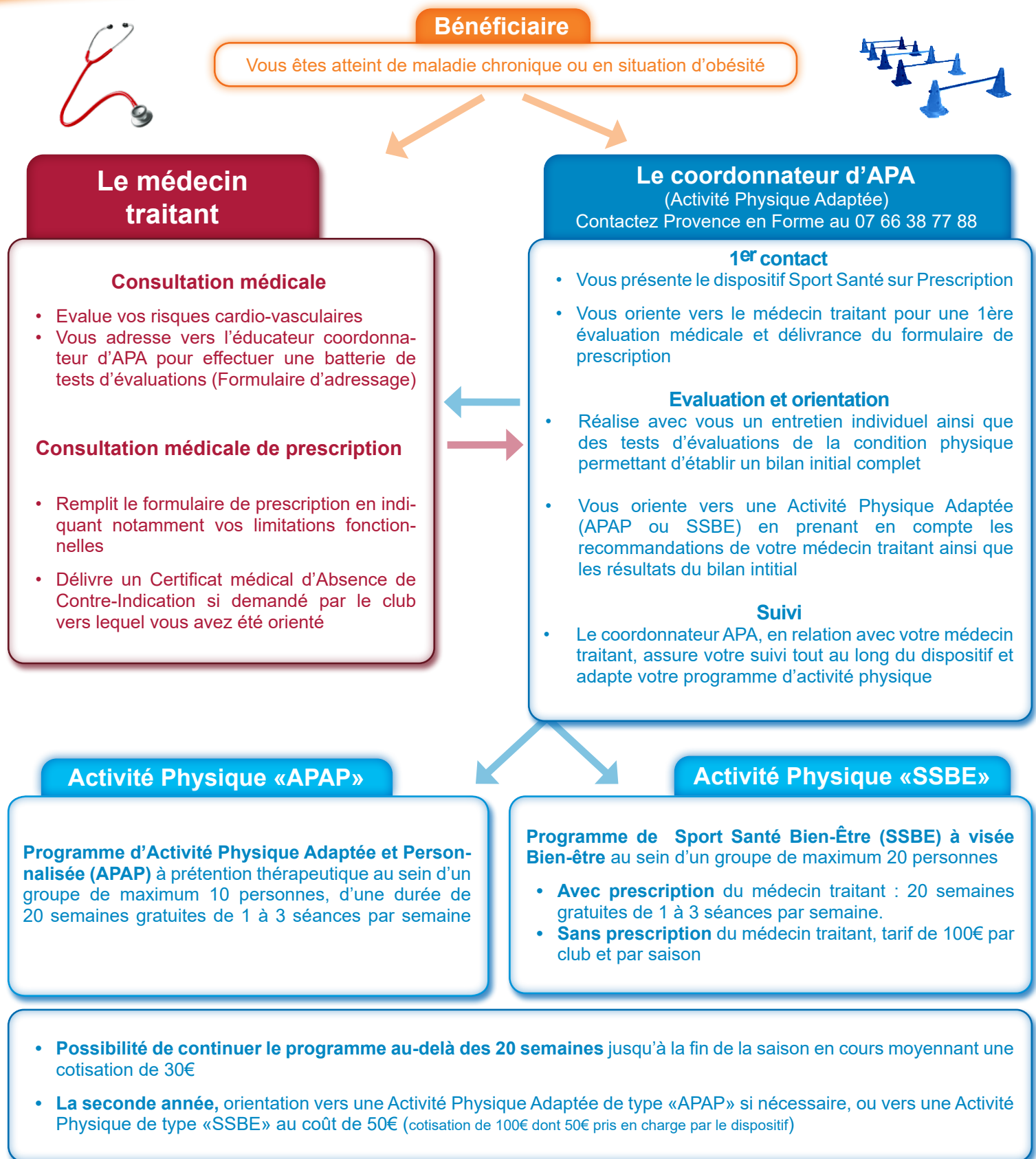
AGENCE  
NATIONALE  
DU SPORT

ars  
Agence Régionale de Santé  
Provence-Alpes  
Côte d'Azur



# Votre parcours d'activité physique sur prescription

Le Bénéficiaire



# Informations vous concernant

Le Bénéficiaire

Ce carnet doit permettre d'effectuer votre suivi au sein du dispositif Sport Santé sur Prescription proposé dans votre commune.

