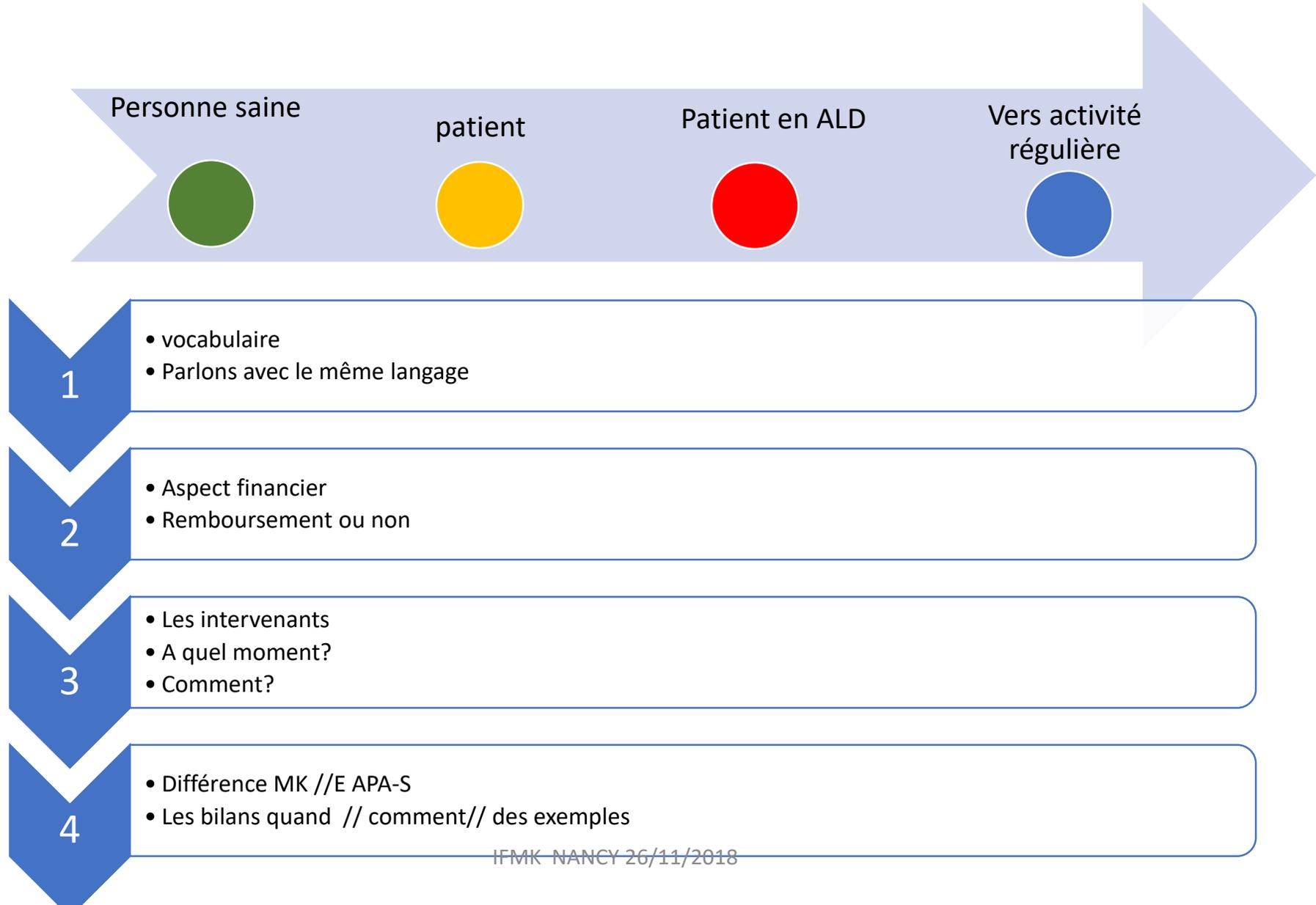
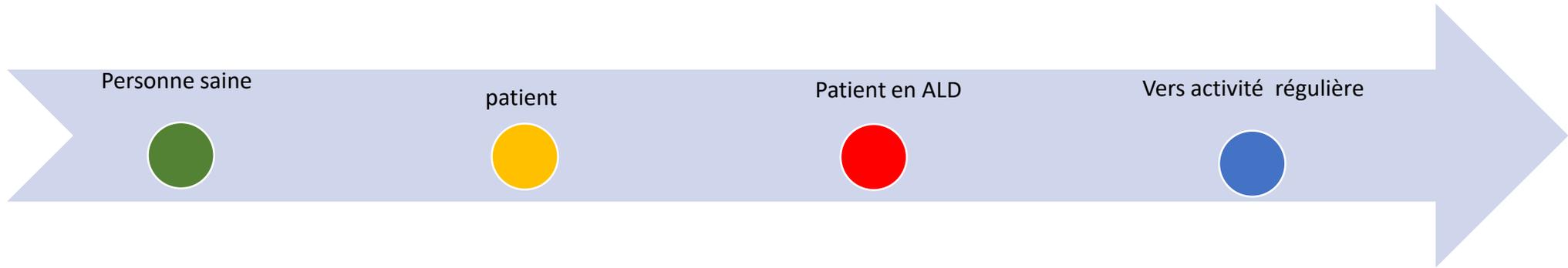


