

Date :/...../..... Nom et prénom du patient :

Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée de :

(La durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable ⁽¹⁾, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent ⁽²⁾ :

(type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité)

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique.

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? ⁽³⁾ : ☒ NON ☐ OUI (si oui, laquelle)

Signature
du médecin :

(1) Article D. 1172-2 du CSP. Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée.

(2) Se référer au site de la Haute Autorité de santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante.

(3) Art. D. 1172-2-1. CSP : avec l'accord du patient, le masseur-kinésithérapeute peut, sauf indication contraire du médecin, renouveler une fois la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée à l'échéance de la durée de celle-ci ou du nombre de séances prescrites ou l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée, sur le formulaire spécifique prévu à l'article D. 1172-2, aux conditions suivantes :

1° Le compte rendu et les bilans mentionnés à l'article D. 1172-5 ne rapportent pas de difficulté ou de risque dans la pratique de l'activité physique adaptée susceptible de nuire à la santé du patient ;

2° Le médecin intervenant dans la prise en charge n'a pas émis d'indication contraire en amont ou en aval de la transmission du compte rendu et des bilans mentionnés à l'article D. 1172-5

Le renouvellement de la prescription médicale par le masseur-kinésithérapeute tient compte des propositions relatives à la poursuite de l'activité figurant dans ce compte rendu et les bilans susmentionnés ou l'adapte aux besoins du patient.

Le masseur-kinésithérapeute porte sur l'original du formulaire spécifique de prescription, présenté par le patient, le renouvellement ou l'adaptation qu'il réalise en apposant les indications suivantes :

a) Son identification complète : nom, prénom et numéro d'identification ;

b) La mention « Renouvellement / Adaptation (le cas échéant) de prescription médicale d'activité physique adaptée » ;

c) La date à laquelle le masseur-kinésithérapeute effectue ce renouvellement ou cette adaptation, et sa signature

L'original est remis au patient. Le masseur-kinésithérapeute en informe le médecin prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises.

(4) Art. D. 1172-2-1. CSP.

OUTIL D'AIDE À LA DÉTERMINATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

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 mon sport santé PACA)

FONCTIONS LOCOMOTRICES (NEUROMUSCULAIRE, OSTEOARTICULAIRE, ENDURANCE À L'EFFORT MARCHÉ, 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 mn inférieure à 150 mètres,
- **FONCTIONS CÉRÉBRALE SET 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 kinésithérapique et gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive). Les patients **AVEC LIMITATION FONCTIONNELLE SÉVÈRE** pourront être orientés, en fonction du bilan effectué en fin de cycle par le professionnel de santé et en concertation avec le médecin traitant, vers un enseignant en activité 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/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017

ATTENTION, CET OUTIL N'EST QU'UNE AIDE À LA DÉCISION. IL APPARTIENT AU MÉDECIN D'IDENTIFIER LA LIMITATION FONCTIONNELLE DE SON PATIENT.

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

1 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 A.L.D.