

NOTICE DE MISE EN ŒUVRE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE PAR LES KINÉSITHÉRAPEUTES

Pratiquer une activité physique
avec une
affection de longue durée ?

**PAS SANS
LE BILAN KINÉ !**



Ordre des
massesurs-kinésithérapeutes



Ordre des
massesurs-kinésithérapeutes

p3	INTRODUCTION
p4	LE DISPOSITIF ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA)
p5	LE RÔLE DU BILAN KINÉ APA
p6	BILAN KINÉSITHÉRAPIQUE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE
p11	PRÉSENTATION DES OUTILS D'ÉVALUATION :
p12	1 Évaluations neuro-musculaires
p12	2 Échelle de Borg
p13	3 Test de la marche de 6 minutes 6MWT
p15	4 One leg balance test : test d'équilibre unipodal
p15	5 Time up and go test
p16	6 Questionnaire IPAQ : International Physical Activity Questionary
p18	7 Évaluation du niveau de motivation
p19	8 Échelle de Piper
p22	BIBLIOGRAPHIE

Le dispositif permettant d'intégrer l'activité physique dans le parcours de soin du patient en ALD est entré en vigueur **le 1^{er} mars 2017**.

Cette disposition est issue de **l'article 144 de la loi de modernisation** de notre système de santé qui consacre la prévention par l'Activité physique adaptée (APA).

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 précise ainsi les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée : elle est prescrite par le médecin traitant au profit des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

Le texte donne une définition de l'Activité physique adaptée telle qu'elle a été proposée par le Conseil national et qui consiste en une action de prévention au moyen de techniques physiques et sportives. **Il la distingue des actes de rééducation réservés aux professionnels de santé.**

L'APA n'est donc pas un acte de soin, c'est un acte de prévention sans remboursement par l'assurance maladie qui peut être mis en œuvre librement par les kinésithérapeutes qui bénéficient de la double compétence professionnel de santé et éducateur sportif.

Par ailleurs, le texte protège les patients les plus fragiles en précisant, notamment, les limitations fonctionnelles sévères au-delà desquelles seuls les professionnels de santé sont habilités à dispenser une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical. Les éducateurs en activité physique adaptée ainsi que les éducateurs sportifs peuvent encadrer les activités physiques adaptées pour les patients qui n'entrent pas dans cette catégorie.

Depuis plus de 70 ans, les kinésithérapeutes, dont la pratique consiste à soigner par le mouvement, entretiennent une relation privilégiée avec l'activité physique. Ils prennent donc toute leur place dans le dispositif APA qui autorise les médecins à prescrire de l'activité physique adaptée. Aujourd'hui, plus de 11 millions de patients sont atteints d'une affection de longue durée. Les kinésithérapeutes prennent en charge, chaque jour, plus d'un million d'entre eux.

Il est important pour les kinésithérapeutes, qui peuvent exercer la fonction d'éducateur d'une activité physique ou sportive, de faire leur demande de carte professionnelle d'éducateur sportif auprès du préfet de leur département.

[\(https://eaps.sports.gouv.fr/\)](https://eaps.sports.gouv.fr/)

Le kinésithérapeute est un acteur à part entière de ce parcours des patients en ALD qui souhaitent initier ou recouvrer une activité physique adaptée.

« Art. D. 1172-3.-Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical ».

Dans ce cas précis, le kinésithérapeute établira un bilan complet de la condition physique du patient afin de l'orienter et de le suivre dans sa démarche d'activité physique.

C'est au moyen de ce modèle de bilan que le kinésithérapeute pourra déterminer le phénotype fonctionnel du patient en évaluant sa condition physique afin de l'orienter et de le suivre dans sa démarche d'activité physique.