Activité Physique Adaptée





1

- vocabulaire
- Parlons avec le même langage



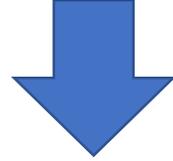
Prévention primaire : son but = diminuer l'incidence d'une maladie sur une population C.A.D. réduction des nouveaux cas // agir avant la maladie pour éviter son apparition



Prévention secondaire : son but = diminuer la prévalence d'une maladie dans une population // réduction de la durée de la maladie // agir au début de la maladie et éviter son développement

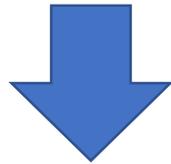
Prévention tertiaire : son but = diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population (réduction des invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie) // agir tout au de la maladie chronique et éviter les complications et récurrences

Sédentarité = temps cumulé assis pendant la période d'éveil (dépense énergétique = celle de repos)



Sédentarité = **> 7 heures** / 24H assis en dehors du temps de sommeil

Inactivité = niveau insuffisant d'Activité Physique (AP) d'intensité modérée à intense



Inactif = **< 150mn** d'AP /semaine

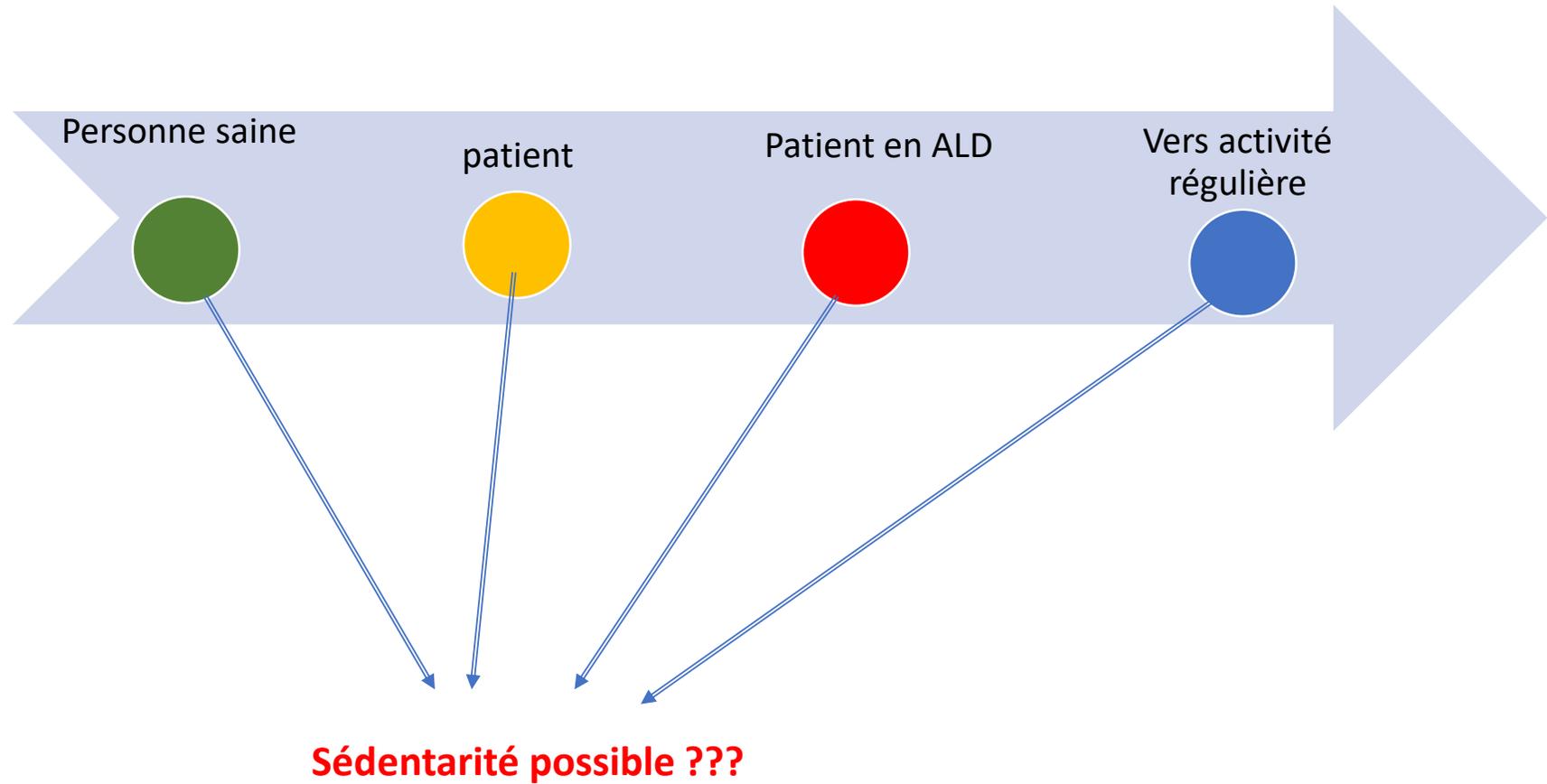


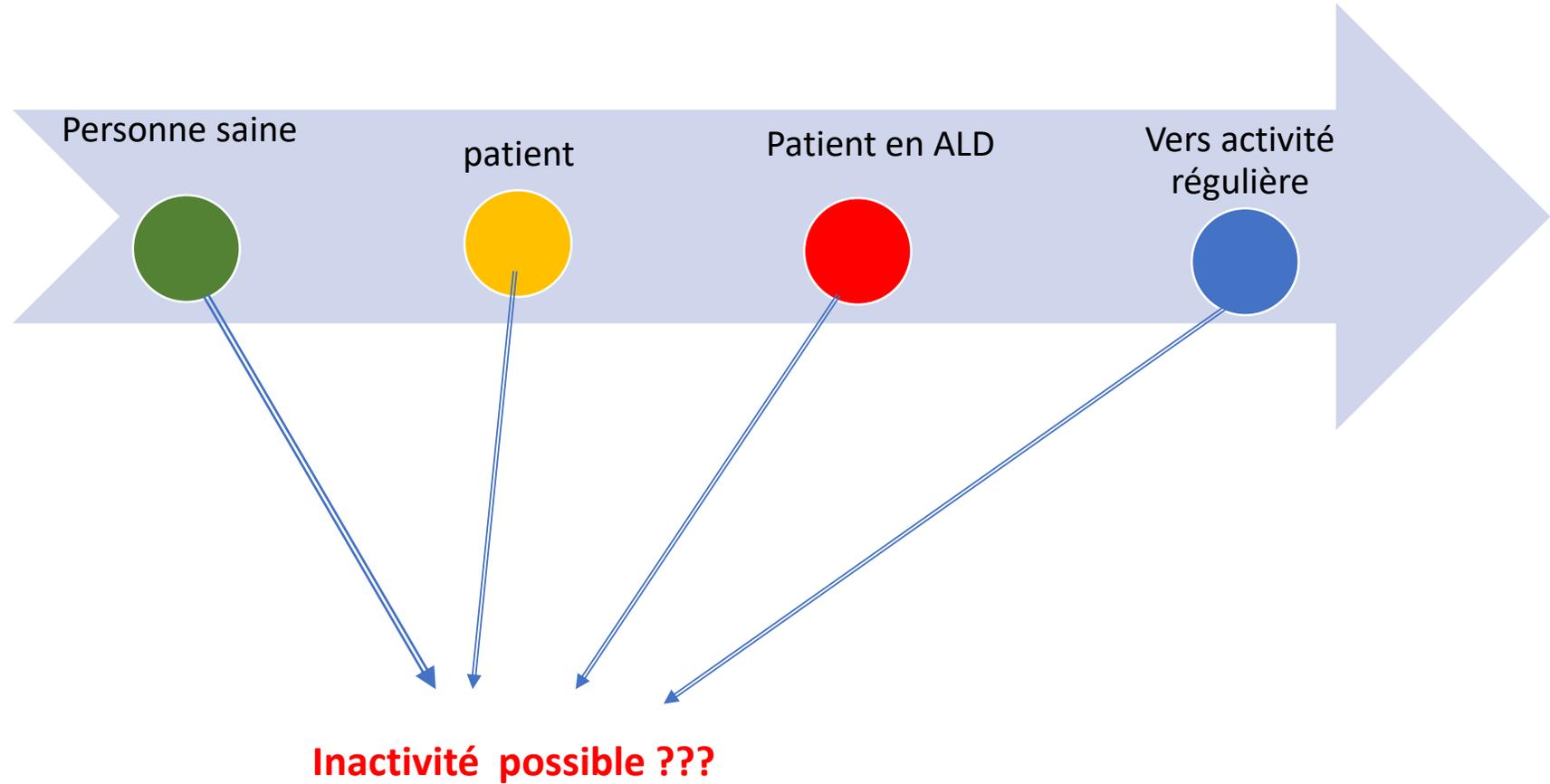
Donc : sédentarité différent de l'AP

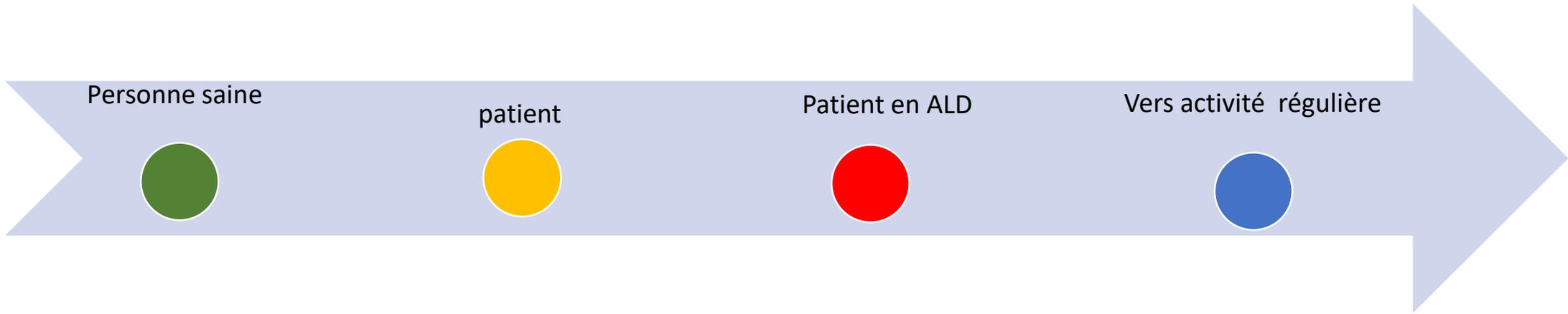
Mesure de l'AP = MET = équivalent métabolique = rapport entre la vitesse du métabolisme pendant une activité physique et une activité au repos

1 MET = 1kcal/Kg/heure: énergie dépensée par une personne assise sans bouger

Si modérément active= 4 METS si très active = 8 METS







**activité physique
ADAPTEE possible ???**



Activité physique = tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles qui augmente la dépense énergétique > repos

- AP de vie quotidienne
- Loisir
- Activité sportive

Qu'est-ce qui définit l'AP?

