CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Certificat médical

LE CERTIFICAT MÉDICAL POUR LE SPORT, ÇA BOUGE !

Les dispositions du code du sport relatives au certificat médical ont été modifiées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ainsi que par le décret n°2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

Vous trouverez aux articles L. 231-2 à L. 231-2-3 et aux articles D. 231-1-1 à D. 231-1-5 l'ensemble de ces dispositions.

L'OBTENTION DE LA LICENCE

L'obtention d'une licence d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical.

Ce certificat médical permet **d'établir l'absence de contre-indication** à la pratique du sport et mentionne, s'il y a lieu, la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée. Il peut ne porter que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

Si la licence sollicitée ouvre droit à la participation à des compétitions le certificat médical doit mentionner spécifiquement l'absence de contre-indication de la pratique du sport ou de la discipline concernée **en compétition.**

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Exception : les fédérations sportives scolaires
L'obtention ou le renouvellement d'une licence dans une fédération sportive scolaire ne nécessite pas de présentation d'un certificat médical

Cette exception ne concerne pas la pratique des disciplines à contraintes particulières dans ces fédérations (pas d'exception).

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

LE RENOUVELLEMENT DE LA LICENCE

Le renouvellement d'une licence s'entend comme la délivrance d'une nouvelle licence, sans discontinuité dans le temps avec la précédente, au sein de la même fédération.

- **Fréquence de présentation d'un certificat médical tous les 3 ans pour les licences « compétition »**

La présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication est exigée tous les trois ans, c'est-à-dire lors d'un renouvellement de licence sur trois.

LICENCE									
Obtention	Renouvellements								
Année N	Année N + 1	Année N + 2	Année N + 3 **(renouvellement triennal)**	Année N + 4	Année N + 5	Année N + 6 **(renouvellement triennal)**	Année N + 7	Année N + 8	**Année N + 9 (renouvellement triennal)**
Certificat médical	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé	**Certificat médical**	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé	**Certificat médical**	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé	**Certificat médical**

- **À minima tous les 3 ans pour les licences « loisir »**

Une licence « loisir » est une licence qui n'ouvre pas droit à la participation aux compétitions sportives.

La fréquence de présentation d'un certificat médical pour le renouvellement de la licence « loisir » est fixée à au moins 3 ans par les fédérations, après consultation de leur commission médicale.

C'est le sens de la simplification introduite, à la demande du mouvement sportif, par le décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016 modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa N°15699*01

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

FFBB

DEMANDE DE LICENCE: Création Renouvellement

Comité Départemental : **N° Affiliation du Club :** **Nom du Club :**

IDENTITE

N° de licence *(si déjà licencié) : .....
NOM* : ..... SEXE*: : F : M
PRENOM*..... TAILLE(1) : ..... CM
DATE DE NAISSANCE* : ....
NATIONALITE*(majeurs uniquement) : .....
ADRESSE : .....
CODE POSTAL : ..... VILLE* : .....
TELEPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE .....
E-MAIL* : .....

Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales.
Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, des offres commerciales.

FAIT LE : ..... /..... /.....

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

Tampon et signature du Président du club :

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.
*Mentions obligatoires

PRATIQUE SPORTIVE (*type de licence souhaitée*) :

En souscrivant une licence, je reconnais que la FFBB, ses organismes déconcentrés et les clubs peuvent être amenés à capter et utiliser mon image dans le cadre de la promotion et du développement du Basketball, à l'occasion de manifestations sportives à des fins non commerciales.

1ère famille*	2nde famille *(optionnelle)*	Catégorie	Niveau de jeu*
Joueur Compétition 3x3 Loisir Entreprise	Technicien Officiel Dirigeant	U..... Senior	.....
Technicien		Non diplômé Diplômé Fédéral Diplômé d'Etat	
Officiel		Arbitre OTM Commissaire Observateur Statisticien	
Dirigeant		Elu Accompagnateur Salarié	

CHARTE D'ENGAGEMENT** ***(à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualificatif au championnat de France)

J'atteste par la présente avoir rempli et signé la charte d'engagement afin d'évoluer en :

Championnat de France
Championnat Qualificatif au Championnat de France

*Mentions obligatoires

CERTIFICAT MEDICAL *(à remplir par le médecin)*

Je soussigné, Docteur .....certifie avoir examiné M / Mme / Melle ..... et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant :
- la pratique du sport en compétition ou du basket en compétition*
- la pratique du sport ou du basket*.

