

# CARNET DE SUIVI DU PATIENT

## L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR ORDONNANCE EN ÎLE-DE-FRANCE





## Sommaire

Informations patients .....	p 3
Contacts professionnels de santé .....	p 3
<b>PRESCRI'FORME</b> .....	p 4
L'activité physique sur ordonnance en Île-de-France .....	p 4
Les bénéfices de l'activité physique sur la santé .....	p 6
<b>Espace médecin .....</b>	<b>p 7</b>
Fiche de prescription .....	p 8
Certificat d'absence de contre-indication .....	p 9
Remarques diverses en lien avec la pratique d'activité physique adaptée .....	p 10
Incidents liés à la pratique physique adaptée .....	p 12
<b>Espace patient .....</b>	<b>p 13</b>
Mon activité physique & ma sédentarité .....	p 14
Mesurez votre sédentarité .....	p 15
Agenda d'activité physique .....	p 16
Consignes de bonnes pratiques .....	p 20
Données personnelles .....	p 22
<b>Espace éducateur sportif référent .....</b>	<b>p 23</b>
Évaluation de la condition physique et de la motivation .....	p 24



## INFORMATIONS PATIENTS

## CONTACTS PROFESSIONNELS DE SANTÉ

• Nom \_\_\_\_\_

• Prénom \_\_\_\_\_

• Date de naissance | | | | | | | | | |

Médecin traitant \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

• Éducateur sportif référent \_\_\_\_\_



• Kinésithérapeute \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

• Autre(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre carnet de suivi est un **outil de liaison** entre les différents professionnels qui vous suivent (médecins, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs/enseignants d'activité physique adaptée...).

Il vous accompagnera dans la reprise d'une activité physique adaptée, prescrite par votre médecin. C'est aussi un support pour **vous aider à vous rendre compte de l'impact** de l'activité physique adaptée **sur votre santé** et entretenir votre motivation.

Le site internet [www.prescriforme.fr](http://www.prescriforme.fr) est à votre disposition et vous permettra de trouver les structures Prescri'Forme reconnues par l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale d'Île-de-France.





## **L'activité physique sur ordonnance en Île-de-France**

### **Un constat global incontournable : la sédentarité et l'inactivité physique augmentent.**

En Île-de-France, seuls 14% de la population pratiquent une activité physique au niveau des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

**Or, pratiquer une activité physique réduit** le risque d'apparition et d'aggravation de nombreuses pathologies chroniques, améliore le bien-être et augmente l'espérance de vie.

Pour réduire la sédentarité et l'inactivité physique, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, permet au médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Pour faciliter la démarche, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont mis en place le dispositif « **PRESCRIFORME** ». Celui-ci vise à faciliter la mise à l'activité physique des personnes souffrant d'affection de longue durée (ALD), d'obésité ou d'hypertension artérielle (HTA).

Les structures **PRESCRIFORME**, vers lesquelles le médecin traitant vous orientera, par l'ARS et de la DRJSCS d'Île-de-France sont reconnues pour une prise en charge sécurisée et délivrée par des professionnels formés.



## Rôles des structures PRESCRI'FORME

### Les centres Prescri'Forme

Ces structures expertes sont agréées pour **la prescription** après **évaluation** des pathologies médicales et des capacités physiques pour les situations complexes.

### Les programmes « passerelle »

Ces programmes permettent **l'accompagnement** dans la reprise d'une activité physique adaptée et régulière. Ils s'adressent aux patients dont l'état de santé ou la motivation rendent difficile une orientation directe vers un club.

Ces programmes individualisés, limités dans le temps (~3 mois), renforcent la confiance et l'autonomie des patients.

### Les clubs Prescri'Forme

Pour pratiquer une activité physique adaptée et **sécurisée** dans le cadre d'une prescription médicale.

## En complément du dispositif PRESCRI'FORME

### Les clubs « Sport Santé »

Pour pratiquer durablement une activité physique encadrée, ludique et adaptée en dehors du cadre de la prescription.