**QUI PEUT
PRESCRIRE UNE APA ?**
→ le médecin traitant

**QUI PEUT BÉNÉFICIER
D'UNE APA ?**
→ tous les patients en ALD

DEUX CATÉGORIES DE PATIENTS ALD SONT DIFFÉRENCIÉES PAR LE DÉCRET :

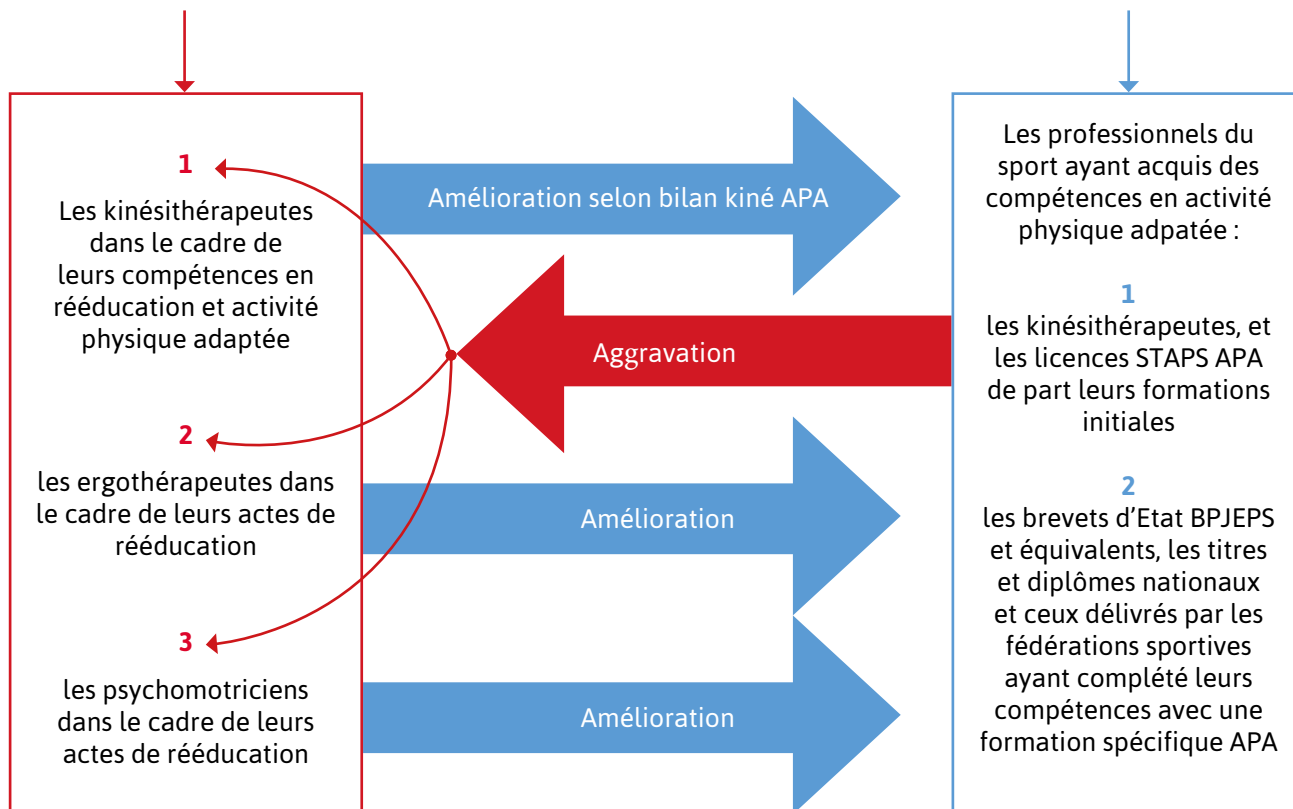
LES PATIENTS
ALD PRÉSENTANT