- Nature
- Intensité
- Durée
- Fréquence
- Contexte de la pratique

Sport ??

Ensemble des ex. physiques pouvant donner à des compétitions

- Dépassement de soi
- Estime de soi
- Confiance en soi



Constat en fonction de l'âge : de 3 à 10 ans

À retenir

- ☒ Les **jours d'école**, entre 30 et 39% des enfants âgés de 3 à 10 ans ne pratiquent pas de **jeux de plein air**.
- ☒ Les **jours avec peu ou pas d'école**, ils sont un peu plus de 10% à ne pas pratiquer de **jeux de plein air**.
- ☒ La pratique de jeux en plein air diffère selon le **contexte d'habitat** des enfants. Elle est plus élevée lorsque la taille de l'unité urbaine diminue.
- ☒ La très grande majorité des 3-10 ans a eu **au moins un cours d'éducation physique** la semaine précédant l'enquête (82%).
- ☒ À cet âge, il n'existe pas de **différence notable entre les sexes**, sauf pour la pratique de jeux actifs à la récréation, plus élevée chez les garçons que chez les filles (90% contre 80%).

Constat en fonction de l'âge et du lieu: de 3 à 10 ans

Tableau 2 : Enfants de 3 à 10 ans ayant pratiqué des jeux en plein air au moins pendant deux jours d'école
la semaine précédente, selon le contexte d'habitat, en 2006 (en %)
Jours d'école avec jeux en plein air ≥ 2 (%)

Taille d'unité urbaine*

<2 000 habitants	62,8
[2 000-20 000[51,9
[20 000-100 000	[45,4
$\geq 100 000$ habitants	51,0

Agglomération parisienne 29,8

* Se référer au chapitre Définitions

Source : Étude ENNS 2006

Tableau 7 : Fréquence de la pratique d'une activité physique d'au moins une heure par jour chez les collégiens, en fonction du sexe et de la classe, en 2010 (en %)

6e 5e 4e 3e

Source : Inpes, La santé des collégiens en France, Données françaises de l'enquête internationale HBSC 2010.

	6	6	5	5	4	4	3	3
	garçon	filles	garçon	filles	garçon	filles	garçon	Filles
Chaque jour	20,0	9,9	16,9	7,6	14,1	5,6	12,7	4,4
5 à 6 jours	20,9	18,3	25	17,1	22,3	15,0	23,8	12,6
2 à 4 jours	49,6	58,7	48,1	60,9	54,1	61,4	53,1	63,4
1 jour	6,8	7,8	7,1	10,8	6,3	13,1	6,6	12,7
jamais	2,7	5,4	2,9	3,6	3,2	4,9	3,8	6,9

Adolescents et jeunes adultes (15-25 ans)

À retenir

- ☐ 12 à 22% des garçons et 22 à 35% des filles de 15 à 17 ans présentent **un faible niveau d'activité physique** (score bas de l'Ipaq).
- ☐ 42 à 63% des garçons et 19 à 24% des filles de 15 à 17 ans présentent **un niveau d'activité physique favorable à la santé** (score élevé de l'Ipaq).
- ☐ Le niveau d'activité physique élevé est **associé à des gradients géographiques** nord-sud et est-ouest : plus élevé au sud qu'au nord et dans l'est plutôt que dans l'ouest.
- ☐ Les jeunes hommes âgés de 15 à 25 ans passent plus de temps par jour à pratiquer une activité physique que les jeunes femmes du même âge, quel que soit le **contexte de pratique**.
- ☐ C'est **au travail ou lors du temps scolaire** que les jeunes âgés de 15 à 25 ans pratiquent le plus d'activité physique.

Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Tableau 11 : Adultes de 15 à 75 ans selon le niveau d'activité physique et le sexe en 2008 (en %)

Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Niveau d'activité physique	ensemble	hommes	femmes
limité	33,1	28,7	37,4
moyen	24,4	19,7	28,8
Elevé	42,5	51,6	33,8

À retenir

▣ Près de la moitié de l'activité physique totale est réalisée au travail (46%), 28% lors des déplacements et 25% lors des loisirs.

▣ Chez les personnes ayant un **niveau d'activité physique élevé**, celle-ci s'effectue majoritairement dans le **contexte professionnel** (65%).

Encadré 1 - Les écrans et les enfants : recommandations

En France, l'actualisation des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité réalisée en 2016 par l'Anses formule les **recommandations suivantes** concernant le temps d'écran (télévision, tablette, ordinateur, etc.) :

- Pour les enfants de moins de 2 ans : éviter l'exposition avant l'âge de 2 ans.
- Pour les enfants de 2 à 5 ans : limiter l'exposition à moins d'une heure par jour.
- Pour les enfants de 6 à 11 ans : le temps de loisirs passé devant un écran doit être limité en fonction de l'âge :
 - o jusqu'à 6 ans : éviter de dépasser 60 minutes par jour ;
 - o jusqu'à 11 ans : éviter de dépasser 120 minutes par jour.
- Pour les adolescents de 12 à 17 ans : pas de recommandations spécifiques au temps d'écran mais il est recommandé de limiter les périodes de sédentarité et d'inactivité en particulier en ne restant pas plus de 2 heures consécutives en position assise ou semi-allongée (hors sommeil).