FAIT LE ...../...../..... **A** .....

Signature du médecin : Tampon :

*Rayer la mention inutile

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL *(à remplir par le licencié)*

J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou du Basket.

FAIT LE ...../...../..... **A**.....

Signature du licencié :

SURCLASSEMENT *(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)*

M/Mme/Melle ..... peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la règlementation en vigueur au sein de la FFBB.

FAIT LE ...../...../..... **A** .....

Signature du médecin : Tampon :

Dopage *(joueur mineur uniquement)* :

Par la présente, je soussigné(e) .....représentant légal de ....., pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB, autorise tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive lors d'un contrôle antidopage. Je reconnais avoir pris connaissance qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entrainer des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire représentant légal :

INFORMATION ASSURANCES :

*(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)*

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : ..... PRÉNOM : .....

Reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties Individuelle Accident (Accord collectif n° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civil (Contrat n° 410015EP / MAIF) ci-annexées et consultables sur www.ffbb.com, conformément aux dispositions du Code du Sport et à l'article L141-4 du code des Assurances, ainsi que des garanties individuelles complémentaires proposées par la MDS.

Souhaite souscrire à l'une des options Individuelle Accident et coche la case correspondant l'option choisie :

Option A, au prix de 2,98 euros TTC.
Option B, au prix de 8,63 euros TTC.
O Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 3,48 € TTC (= A+).
Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € TTC (= B+).

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles (= N)

Reconnais avoir reçu l'information de mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-Ball

Fait à _____ le ____/____/_____
Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal) :
« Lu et approuvé »

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut aux héritiers légaux.

SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 août 2004, les personnes ayant fourni des informations personnelles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression de ses données qu'il peut exercer directement auprès de l'organisme compétent pour l'enregistrement de sa licence.

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

LES DISCIPLINES A CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Les disciplines qui figurent ci-dessous sont des **disciplines à contraintes particulières** :

1° Les disciplines sportives qui s'exercent dans un environnement spécifique :
a) **L'alpinisme** ;
b) La **plongée** subaquatique ;
c) La **spéléologie** ;
2° Les **disciplines sportives**, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par **K-O** (Ex : Boxe anglaise) ;
3° Les **disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu** ou à air comprimé (Tir, Ball-trap, Biathlon) ;
4° Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur, à l'exception du modélisme automobile radioguidé (**Sport auto, karting et motocyclisme**) ;
5° Les disciplines sportives **aéronautique** pratiquées en compétition, à l'exception de l'aéromodélisme (Ex : Voltige aérienne) ;
6° Le parachutisme ;
7° Le **rugby** à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII.

Pour ces disciplines, la délivrance ou le renouvellement de la licence sont soumis à la production d'un certificat médical datant de moins d'un an.

Ce certificat médical :

- établit l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée ;
- est subordonnée à la réalisation d'un examen médical spécifique dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et des sports du 24 juillet 2017.

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS

Principe : L'inscription à une compétition sportive est subordonnée à la présentation d'une licence dans la discipline concernée.
Exception : A défaut de présentation de cette licence, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre- indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés en compétition.

Cette obligation de présentation d'un certificat médical ne concerne que les compétitions autorisées par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée.