DES LIMITATIONS
FONCTIONNELLES
SÉVÈRES

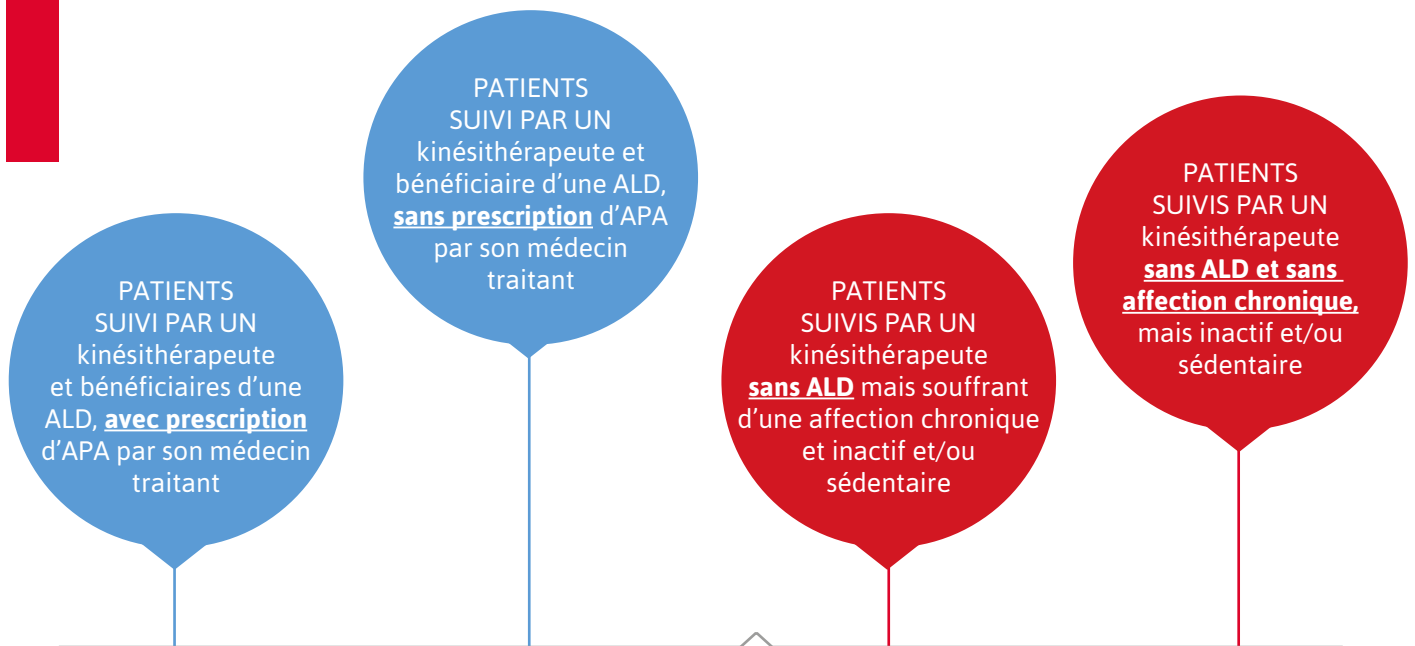
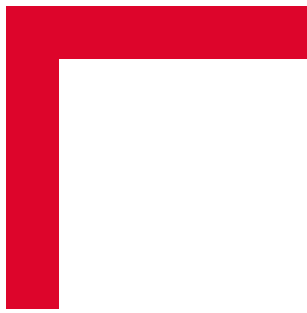
Le médecin
doit différencier
les patients en ALD
en fonction de 13 critères.
La présence d'un critère
caractérise la sévérité
des limitations.