Ce dispositif prévoit une Charte d'engagement de votre commune, des équipes médicales et des structures sportives locales signataires.

Ils s'engagent, dans le respect des règles déontologiques, à utiliser le présent Carnet de liaison, qui vous accompagnera tout au long de votre parcours dans le dispositif.

NOM ..... Prénom ..... Né(e) le .../.../.....

Adresse .....

Tél. Fixe : ..... Tél. Mob : ..... Email : .....

Votre Situation Familiale : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ Enfant(s) à domicile ☐ Enfant(s) hors domicile

Votre Catégorie socio-professionnelle :

☐ Agriculteurs exploitants ☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures ☐ Profession intermédiaires ☐ Employés

☐ Ouvriers ☐ Inactifs ayant déjà travaillé ☐ Personne n'ayant jamais travaillé ☐ Retraité

☐ Étudiant

Médecin Traitant : NOM : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email : .....

Médecin Spécialiste Spécialité : .....

NOM : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email : .....

Vos caisses de retraite complémentaire : .....

Votre mutuelle : .....

Activités pratiquées : .....

Association(s) Sportive(s) ou de loisir : .....

Les informations inscrites sur ce document pourront être traitées informatiquement sur un logiciel métier sport-santé pouvant faire l'objet d'études scientifiques à grande échelle. Vos données personnelles (anonymisées) nous permettent d'évaluer l'impact de notre dispositif mais ne seront ni diffusées, ni commercialisées à des tiers.

J'atteste avoir été informé des modalités de mise en place du dispositif et donne mon consentement sur le partage des informations médicales me concernant entre tous les intervenants du dispositif.

A ..... Le .....

Signature du bénéficiaire

# Certificat d'absence de contre-indication et de prescription d'activité physique adaptée

A l'intention de l'intervenant en activité physique



A remplir par le Médecin

Remis en main propre au patient le ..... / ..... / .....  
Signature et cachet du médecin :

1) Je soussigné(e) ..... docteur en médecine,

certifie avoir examiné Mme/M (lettre capitales) .....

, né(e) le .....

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée<sup>1</sup> dans les conditions ci-dessous.

2) Je prescris à Mme/M ..... une **activité physique adaptée**<sup>1</sup> supervisée pendant ..... , à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celles recommandées, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

☐ Cardio-vasculaires ☐ Musculaires ☐ Souplesse ☐ Equilibre ☐ Coordination

Cette pratique devra être supervisée par un **intervenant qualifié** ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante :

☐ Aucune ☐ Minimale ☐ Modérée ☐ Sévère

Dénomination de la pratique sportive (si nécessaire): .....

3) **Préconisations particulières et compléments d'information à l'intention de l'intervenant, permettant d'adapter et de sécuriser la pratique :**

Exemples non exhaustifs : activités avec le poids du corps ou charges légères, pas de sport à risque de chute et/ou de collision, éviter les efforts en ambiance froide, éviter les efforts statiques intenses, ne pas dépasser une intensité modérée, traitement à prendre en compte etc...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<sup>1</sup> Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.

# Aide à la détermination des limitations fonctionnelles

## A l'intention de l'intervenant en activité physique

Le degré de limitation fonctionnelle ne correspond pas à la sévérité de la pathologie mais aux limitations locomotrices, cérébrales, sensorielles et de douleur du patient. Chaque fonction doit être individuellement évaluée. La limitation fonctionnelle résultante de votre patient correspond théoriquement à la limitation la plus sévère qui aura été cochée (cf: modèle en ligne sur le site [paca.sport.sante.fr](http://paca.sport.sante.fr)).