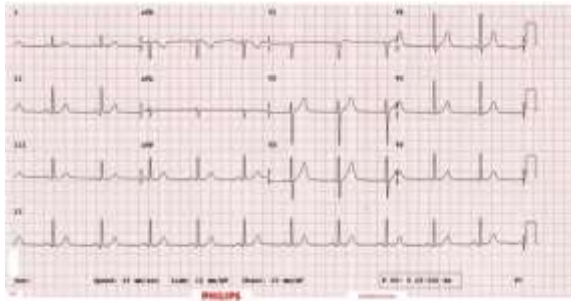
CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

S'attendre à tout…

Donc examen clinique +++

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Examen et CACI



- Interrogatoire: ATCD familiaux

- Examen clinique et ECG :
  - *Attention aux patients à risques*

- Modalités de pratiques en général
  - Certificat et Ordonnance
    - » Conseils
    - » <= Recommandations SFMES

Société Française de Médecine du Sport

FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE D'UN SPORT

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur

Nom : ..... Prénom : .....
Date de naissance : ..... Sport pratiqué : .....

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? ..... non ..... oui
Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour traumatisme crânien ..... non..... oui
perte de connaissance ..... non..... oui
épilepsie ..... non..... oui
crise de tétanie ou spasmophilie..... non..... oui
Avez-vous des troubles de la vue ? ..... non ..... oui
si oui, portez-vous des corrections : ..... lunettes..... lentilles
Avez-vous eu des troubles de l'audition ..... non..... oui
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre..... non..... oui
Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :

Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'age de 50 ans	Oui	Non
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)	Oui	Non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance	Oui	Non
Douleur thoracique	Oui	Non
Palpitations (*cœur irrégulier*)	Oui	Non
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Oui	Non
Avez-vous		
Une maladie cardiaque	Oui	Non
Une maladie des vaisseaux	Oui	Non
Été opéré du cœur ou des vaisseaux	Oui	Non
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Oui	Non
Une hypertension artérielle	Oui	Non
Un diabète	Oui	Non
un cholestérol élevé	Oui	Non
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres)	Oui	Non
Une infection sérieuse dans le mois précédent	Oui	Non

Avez-vous déjà eu :
- un électrocardiogramme ..... non ..... oui
- un échocardiogramme ..... non ..... oui
- une épreuve d'effort maximale ..... non ..... oui

Avez-vous déjà eu ?
- des troubles de la coagulation ..... non ..... oui

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ?..... (le joindre si possible)
Fumez-vous ? ..... non ..... oui,
si oui, combien par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....

Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) non oui
- des allergies cutanées ..... non ..... oui
- des allergies à des médicaments ..... non ..... oui
si oui, lesquels .....

Prenez-vous des traitements
- pour l'allergie ? (si oui, lesquels)..... non ..... oui
- pour l'asthme ? (si oui, lesquels)..... non ..... oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites..... non ..... oui
Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire)... non ..... oui
Avez-vous déjà eu ?
- des problèmes vertébraux : ..... non ..... oui
- une anomalie radiologique : ..... non ..... oui

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)
- une luxation articulaire ..... non ..... oui
- une ou des fractures..... non ..... oui
- une rupture tendineuse ..... non ..... oui
- des tendinites chroniques ..... non ..... oui
- des lésions musculaires ..... non ..... oui
- des entorses graves..... non ..... oui

Prenez-vous des médicaments actuellement, ... non ..... oui
Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement..... non ..... oui
Avez-vous une maladie non citée ci-dessus.....
Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio non oui Hépatite non oui Autres, précisez :…… .....
Avez-vous eu une sérologie HIV : non ..... oui

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

À quel âge avez-vous été réglée ? .....
Avez-vous un cycle régulier ? ..... non ..... oui
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? ..... non ..... oui
Combien de grossesses avez-vous eu ?.....
Prenez-vous un traitement hormonal ? ..... non ..... oui
Prenez-vous une contraception orale ? ..... non ..... oui
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?..... non ..... oui
Suivez-vous un régime alimentaire ?..... non ..... oui
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? ..... non ..... oui
Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?..... non ..... oui
Avez-vous une affection endocrinienne ?..... non ..... oui
Si oui, laquelle ? .....
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? .....