LES PATIENTS ALD
NE PRÉSENTANT
PAS DE LIMITATIONS
SÉVÈRES

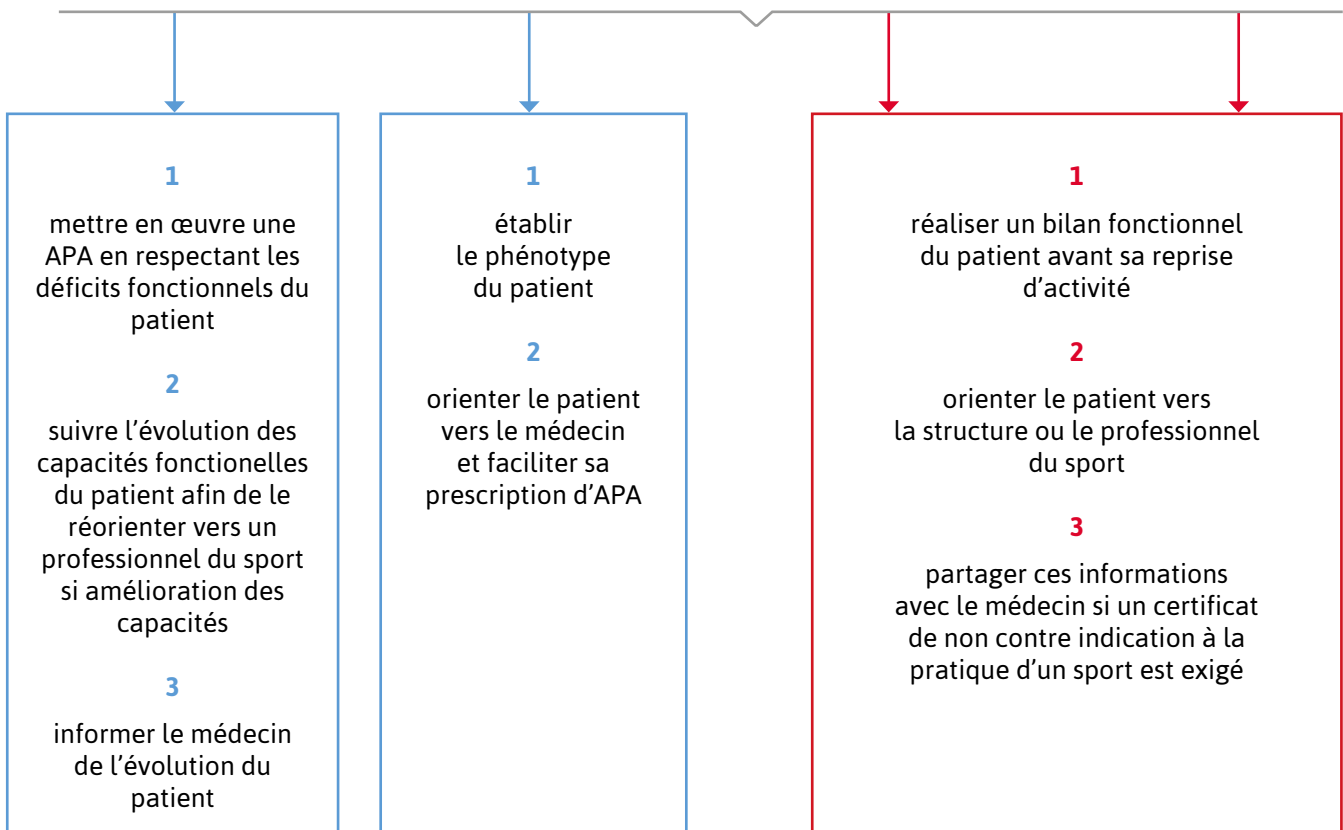
Pour ces patients
seuls les professionnels
de santé peuvent mettre
en œuvre une activité
physique adaptée.

Pour ces patients
tous les professionnels
du sport peuvent mettre
en œuvre une activité
physique adaptée.





LE RÔLE DU BILAN KINÉ APA :



Ce bilan est un modèle proposé au kinésithérapeute pour faciliter la prise en charge de leurs patients en ALD souhaitant bénéficier d'une APA. Les professionnels peuvent s'approprier cet outil d'évaluation en l'adaptant. La réussite de ce dispositif repose sur les 90 000 kinésithérapeutes spécialistes du mouvement dans l'orientation de leurs patients au moyen de leur bilan

KINÉSITHÉRAPEUT

CNOMK - Notice de mise en œuvre de l'Activité Physique Adaptée par les kinésithérapeutes

DÉTERMINATION DES PHÉNOTYPES DU PATIENT (SELON L'ANNEXE DU DÉCRET)

FONCTION ÉVALUÉE	AUCUNE LIMITATION OU LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE	ANNEXES
------------------	---	-------------------	---------

2. Fonctions locomotrices

Fonction neuromusculaire	- Normale - Altération minime de la motricité et du tonus - Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	- Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien	Bilans neuro musculaires	Outil d'évaluation 1
Force	- Normale - Baisse de force mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires - Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	- Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires		
Fonction ostéoarticulaire	- Normale - Altération max de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations, sans altération des mouvements complexes - Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations, avec altération de mouvements simples	- Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien	Goniométrie	
Endurance à l'effort	- Pas de fatigue - Fatigue rapide après une activité physique intense - Fatigue rapide après une activité physique modérée	- Fatigue invalidante dès le moindre mouvement	Échelle de Borg	Outil d'évaluation 2
Marche	- Distance théorique normale couverte en 6 minutes. - Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82 % de la distance théorique) - Valeur inférieure à la limite inférieure de la normale	- Distance parcourue inférieure à 150 m	Test de la marche de 6 minutes	Outil d'évaluation 3

3. Fonctions cérébrales

Fonctions cognitives	- Bonne stratégie vitesse normale bon résultat - Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat - Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	- Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec	Entretien individuel	
Fonctions langagières	- Aucune altération de la compréhension ou de l'expression - Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe - Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	- Empêche toute compréhension ou expression		
Anxiété / Dépression	- Ne présente aucun signe d'anxiété et/ou de dépression - Parvient à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression - Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	- Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression		