**Fonctions locomotrices** (neuromusculaire, ostéoarticulaire, endurance à l'effort, marche, force) :

☐ Aucune ☐ Minimales ☐ Modérées ☐ Sévères

**Fonctions cérébrales** (cognitif, langage, anxiété/dépression) :

☐ Aucune ☐ Minimales ☐ Modérées ☐ Sévères

**Fonctions sensorielles** (visuelle, sensitive, auditive, proprioceptives) et douleur :

☐ Aucune ☐ Minimales ☐ Modérées ☐ Sévères

### Détail des indicateurs de la limitation fonctionnelle sévère :

- **Fonctions locomotrices** : altération de la motricité et du tonus et/ou altération d'amplitude sur plusieurs articulations affectant la gestuelle et l'activité au quotidien, fatigue invalidante dès le moindre mouvement, ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires, distance parcourue en marche en 6 minutes inférieure à 150 mètres.
- **Fonctions cérébrales et cognitives** : mauvaise stratégie cognitive pour un mauvais résultat, échec, fonction langagière empêchant toute compréhension ou expression, manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression.
- **Fonctions sensorielles** : vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture, circulation seul impossible dans un environnement non familier, stimulations sensibles non perçues, non localisées, surdité profonde, déséquilibre sans rééquilibrage, chutes fréquentes lors des activités au quotidien, douleurs constantes avec ou sans activité.

Seuls les professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens) sont habilités à superviser l'activité physique adaptée pour les patients présentant une limitation fonctionnelle sévère (pour les kinés, hors actes de rééducation pris en charge par l'assurance maladie, et dans la limite de leurs compétences, à savoir bilan kinésithérapie et gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive). Les patients avec limitation fonctionnelle sévère pourront être orientés, en fonction du bilan en fin de cycle par le professionnel de santé et en concertation avec le médecin traitant, vers un enseignant en activité physique adaptée pour poursuivre sa pratique.

*Pour tout complément d'informations concernant les limitations fonctionnelles et les intervenants habilités, se référer aux annexes 2 et 3 de l'instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGES/IP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017.*

*La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut donner lieu à ce jour à une prise en charge financière par l'assurance maladie.*

Ce formulaire a été réalisé par l'Agence Régionale de Santé PACA, la Direction Régionale et Départementale Jeunesse et Sport PACA, Azur Sport Santé et Provence en Forme.



Bilan initial et de suivi

d'une activité physique et/ou sportive régulière, adaptée, sécurisante et progressive

A remplir par l'éducateur coordonnateur d'APA  
(Activité Physique Adaptée)

	T0	T1	T2
Date	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
IMC	.....	.....	.....
Tour de Taille	.....	.....	.....
Niveau d'activité physique (questionnaire de Marshall)	.....	.....	.....
Endurance cardio-respiratoire (test de 6' marche)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Force musculaire des membres supérieurs (préhension)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Force musculaire des membres supérieurs	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Force musculaire des membres inférieurs (assis-debout 30s.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Souplesse des membres inférieurs (main/pieds)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Souplesse des membres supérieurs (main/main)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Equilibre statique	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Equilibre dynamique (marche à reculons)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Commentaires			
--------------	--	--	--

..... = performance      1 2 3 4 5 = score (selon l'âge et le sexe)

# Compte rendu périodique

d'une activité physique et/ou sportive régulière, adaptée, sécurisante et progressive



A remplir par l'éducateur coordonnateur d'APA  
(Activité Physique Adaptée)

Accord du patient pour transmission du document au médecin prescripteur ☐

M. / Mme (prénom, nom du patient) : ..... a pratiqué une activité physique que j'ai supervisée pendant .....

Nom du programme / de l'activité : .....

Evolution entre T0 et T1

Date : / /

Coordonnées de l'intervenant : .....

Signature : .....