Source : Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité.

Rapport d'expertise collective. Février 2016.

Exemple de dépense énergétique

- Cyclisme < 16km/h = 4,0 met
- Cyclisme en montagne= 14 mets
- Cyclisme < 9km/h= 3,5 mets
- Jeu vidéo effort léger, yoga= 2,3 mets
- Vélo d'appartement = <50 watts = 3,5 mets
- Entre 201 et 270 = 14 mets
- Pilates = 3 mets
- Aérobic aquatique = 5,3
- Moderne jazz = 6,8
- Pêche chasse de 3,5 à 11,3

- Balayer =3,3
 - Nettoyage de maison =3,3 à 4,3
 - Cuisine = 3,3
 - Aspirateur = 3,3
 - Taper sur l'ordinateur = 1,3
 - Marche= < 3km/h = 2,0 ;
 - = 6km/h + charge de 11kg = 4,8
 - Porter un enfant de 7kg
- de 2,3 si marche lente à 8,3 si escaliers

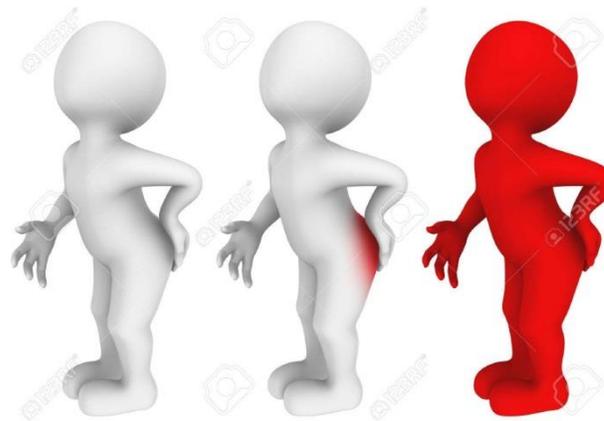


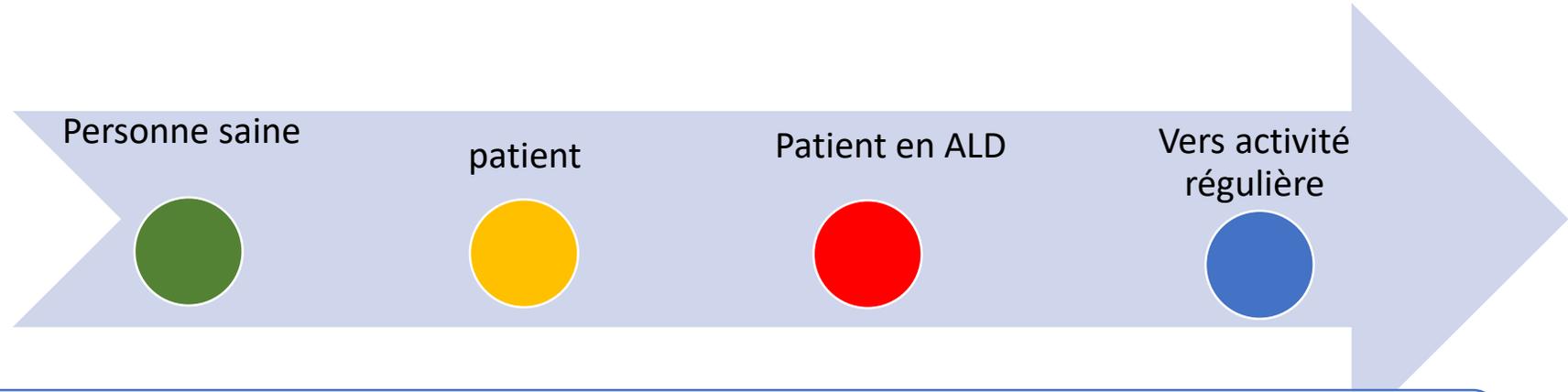
Tableau 1. Les bénéfices de l'AP pour la santé

Le tableau 1, sur les bénéfices de l'AP sur la santé, reprend et adapte les données du rapport de 2018 du *Secretary of health Washington* (18) (les autres sources documentaires sont ajoutées entre parenthèses).

Les variables de santé	Les effets de l'AP
Toutes causes de mortalité	Diminution du risque, avec relation dose-réponse
Pathologies cardiométaboliques	Diminution de l'incidence et de la mortalité des pathologies cardio-vasculaires (dont les maladies coronariennes et les AVC), avec relation dose-réponse (20).
Prévention des cancers	Diminution de l'incidence du cancer pour : - le cancer du sein, avec relation dose-réponse ; - le cancer du côlon, avec relation dose-réponse ; - le cancer de l'endomètre, avec relation dose-réponse ; - l'adénocarcinome de l'oesophage ; - le cancer du poumon (discuté).
Santé mentale	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la qualité de vie Amélioration du sommeil Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les personnes en bonne santé Réduction du risque de démence Réduction du risque de dépression
Statut pondéral	Réduction du risque de prise de poids excessive Prévention de la reprise de poids après un amaigrissement initial Limitation de la perte de masse musculaire lors d'une perte de poids Effet additif sur la perte de poids possible quand elle est combinée à une restriction alimentaire modérée (effet faible) Réduction de l'obésité abdominale (20)
Chutes	Réduction du risque de chutes Réduction du risque de chutes avec une lésion sévère
États cognitif et fonctionnel	Amélioration des capacités fonctionnelles et de l'autonomie Amélioration de la qualité de vie Réduction des symptômes d'anxiété et de dépression Diminution du risque de démence.