4. Fonctions sensorielles et douleur

Capacité visuelle	- Vision des petits détails à proche ou longue distance - Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans un environ non perturbée - Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture. - Circulation possible dans un environnement non familier	- Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. - Circulation seul impossible dans un environnement non familier	Évaluées lors des différents tests	
Capacité sensitive	- Stimulations sensibles perçues et localisées - Stimulations sensibles perçues mais mal localisées - Stimulations sensibles perçues mais non localisées	- Stimulations sensibles non perçues, non localisées		
Capacité auditive	- Pas de perte auditive - La personne fait répéter - Surdité moyenne : la personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	- Surdité profonde		
Capacités proprioceptives	- Équilibre respecté - Déséquilibres avec rééquilibrages rapides - Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrage difficiles	- Déséquilibres sans rééquilibrage. - Chutes fréquentes lors des activités au quotidien	Test One leg balance test et Time up and go	Outil d'évaluation 4 et 5
Douleur	- Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses - Douleur à l'activité physique mais indolence dès arrêt de l'activité - Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	- Douleur constante avec ou sans activité	EVA :	

ÉVALUATION DU NIVEAU D'ACTIVITÉ DE SÉDENTARITÉ ET DE MOTIVATION DU PATIENT

Activités vie quotidienne. Evaluation sédentarité inactivité selon questionnaire IPAQ.	☐ Durée d'activité intense au cours des 7 derniers jours	☐ Durée d'Activité modérée au cours des 7 derniers jours	☐ Temps de marche au cours des 7 derniers jours	Outil d'évaluation 6
Niveau de motivation du patient	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Outil d'évaluation 7
Échelle de Piper	Voir annexe page 19			Outil d'évaluation 8
Freins à l'activité physique	Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez.			
		Absolument pas d'accord avec la phrase	Partiellement d'accord avec la phrase	Complètement d'accord avec la phrase
	FABQ PHYSIQUE			
	1 Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1 2 3 4 5	6
	2 L'activité physique aggrave ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
	3 Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
	4 Je ne devrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
	FABQ TRAVAIL			
	Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos :			
	5 Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail.	0	1 2 3 4 5	6
	6 Mon travail a aggravé ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
	7 Mon travail est trop lourd pour moi	0	1 2 3 4 5	6
	8 Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
	9 Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
	10 Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
	11 Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1 2 3 4 5	6
	12 Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1 2 3 4 5	6
	13 Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1 2 3 4 5	6
	TOTAL DES ITEMS			
	Echelle 1 croyances concernant le travail (5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12 + 13, score qui s'étend de 0 à 63) Echelle 2 croyances concernant l'activité physique (1 + 2 + 3 + 4, score qui s'étend de 0 à 24)			

EVALUATION DU CONTRÔLE Lombo-pelvi-abdominal

Permet d'évaluer la puissance du gainage de la ceinture pelvienne en demandant au sujet un maintien correct de chaque position pendant au moins 20 secondes en respirant librement.

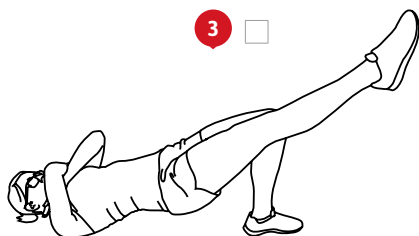
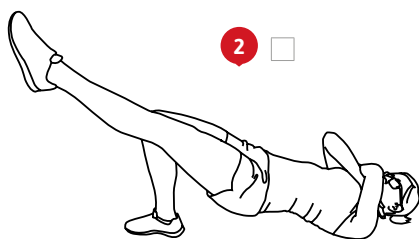
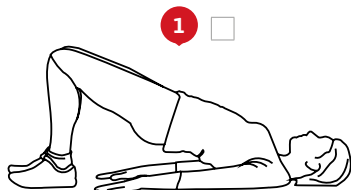
Score