### Un site internet :

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

### Vous y trouverez :

- Les centres **PRESCRI'FORME**
- Les clubs « **PRESCRI'FORME** »
- Les maisons sport santé
- Les clubs « Sport Santé »





## Les bénéfices de l'activité physique sur la santé

### L'activité physique protège votre santé

- Elle diminue le risque de maladies cardio-vasculaires et d'hypertension artérielle.
- Elle diminue le risque de développement de certains cancers.
- Elle diminue le risque de diabète de type 2.
- Elle diminue le risque d'ostéoporose.
- Elle limite la prise de poids.
- Elle diminue le taux de graisses dans le sang tout en augmentant le « bon » cholestérol.

### L'activité physique améliore la condition physique

- Elle augmente la force musculaire.
- Elle améliore la souplesse, l'équilibre et la coordination.
- Elle améliore les fonctions cardiaques et respiratoires.
- Elle aide à lutter contre le mal de dos.
- Elle permet de rester physiquement plus autonome avec l'âge.

### L'activité physique permet d'être en forme

- Elle améliore la qualité de vie.
- Elle favorise la résistance à la fatigue.
- Elle diminue l'anxiété et la dépression.
- Elle aide à se relaxer et à être plus détendu.
- Elle améliore la qualité du sommeil.

Elle favorise la rencontre entre amis et les activités en famille.





# ESPACE MÉDECIN

## Fiche de prescription

• **Nom du patient** \_\_\_\_\_

• **Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**  
pendant ..... à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

• **Préconisations d'activité physique adaptée et recommandations**  
\_\_\_\_\_

• **Précautions particulières sur**

- appareil locomoteur \_\_\_\_\_
- cardio-vasculaire \_\_\_\_\_
- cutané et infectieux \_\_\_\_\_
- chute et risque de fracture \_\_\_\_\_
- autres \_\_\_\_\_

• **Type d'intervenant(s)** appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'article D.1172-2 du Code de la santé publique\*, le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire\*\* : \_\_\_\_\_

• **Document remis au patient** oui  non

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

• **Lieu** \_\_\_\_\_

• **Date** \_\_\_\_\_

• **Signature**

\* Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.

\*\* Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit par arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

## Certificat d'absence de contre-indication

• Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné (e) ce jour M/ Mme-----

----- Né(e) le | | | | | | | | | |

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indications :

○ à la pratique des activités sportives suivantes

---

---

---

---

---

- à la pratique de toutes les activités physiques et/ou sportives adaptées intégrées au dispositif Prescri'Forme