Je soussigné(parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus
Nom : ---------- Date ----------
Signature

Société Française de Médecine du Sport

FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE À LA PRATIQUE D'UN SPORT

Document à conserver par le médecin examinateur

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : ....
Tél. : ..... Date de naissance : .....Âge :.....
Club ou structure: ..... Discipline pratiquée : .....
Niveau de pratique…….Titres ou classement……..
Heures d'activités physiques par semaine : …….
Scolarité……objectifs sportifs……
CARNET de SANTÉ présenté : oui- non
SAISON PRÉCÉDENTE
Maladies :..... Traitements :.....
Traumatismes :.....
Période(s) d'arrêt :…….
Vaccinations : DTP ou autre ....
HB..... .....AUTRES……..
VISION OD ..... OG.....Corrections..... lunettes lentilles
MORPHOLOGIE
Taille :..... Poids : ..... IMC:.....
Stade pubertaire :..... …… N cycles/an .....
RACHIS : S fonctionnels :……. Cyphose : ……Scoliose :……. Lordose :……
DDS :…….. Lasègue actif :..... Talon- fesse en procubitus :…….
Membres supérieurs.. ....
Membres inférieurs : .....……
État musculaire :……
État tendineux : ……
Signes fonctionnels ostéo-articulaires :……
APPAREIL CARDIOVASCULAIRE
Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout)
Palpation des fémorales
Signes cliniques de syndrome de Marfan
Mesure de la Pression artérielle aux deux bras (position assise)
Facteurs de risque : .....
Signes fonctionnels : .....
Fréquence cardiaque de repos :..... :…… .....
ECG si nécessaire: ....
Test d'effort si nécessaire
APPAREIL RESPIRATOIRE
Perméabilité nasale : ....
Auscultation : ....Asthme :..... .....
ÉTAT DENTAIRE ET ORL
....
BILAN PSYCHOLOGIQUE :

OBSERVATIONS– CONCLUSION : .....

Société Française de Médecine du Sport

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE D'UN SPORT

Nom : ..... Prénom : .....
Date de naissance :.....

Pas de contre indication apparente

Certificat délivré pour :

Sports contre indiqués : ***Contre indication temporaire :***

Bilan complémentaire demandé :

NB : en cas de contre indication temporaire ou définitive, rédiger une dispense de sport scolaire(si nécessaire) en double, contresigné par le patient ou le représentant légal.

Le : .....
.....
.....

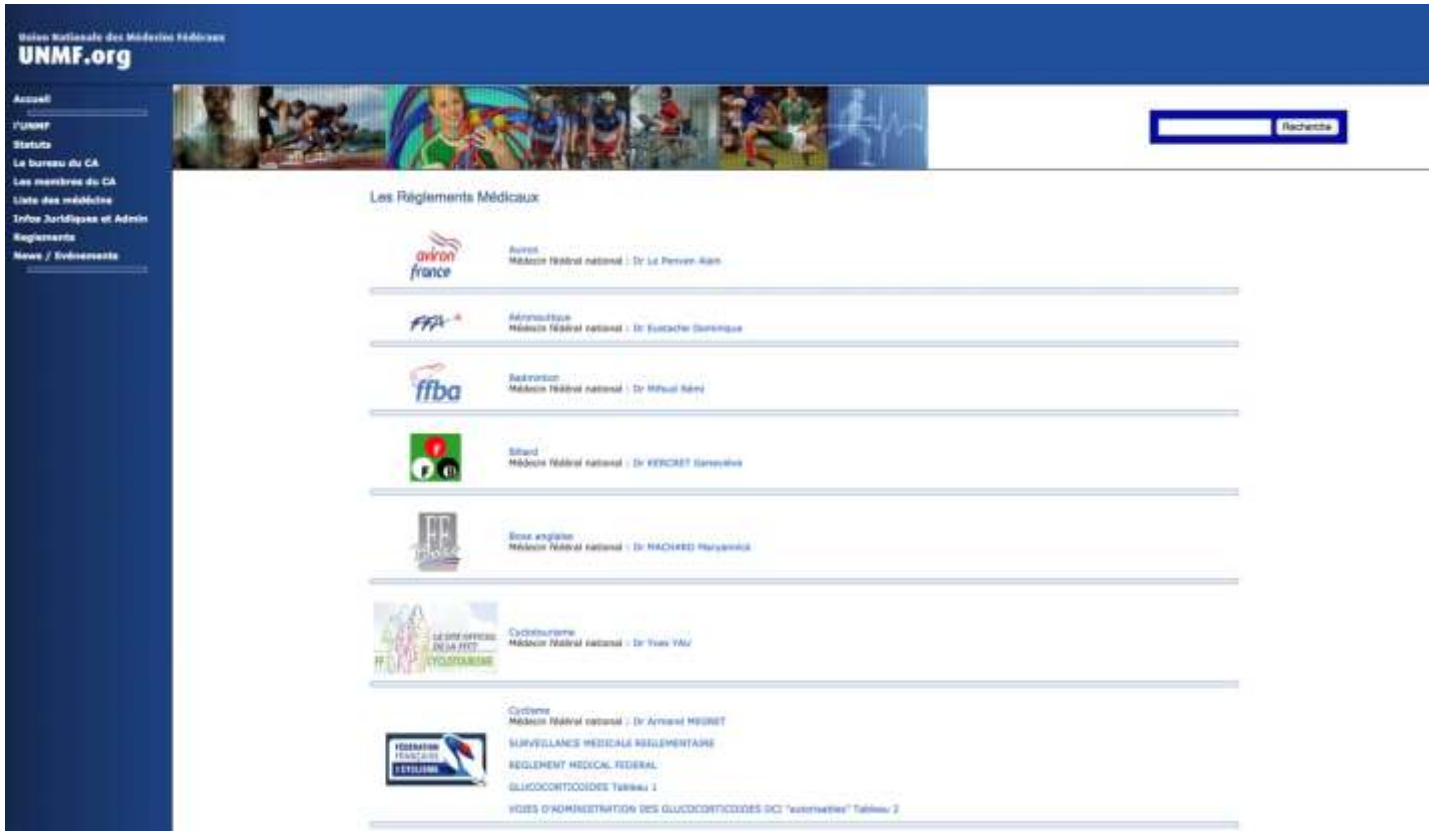
..... signature :