Position maintenue **20 seconde** = 2,

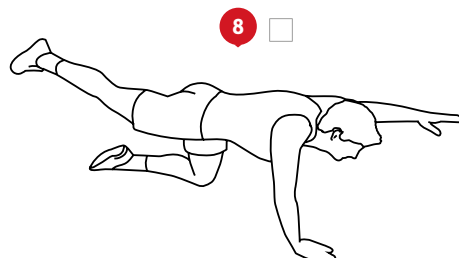
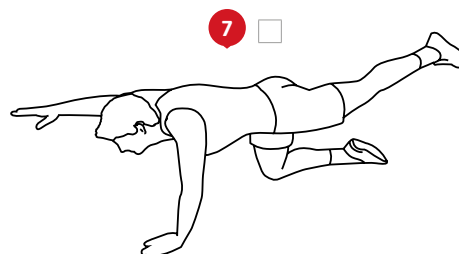
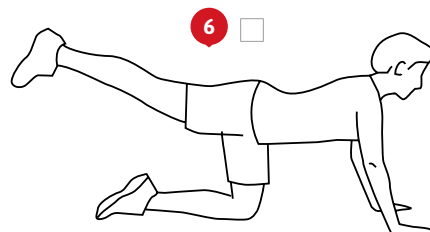
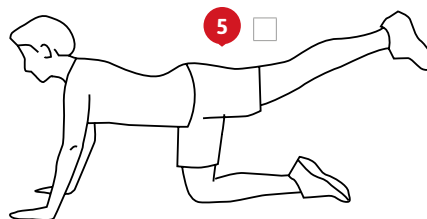
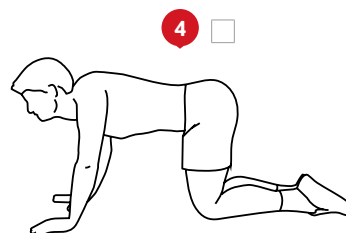
Position maintenue **moins de 20 secondes** = 1,

Position **impossible à maintenir** = 0

Exercice A : Pont

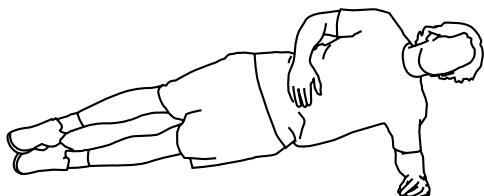


Exercice B : Quadrupédie

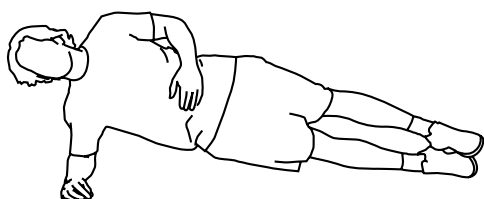


Exercice C : Planche latérale droite et gauche

14 ☐

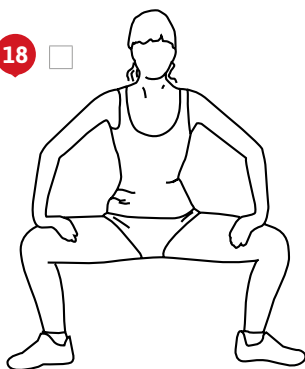


16 ☐



Exercice D : Sumo

18 ☐



OUTILS D'ÉVALUATION

1 ÉVALUATIONS NEURO-MUSCULAIRES

Neurologie Périphérique testing selon Daniels et Worthingham

Cotation 0 → pas de contraction

Cotation 1 (trace) → contraction décelable ou palpable, n'entraînant pas de déplacement de segment

Cotation 2 (faible) → déplacement du segment en éliminant la composante de la pesanteur

Cotation 3 (passable) → déplacement du segment contre pesanteur, mais cédant contre une faible résistance additionnelle

Cotation 4 (bon) → Déplacement du segment dans toute l'amplitude contre une résistance forte mais non maximale

Cotation 5 (normal) Déplacement du segment dans toute l'amplitude contre une résistance maximale

Neurologie Centrale Evaluation selon Held et Pierrot-Desseilligny

Cotation 0 → Absence de contraction

Cotation 1 → Contraction perceptible sans déplacement du segment

Cotation 2 → Contraction entraînant un déplacement, quel que soit l'angle parcouru