1) Evolution des capacités physiques travaillées pendant les séances :

• Cardio-vasculaires	+	=	-
• Force musculaire	+	=	-
• Souplesse	+	=	-
• Coordination	+	=	-
• Equilibre	+	=	-

2) Niveau de réalisation du ou des objectifs fixés en amont :

- ☐ < 25%  
☐ 25 à 50%  
☐ 50% à 75%  
☐ > 75%

3) Niveau d'assiduité aux séances par semaine proposées :

- ☐ < 25%  
☐ 25 à 50%  
☐ 50% à 75%  
☐ > 75%

Evènement à rapporter pendant la période pouvant avoir impacté l'assiduité : .....

4) Propositions concernant la poursuite de l'activité physique :

Risques identifiés : .....

Autres remarques : .....

Evolution entre T1 et T2

Date : / /

Coordonnées de l'intervenant : .....

Signature : .....

1) Evolution des capacités physiques travaillées pendant les séances :

• Cardio-vasculaires	+	=	-
• Force musculaire	+	=	-
• Souplesse	+	=	-
• Coordination	+	=	-
• Equilibre	+	=	-

2) Niveau de réalisation du ou des objectifs fixés en amont :

- ☐ < 25%  
☐ 25 à 50%  
☐ 50% à 75%  
☐ > 75%

3) Niveau d'assiduité aux séances par semaine proposées :

- ☐ < 25%  
☐ 25 à 50%  
☐ 50% à 75%  
☐ > 75%

Evènement à rapporter pendant la période pouvant avoir impacté l'assiduité : .....

4) Propositions concernant la poursuite de l'activité physique :

Risques identifiés : .....

Autres remarques : .....

# Activités physiques

## Bénéfices sur la santé

Le Bénéficiaire

Pratiquer au moins 30 minutes d'activités physiques par jour permet d'améliorer sa qualité de vie et offre de nombreux bénéfices pour la santé.

1

**Diminue** le risque de mortalité par maladies cardio-vasculaires.

6

**Réduit** les risques de développer un cancer (sein, colon).

2

**Diminue** la fréquence du cœur et la tension artérielle de repos.

7

**Lutte** contre le stress, améliore le moral et la confiance en soi.

3

**Diminue** le taux de sucre et de graisses dans le sang.

8

**Préserve** les muscles et la souplesse.

4

**Aide** à perdre du poids en association avec une alimentation équilibrée.

9

**Diminue** le risque d'ostéoporose et permet de mieux vivre avec l'arthrose, de mieux vieillir.

5

**Améliore** la respiration et aide à l'arrêt du tabac.

10

**Augmente** l'espérance de vie de façon significative chez les pratiquants réguliers.



# Les 10 règles d'or à respecter

Recommandations des cardiologues du sport)

Le Bénéficiaire

1

Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 minutes lors de mes activités sportives

2

Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercice à l'entraînement comme en compétition

3

J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5°C ou supérieures à 30°C

4

Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive

5

Je ne prends pas de douche dans les 15 minutes qui suivent l'effort

6

Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)

7

Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes

8

Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort\*

9

Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort\*

10

Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort\*

\*Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique

Handwriting practice lines consisting of 30 horizontal dotted lines.



## À qui s'adresse la Maison Sport Santé ?

Toutes les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une Activité Physique et Sportive (APS) à des fins de santé/bien être (quel que soit l'âge et l'état de santé).

### Ses missions :

- Sensibiliser, informer et conseiller sur les bienfaits des APS
- Informer sur les offres existantes d'APS et d'Activités Physiques Adaptées (APA)
- Évaluer la condition physique et orienter vers une Activité Physique Adaptée (APA)
- Orienter vers un programme sport-santé adapté dans le cadre du sport sur prescription médicale

### Les plateformes sport santé



Infos et contacts des différentes  
plateformes sur le site :

[www.provenceenforme.fr](http://www.provenceenforme.fr)

## Nous contacter

Provence en Forme  
MPJS - 7 rue des chapeliers - 13001 Marseille

[provenceenforme@gmail.com](mailto:provenceenforme@gmail.com) - 07 66 38 77 88 ou 06 52 21 01 61