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

- http://www.certifmed.fr/certificat-7-48-i.html

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

- Unmf.org/reglements.htm



PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

POURQUOI ET COMMENT ?

Dr Bruno Burel brunoburel@polesantesport.fr
Dr Thierry Drevon tdrevon@gmail.com

Prescription d'activité physique adaptée

ONAPS
Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TAB2017.pdf

Chaque année : tableau de bord comprenant :

- des données générales sur les thématiques
- en lien avec l'activité physique et la sédentarité,
- illustrées par des graphiques, cartes et tableaux
- attention particulière portée aux inégalités sociales.

ÉTAT DES LIEUX
DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
ET DE LA SÉDENTARITÉ EN FRANCE

ÉDITION 2017

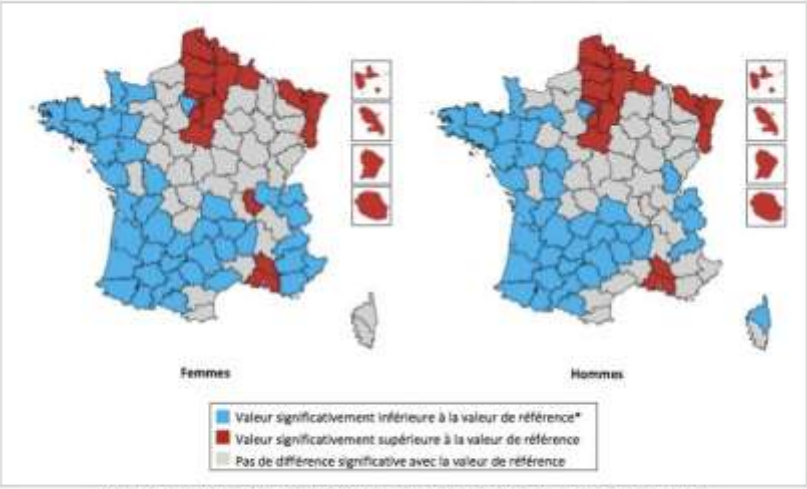
L'**édition 2017** rassemble près de **200 indicateurs**

- activité physique,
- sédentarité,
- transports actifs,
- pratique sportive,
- surcharge pondérale
- > avec les différentes pathologies **en lien avec l'activité physique et la sédentarité**.