• **Lieu** \_\_\_\_\_

• Date | | | | | | | |

cachet professionnel

- **Signature**



4

## Remarques diverses en lien avec la pratique d'activité physique adaptée

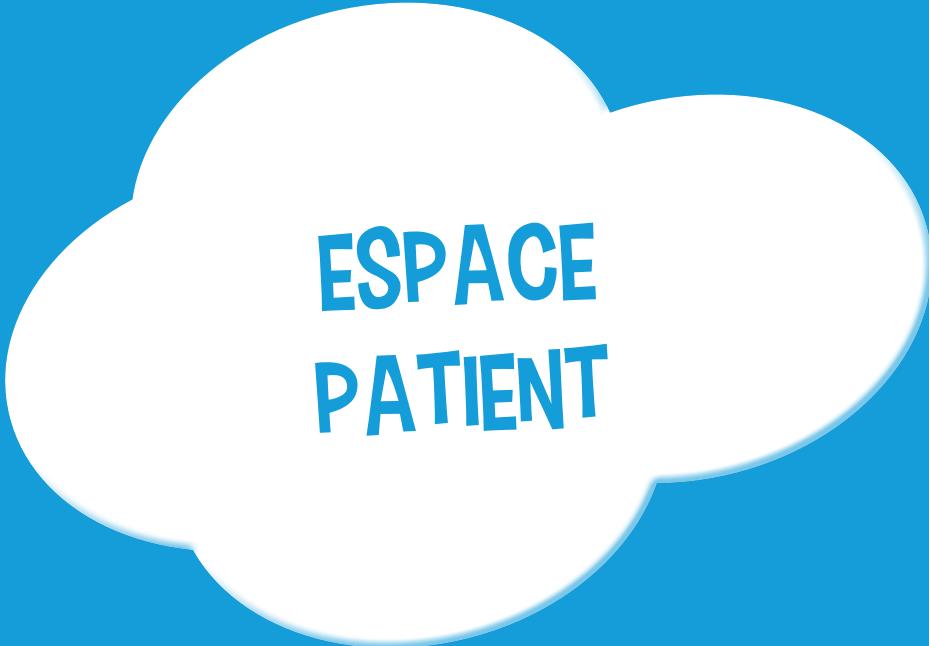




## Incidents liés à la pratique physique adaptée

A yellow sun icon with three rays is positioned in the top-left corner of the page. The rest of the page is filled with 10 sets of horizontal lines for handwriting practice, consisting of a solid top line, a dashed midline, and a solid bottom line.





ESPACE  
PATIENT



## Mon activité physique & ma sédentarité

### Définitions de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS)

- **Activité physique** : mouvement corporel produit par la contraction de muscles squelettiques en générant une dépense énergétique (DE) supérieure à celle au repos.

- **Inactivité physique** : non atteinte des recommandations en activité physique (AP).

- **Sédentarité** : comportement en période éveillée générant une DE proche de la DE au repos (= temps passé assis dans la journée : au travail, dans les transports, lors des loisirs, devant un écran).

- **Recommandations :**

recommandations d'activité physique selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : cumuler au moins 150 minutes d'AP modérée par semaine ou 25 minutes d'AP vigoureuse trois jours par semaine.

**La sédentarité est délétère pour la santé même pour ceux qui pratiquent une activité physique régulière**

- Vous pouvez vous faire aider par votre éducateur sportif
- Interrompez dès que vous pouvez les périodes de sédentarité, en vous levant, en marchant quelques pas ou en réalisant quelques exercices.



## Mesurez votre sédentarité

### • Niveau de sédentarité sur 12 semaines :

Relevez le nombre d'heures (en dehors du sommeil) passées à une dépense énergétique proche de celle du repos (lecture, écrans, activité assise ou allongée...).

#### Séentarité initiale

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	TOTAL
Nombre d'heures de séentarité								
Nombre d'heures de sommeil								

#### Après 1 mois de pratique d'APA

Nombre d'heures de séentarité								
Nombre d'heures de sommeil								

#### Après 2 mois de pratique d'APA

Nombre d'heures de séentarité								
Nombre d'heures de sommeil								

#### Après 3 mois de pratique d'APA

Nombre d'heures de séentarité								
Nombre d'heures de sommeil								





## Agenda d'activité physique

- Renseignez dans le tableau les activités physiques dépassant 10 minutes consécutives que vous faites, à une intensité perçue comme modérée à élevée (ou activant au moins une respiration plus rapide qu'au repos).

Sur une semaine représentative avant le programme, puis à 1, 2 et 3 mois.

### Activité physique AVANT PROGRAMME

Date :

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Mardi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Mercredi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Jeudi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Vendredi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Samedi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Dimanche				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Total					

- Pratiquer 2h30 d'activité physique adaptée à une intensité modérée par semaine diminue la mortalité de 19% (Woodcock et al. 2011).

#### Concernant la sédentarité :

- Entre 4 et 8h de temps quotidien passé en position assise, chaque heure supplémentaire passée en position assise agraverait la mortalité de 2%.
- A partir de 8h quotidiennes passées en position assise: chaque heure supplémentaire augmenterait la mortalité de 8% (ANSES, 2016).