Cancer du sein	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité par cancer du sein, avec relation dose-réponse Réduction de la récurrence du cancer du sein (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21)
Arthrose (de la hanche et du genou)	Diminution de la douleur Amélioration fonctionnelle Amélioration de la qualité de vie
Fracture récente de la hanche	Amélioration de la marche, de l'équilibre et des activités de la vie quotidienne
Hypertension artérielle	Réduction du risque de progression de la maladie cardio-vasculaire Réduction du risque d'augmentation de la pression artérielle avec le temps
Diabète de type 2	Réduction du risque de mortalité toutes causes confondues, en population générale, incluant les DT2 (20) Réduction du risque de mortalité cardio-vasculaire Amélioration des marqueurs de progression de la maladie : HbA1C, pression artérielle et du profil lipidique Réduction du périmètre abdominal, limitation de la perte de masse musculaire
Pathologies respiratoires chroniques	Amélioration des capacités d'exercice et de la qualité de vie Amélioration de la dyspnée et de la tolérance à l'effort Diminution de l'anxiété et de la peur d'augmenter son niveau d'AP Meilleur contrôle des symptômes de la BPCO et de l'asthme (Pas de changement de la fonction pulmonaire chez l'adulte)
Sclérose en plaque	Amélioration de la marche, de la force musculaire et de la condition physique
AVC	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la marche

intensité	Mesures objectives	Mesures subjectives	exemples
Sédentaire	<1,6met <40% FC max <20% VO2max	Pas d'essoufflement Pas de transpiration Pénibilité de l'effort <2 sur échelle de 0 à 10	Regarder la TV Lire écrire travail au bureau (assis)
Faible	1,6 à 3 mets 40à 55% FC max 20 à 40% VO2max	Pas d'essoufflement Pas de transpiration Pénibilité : 3 à 4	Marche < 4km/h Promener son chien Conduire Manger s'habiller activités manuelles debout
Modérée	3 à 5,9 mets 55à 70% fc max 40 à 60% VO2max	Essoufflement modéré Conversation possible Transpiration modérée Pénibilité 5à 6 Peut être maintenu 30à 60mn	Marche de 4 à 6,5km/h course de < 8km/h vélo < 15km/h Monter les escaliers Nager loisirs tennis
Élevée	6 à 8,9 mets 70 à 90% fc max 60 à 85% VO2max	Essoufflement important Conversation difficile Transpiration abondante Pénibilité 7à 8 Pas maintenu plus de 30mn	Marche >à 6,5km/h course de 8km/h vélo 20km/h Monter les escaliers rapidement Déplacer des charges lourdes
Très élevée	>= 9mets <90% fc max <85% VO2max	Essoufflement très important Conversation impossible Transpiration très importante Pénibilité > 8 Pas maintenu plus de 10mn	Course à pied entre 9 et 28 km/h Cyclisme > 25km/h



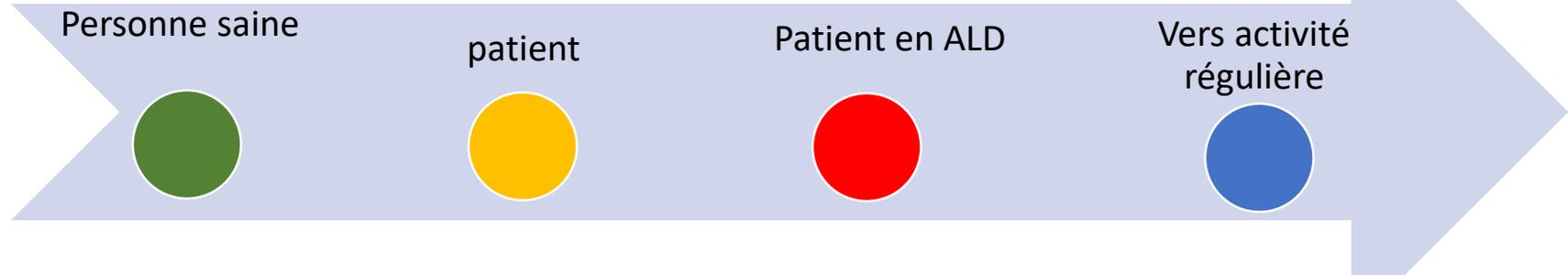
- 2
- Aspect financier
 - Remboursement ou non

