

# CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE<sup>1</sup>

Je soussigné(e) ..... Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné Mme/M. (lettres 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.

Je prescris à Mme/M..... une 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  équilibre  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 (voir au dos si nécessaire) :

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aucune                   | Minime                   | Modérée                  | Sévère                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Dénomination de la pratique sportive** (si demandée) :

**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 efforts en ambiance froide, éviter efforts statiques intenses, contrôler l'intensité pour ne pas dépasser une intensité modérée, traitements à prendre en compte...)

Remis en main propres au patient, le

Signature et cachet :

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

<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.

# 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

*Attention, cet outil n'est qu'une aide à la décision.  
Il appartient au médecin d'identifier la limitation fonctionnelle de son patient.*

### 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 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 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](#)

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 ALD.