### Activité physique adaptée APRÈS 1 MOIS de mise en œuvre du programme

Date :

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😊 😕	😊 😊 😕
Mardi				😊 😊 😕	😊 😊 😕
Mercredi				😊 😊 😕	😊 😊 😕
Jeudi				😊 😊 😕	😊 😊 😕
Vendredi				😊 😊 😕	😊 😊 😕
Samedi				😊 😊 😕	😊 😊 😕
Dimanche				😊 😊 😕	😊 😊 😕
Total					
Objectifs					



## Agenda d'activité physique (suite)

Activité physique adaptée APRÈS 2 MOIS de mise en œuvre du programme  
Date :

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😐 😒	😊 😐 😒
Mardi				😊 😐 😒	😊 😐 😒
Mercredi				😊 😐 😒	😊 😐 😒
Jeudi				😊 😐 😒	😊 😐 😒
Vendredi				😊 😐 😒	😊 😐 😒
Samedi				😊 😐 😒	😊 😐 😒
Dimanche				😊 😐 😒	😊 😐 😒
Total					
Objectifs					

**Activité physique adaptée APRÈS 3 MOIS de mise en œuvre du programme**  
**Date :**

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Mardi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Mercredi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Jeudi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Vendredi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Samedi				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Dimanche				😊 😐 😕	😊 😐 😕
Total					
Objectifs					



## Consignes de bonnes pratiques<sup>1</sup>

- Parce qu'une activité physique ne se pratique pas sans précautions, nous vous recommandons de....

1. Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou tout essoufflement anormal survenant à l'effort\*.
2. Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort.\*
3. Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort.\*
4. Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 mn lors de mes activités sportives.
5. Je bois 3 ou 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition.
6. J'évite les activités intenses par des températures extérieures en-dessous de -5°C ou au-dessus de +30°C et lors des pics de pollution.
7. Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précédent ou qui suivent la pratique d'une activité sportive.
8. Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général.
9. 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).
10. Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et de 45 ans pour les femmes.



\* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique. « Le sport absolument, mais pas n'importe comment ». Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport.

Ces 10 réflexes en or s'appuient sur les **10 règles d'or édictées par le Club des Cardiologues du sport.**

Elles reposent sur 3 principes :

- Faire attention à sa santé,
- Respecter certaines consignes simples et de bon sens lorsqu'on fait du sport,
- Surveiller les signaux anormaux et ne pas hésiter à aller consulter son médecin.

Les accidents cardiaques survenant lors de la pratique sportive ne sont pas rares. Ils constituent la majeure partie des accidents sportifs graves, responsables de 1200 à 1500 cas par an de mort subite (non traumatique) sur notre territoire.



1- Source : <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/pratique-securite/10-reflexes-en-or/>





## Données personnelles

Les informations personnelles collectées sur le site prescri'forme.fr font l'objet d'un traitement réalisé sous la responsabilité conjointe de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale d'Ile-de-France et de la société Sereniteam, aux fins suivantes :

- la gestion du module d'aide à la prescription d'une activité physique adaptée par les Médecins ;
- la détermination de leur bilan médical par les Patients pour établir leur « coefficient autonomie activité physique » ;
- la création et gestion de questionnaires de santé pour les Patients ;
- la création et gestion du dossier médical numérique du Patient ;
- la création de compte-rendu d'examen du Patient ;
- la délivrance et le renouvellement du certificat d'absence de contre-indication ;
- la délivrance d'une prescription d'activité physique ;
- la gestion de la facturation des Médecins ;
- la réalisation d'études anonymisées à des fins de recherches ayant pour but de d'évaluer l'impact de l'activité physique sur la santé.

Outre le droit de porter réclamation devant l'autorité compétente, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, d'un droit à la portabilité et à l'effacement de vos données, ainsi que d'opposition aux traitements ou à leur limitation et, enfin, du droit de définir des directives post-mortem. Pour cela, il vous suffit de nous écrire à l'une des adresses suivantes :