CPAM = oui // non
ARS = oui // non
Mutuelle = oui // non
Patient = oui //non



2

- Aspect financier
- Remboursement ou non



REMBOURSEMENT D'UN BILAN DANS LE CADRE DE L'ALD
PAS DE REMBOURSEMENT DE L'APA

REMBOURSEMENT DE QUELQUES SÉANCES D'APA POUR
INVITER LES PATIENTS À LA PRÉVENTION

CPAM

mutuelles



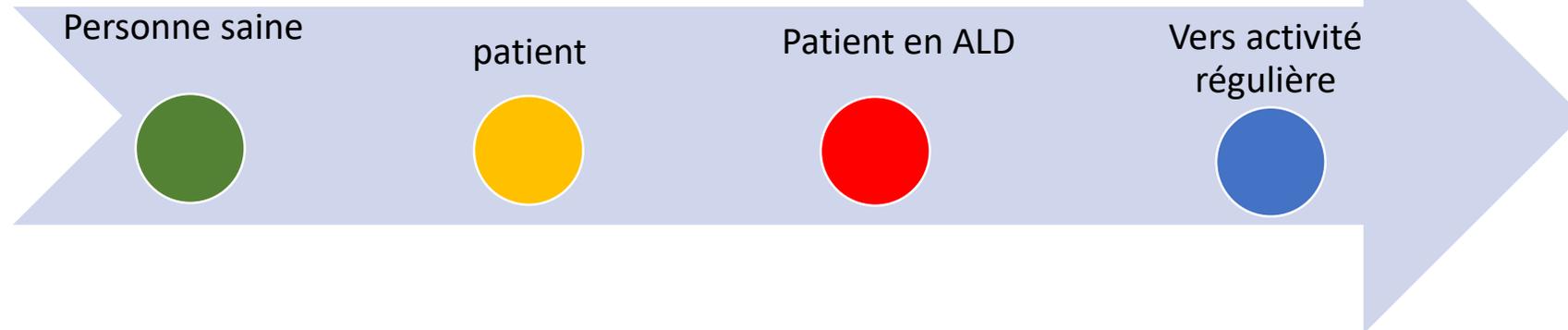
APA dans le parcours de soin

Désignation de l'acte pour le bilan médical prescrit :	Coefficient
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :	
- Pour 2 membres	8 AMK ou AMC
- Pour tout le corps	10 AMK ou AMC
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :	
- Pour 2 membres	10 AMK ou AMC
- Pour tout le corps	20 AMK ou AMC

L'**activité physique adaptée**, quant à elle, entre dans le champ de la **prévention** ; elle n'est donc pas remboursable. Il est possible de conduire un programme d'Activité Physique Adaptée sur le modèle du coaching, il vous faudra donc, dans ces conditions, fournir au patient un devis et une facture.

2

- Aspect financier
- Remboursement ou non



REMBOURSEMENT DE L'APA 8 SEANCES

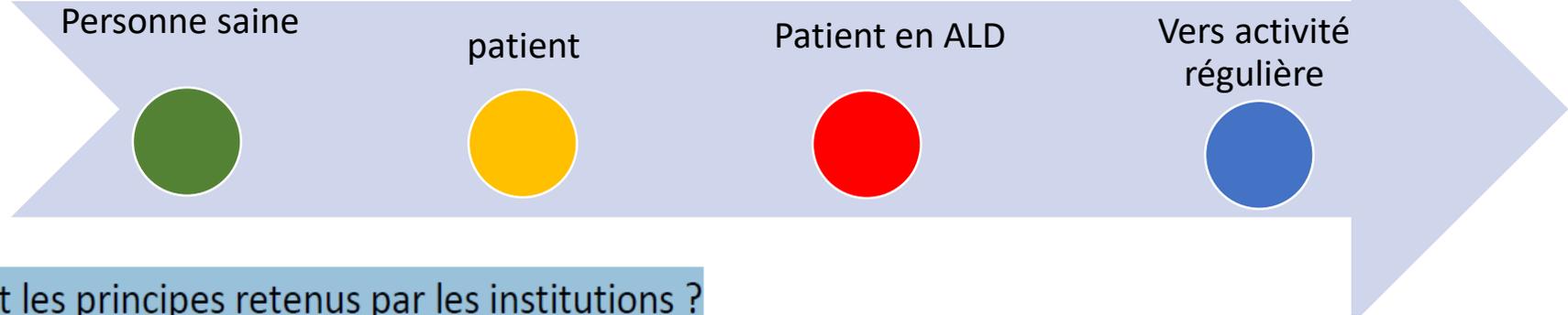
ARS



REMBOURSEMENT DE QUELQUES SÉANCES D'APA POUR
INVITER LES PATIENTS À LA PRÉVENTION

2

- Aspect financier
- Remboursement ou non /// principes



Quels sont les principes retenus par les institutions ?

- Formation des médecins à la prescription
- Qualité et sécurité de la prise en charge
- Retour d'information
- Accès au plus grand nombre
- Lever le frein financier à la pratique
- Appliquer l'expérimentation aux patients dont l'ALD est listée (K sein, diabète, artérites BPCO, obésité, ...) remarque : il n'est pas prévu les ALD « ostéo-musculaires ».

ARS



3

- Les intervenants
- A quel moment?
- Comment?

Qui peut prescrire
une APA?
médecin

Qui peut bénéficier
d'une APA?
Patients en ALD

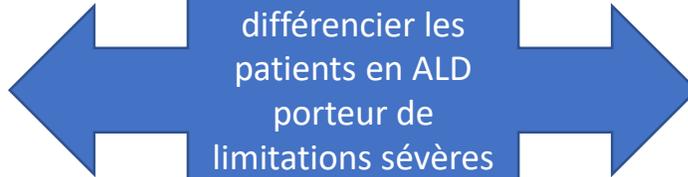
Décret précise deux catégories de
patients en ALD : **SEVERITE**

Limitations
sévères



Seuls les prof. de santé
peuvent mettre en œuvre
une APA

Le médecin doit
différencier les
patients en ALD
porteur de
limitations sévères
ou non



Pas de limitations
sévères



tous les prof. du sport
peuvent mettre en œuvre
une APA

Importance du bilan
!!!
= notion de sévérité

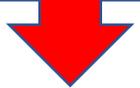


- Les intervenants
- A quel moment?
- Comment?