Prs Martine Duclos, Jean François Toussaint et François Carré

Prescription d'activité physique adaptée

Figure 66 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour diabète de type 2 en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)



*Valeur de référence : 192,5 pour 100 000 femmes et 298,6 pour 100 000 hommes en France hexagonale
Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

DIABÈTE DE TYPE 2

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur le diabète de type 2

À retenir

- La **prévalence globale du diabète** s'élève à près de **5% de la population** mais avec sans doute une sous-estimation importante.
- Le **diabète de type 2** constitue **90% des cas**.
- La **prévalence** est **en augmentation.**
- La **sédentarité**, le surpoids et l'obésité **augmentent le risque** de développer la maladie.
- L'**activité physique** (le plus souvent associée à un régime) est **efficace pour prévenir** l'apparition du diabète de type 2 chez des sujets à risque.

Prescription d'activité physique adaptée

JORF n°0304 du 31 décembre 2016
Texte n°48

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 affection de longue durée

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81

du 3 mars 2017

relative à la mise en oeuvre 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.

Prescription d'activité physique adaptée

intervenants :

« 1° Les professionnels de santé, ***kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens***. *Cf annexe 2*

« 2° Les professionnels titulaires d'un **diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée**

« 3° Les professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un diplôme figurant sur la liste du code du sport ou enregistrés au **répertoire national des certifications professionnelles = éducateurs sportifs ;**

« 4° Les personnes qualifiées titulaires d'une **certification, délivrée par une fédération sportive** agréée…*cf annexe 1*

Cette prescription est établie par le médecin traitant sur un formulaire spécifique.

Prescription d'activité physique adaptée

ANNEXE 1 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

Tampon du Médecin	

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant ……, **à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.**

Préconisation d'activité et recommandations
……
…… ……
……
……
……
……
……

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 [1]), le cas **échéant,** dans le cadre **d'une équipe** pluridisciplinaire [2]:
……

Document remis au patient ☐

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 cachet professionnel

[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

[2] Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur 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)

Prescription d'activité physique adaptée

Prescription d'activité physique adaptée

« …Pour les **patients présentant des limitations fonctionnelles sévères** telles que qualifiées par le médecin prescripteur …, **seuls les professionnels de santé** …sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

Prescription d'activité physique adaptée

ANNEXE 2 : **limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée** au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie mentionnée à l'article D. 1172-3

1. **Fonctions locomotrices**

-Fonction neuromusculaire : Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien

-Fonction ostéoarticulaire : Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien

-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

2. **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

3-Fonctions sensorielles et douleur

-Capacité visuelle : Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier

-Capacité sensitive : Stimulations sensitives non perçues, non localisées

-Capacité auditive : Surdité profonde

-Capacités proprioceptives : Déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien

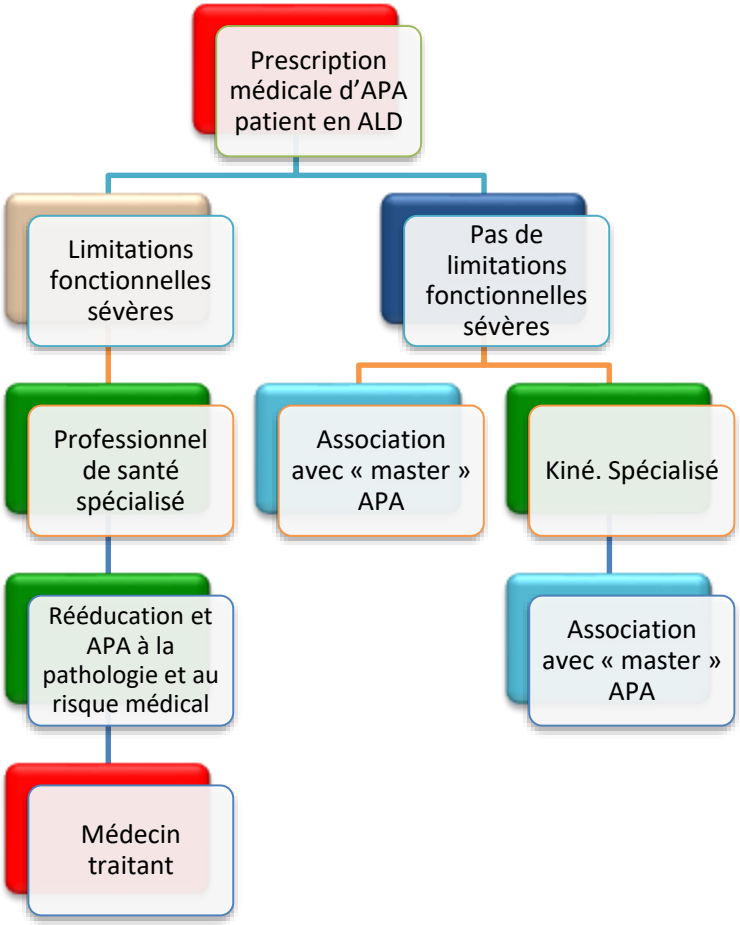
-Douleur : Douleur constante avec ou sans activité

Prescription d'activité physique adaptée

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations / Métiers	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+[1]	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+[1]	non concernés

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Arbre décisionnel



Prescription d'activité physique adaptée

ANNEXE 1 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

Tampon du Médecin	

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant ……, **à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.**

Préconisation d'activité et recommandations
……
…… ……
……
……
……
……
……

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 [1]), le cas **échéant,** dans le cadre **d'une équipe** pluridisciplinaire [2]:
……

Document remis au patient ☐

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 cachet professionnel

[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

[2] Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur 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)

Prescription d'activité physique adaptée

CONSIGNES

- Test de glycémie capilaire avant activité physique:
  - en présence d'une hypoglycémie (patients sous insuline ou sulfamides hypoglycémiants): resucrage 15 à 20 gr
  - en cas d'hyperglycémie importante > 2,5g: pas d'activité physique

- Soins des pieds:
  - attention aux cailloux dans les chaussures,
  - choix des chaussures,
  - protéger les deux pieds en cas de mal perforant plantaire ;
  - sur le fait de ne pas marcher pieds nus, attention aux coquillages et au sable chaud ;
  - prévention des mycoses et consultations de pédicurie

Prescription d'activité physique adaptée

CONSIGNES

- En cas de pratique d'une AP, emmener des glucides rapides (barre de céréale, pain, pâte de fruits, sucres emballés) à prendre en cas de signes d'hypoglycémie.

- En cas d'effort prolongé de plusieurs heures,
  - l'avant-dernier et le dernier repas doivent être plus riches en glucides d'absorption lente
  - 15 à 20 g de glucides d'absorption rapide sont disponibles toutes les 30 à 45 minutes pendant l'activité,
  - 20 à 30 g de glucides sont rajoutés au pique-nique et
  - un demi-litre d'eau est à consommer au minimum toutes les heures.

- Pour les efforts plus courts, on rajoute 15 à 20 g de glucides au repas précédent et de l'eau faiblement sucrée doit être bue régulièrement (200 mL toutes les demi-heures environ).

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

En rentrant chez vous !

CACI pour la première licence et tous les 3 ans sauf exceptions !

Pensez au questionnaire de Santé Sport

Prescription d'Activités Physiques Adaptées:

pas n'importe comment: formulaire

pas à n'importe qui: paramédicaux, EAPA …

L'ECG ….

CONCLUSION

ECG lors de la consultation du CACI ?

- Interrogatoire plus examen clinique bien conduit >> dépistage de 15% des anomalies détectables
- Avec un ECG de repos bien interprété >>> dépistage de 85% des anomalies détectables
- Aucune étude ne montre que sans ECG on peut diminuer le risque de mort subite
- Pr François CARRE

« PRIMUM NON NOCERE »

Hippocrate ?

Merci de votre patience et de votre attention !