DRJSCS  
6-8 Rue Eugène Oudiné,  
75013 PARIS  
drjscs-polesport@jscs.gouv.fr

SERENITEAM  
17 Rue Henri Bocquillon,  
75015 PARIS  
vb@monbilansportsante.fr



ESPACE  
ÉDUCATEUR SPORTIF  
RÉFÉRENT



## Évaluation de la condition physique et de la motivation

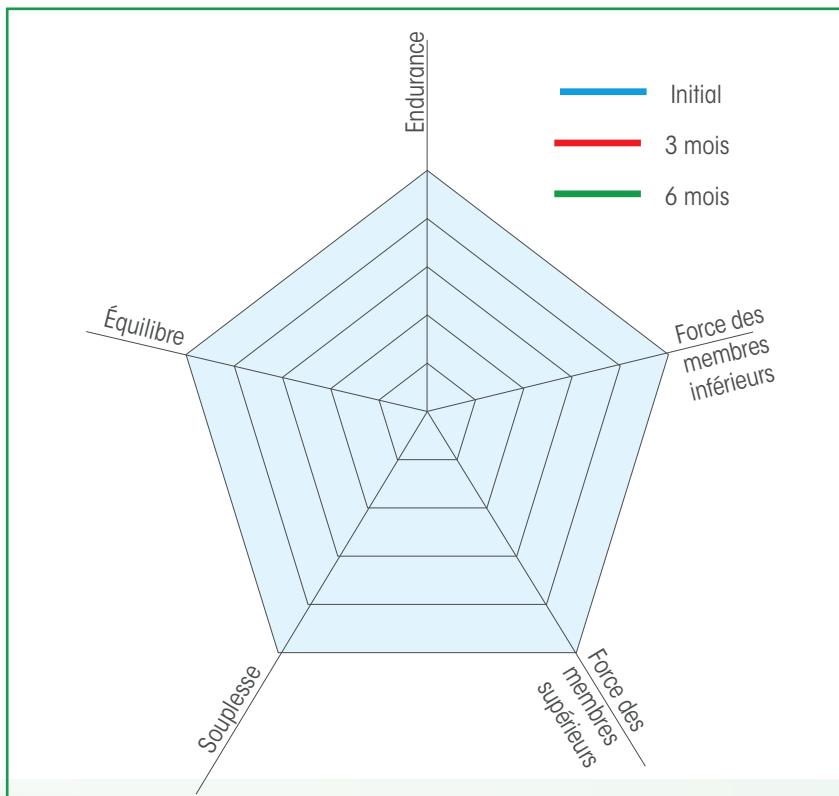
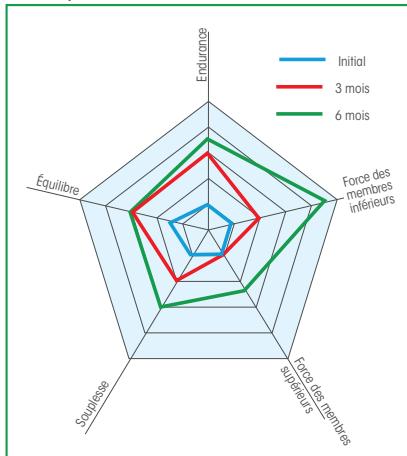
• Nom de l'évaluateur .....

.....

• Lieu de l'évaluation .....

Suivi préconisé ou prescrit par le médecin traitant		Initial	3 mois	6 mois	1 an	2 ans
Capacité testée	Test	Résultats				
Endurance	Marche 6 min	Distance parcourue (mètres)				
		Ressenti (entourez le ressenti)				
Force	Test de la chaise	😊	😊	😊	😊	😊
		😊	😊	😊	😊	😊
	Grip test	😊	😊	😊	😊	😊
Souplesse	Fit & reach	Temps				
		Ressenti (entourez le ressenti)				
Équilibre	Équilibre sur 1 pied	😊	😊	😊	😊	😊
		😊	😊	😊	😊	😊
		Pression en N ou poids en kg				
Souplesse	Fit & reach	Distance en cm				
		Temps en secondes				
Équilibre	Équilibre sur 1 pied					