une APA?
Article D 1172-1 du
code de santé

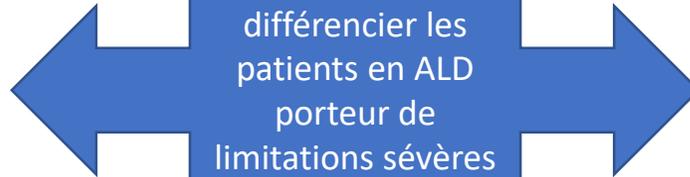
Décret précise deux catégories de
patients en ALD : **SEVERITE**

Limitations
sévères



Seuls les prof. de santé
peuvent mettre en œuvre
une APA

Le médecin doit
différencier les
patients en ALD
porteur de
limitations sévères
ou non



Pas de limitations
sévères



tous les prof. du sport
peuvent mettre en œuvre
une APA



Importance du bilan
!!!
= notion de sévérité

- Les intervenants
- A quel moment?
- Comment?

une APA?
Article D 1172-1 du
code de santé

« *Art. D. 1172-1.* – On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. «La **dispensation** d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les **facteurs de risque et les limitations fonctionnelles** liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se **distinguent** des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

Dispensation lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante par quels professionnels?

Art. D. 1172-2. – En accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente, le médecin traitant peut lui prescrire une activité physique dispensée par l'un des **intervenants** suivants:

«1o **Les professionnels de santé** mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1;

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

«3o **Les professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée:** « – les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport; « – les professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles qui sont énumérés dans une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé;

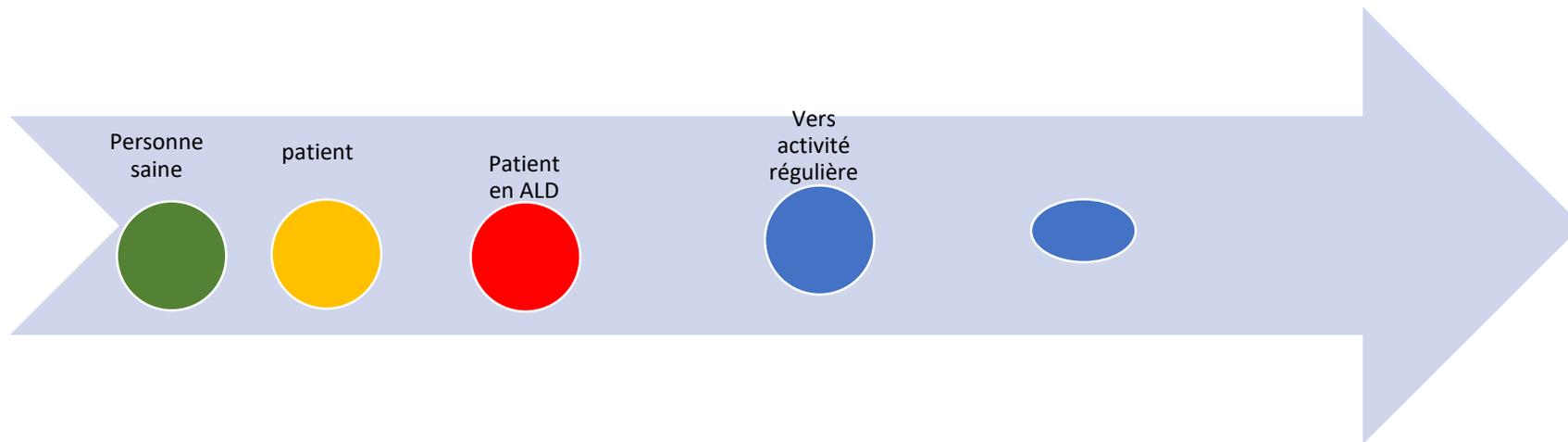
«4o Les **personnes** qualifiées titulaires d'une **certification, délivrée par une fédération sportive agréée**, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité.



DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens <small>(dans leur champ de compétences respectif)</small>	(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



- Les intervenants
- A quel moment?
- Comment?



Le **rôle** du masseur-kinésithérapeute (MK) : D'après les textes réglementaires, une gradation de **la prise en charge** par les professionnels (de santé ou non) intervenants est proposée en fonction du degré de limitation fonctionnelle du patient. En région Grand Est, le **projet** de dispositif soumis aux membres du COPIL prévoit uniquement la prise en charge de patients souffrant de limitations légères à modérées, considérant que les patients souffrant de limitations sévères seront pris en charge en réadaptation par les masseurs-kinésithérapeutes. **La plus-value de ce professionnel** pourrait être prévue pour la prise en charge des situations complexes ou en tant qu'effecteur d'APA quand le professionnel a obtenu son agrément DRDJSCS et sa carte professionnelle d'offreur d'APA.



En conclusion :

l'atteinte de l'objectif principal nécessite de ne pas se centrer uniquement sur les séances encadrées. Toute action ou projet aura pour objectif de mettre en activité la personne au quotidien, le décret se limite à augmenter le niveau d'activité physique. La réduction du niveau de sédentarité n'est pas abordée. Il est cependant important d'avoir une action sur l'activité physique et la sédentarité de manière concomitante

Ce qu'il faut retenir pour une APA efficace:

Régularité

type de pratique

Adaptée

Public cible (pratiquer dans des conditions ordinaires)

LE mk= BILANTE // PROGRAMME// DISPENSE //EVALUE //REND
COMPTE...