## Exemple





## Notes

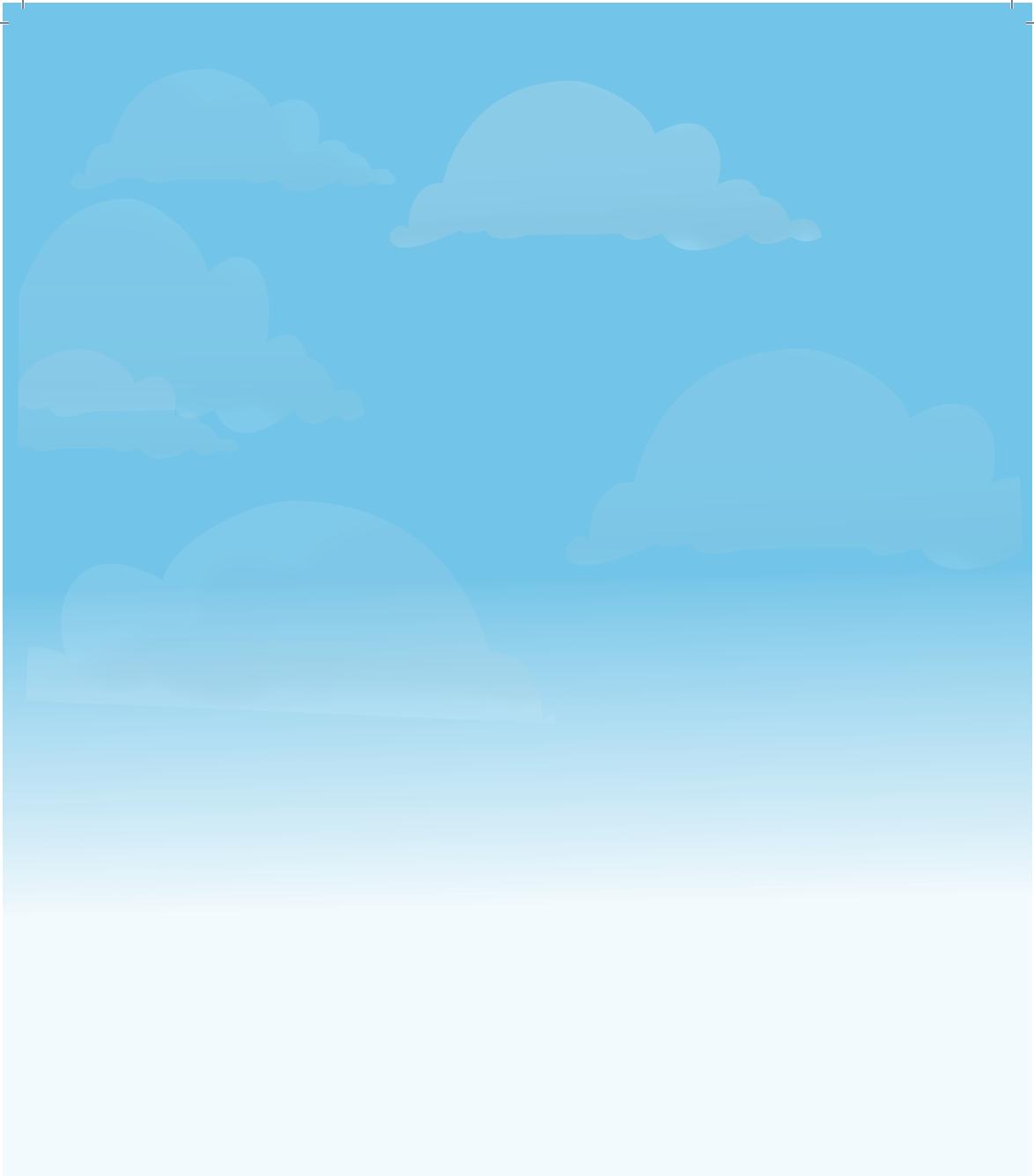
A yellow sun icon with three rays is positioned in the top-left corner of the page. The rest of the page is filled with 10 sets of horizontal lines for handwriting practice, consisting of a solid top line, a dashed midline, and a solid bottom line.





## Notes





Réalisation graphique : **Pierre Fabre**