Cotation 3 → Le déplacement peut s'effectuer contre une légère résistance

Cotation 4 → Le déplacement s'effectue contre une résistance plus importante

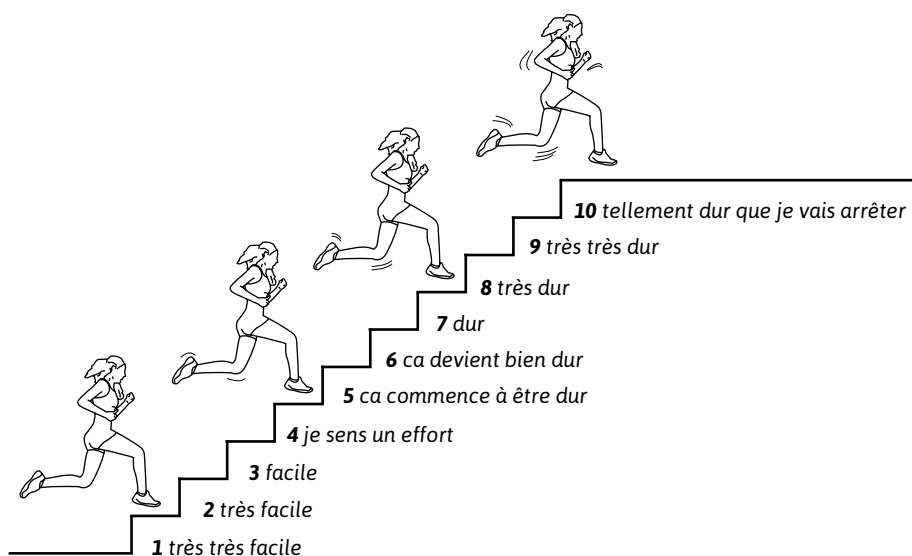
Cotation 5 → Le mouvement est d'une force identique au côté sain

Évaluation fonctionnelle

Utiliser les cotations par fonction musculaire (fléchisseurs, extenseurs,...) et non par muscle.

2 ÉCHELLE DE BORG

0	aucun effort
1	très très facile
2	très facile
3	facile
4	effort modéré
5	moyen
6	un peu dur
7	dur
8	très dur
9	très très dur
10	maximal



3 TEST DE LA MARCHE DE 6 MINUTES 6MWT

Si faire marcher un sujet pendant 6 mn paraît simple, méthode, rigueur, conditions de réalisation, doivent être standardisées afin de garantir la meilleure reproductibilité et la meilleure interprétation.

Contre-Indications

- Pathologie coronarienne instable ;
- Infarctus du myocarde dans le mois précédent ;
- Pression systolique supérieure à 180 mm Hg ;
- Pression diastolique supérieure à 100 mm Hg ;
- Arthrite ou pathologie orthopédique ou neuromusculaire limitant la déambulation ;
- Tachycardie de repos supérieure à 120 bat/min.

Indications d'arrêt du test

- Douleur thoracique ;
- Dyspnée intolérable ;
- Crampes musculaires ;
- Suées ;
- Vertiges.

Matériels

Le plus difficile est de trouver un espace de marche qui convient aux recommandations de la littérature : espace couvert disposant d'une ligne droite de 30 mètres, sans obstacle, peu ou pas passante. Cela pour limiter les allers-retours, un nombre important de « virages » diminue la distance parcourue ;

- Cônes (2) de demi-tour ;
- Chronomètre ;
- Chaise mobile pour suivre le sujet et permettre le repos en cas d'arrêt inopiné du test (à défaut des chaises placées tous les 5 mètres mais ne devant pas faire un obstacle) ;
- Oxymètre de pouls ;
- Tensiomètre ;

Pour assurer la sécurité téléphone, défibrillateur, obus d'oxygène et raccords de dispensation ;

Préalable

Le patient doit être précisément informé du déroulement du test et des objectifs avec pour exemple :

« Le but de ce test est de marcher le plus possible pendant 6 minutes sans courir.
Vous marcherez aller et retour dans ce couloir. Marcher 6 minutes, c'est long, cela va vous demander un effort. Vous allez probablement vous sentir essoufflé et fatigué.
Vous pouvez ralentir, vous arrêter ou vous reposer si nécessaire en vous appuyant contre le mur pendant

le repos, mais il faut reprendre la marche au plus vite. Vous parcourrez le couloir aller et retour en tournant autour des cônes comme ceci (faire la démonstration) et continuer à marcher.
Pendant le test, ne parlez pas, cela modifie les performances. Je vous indiquerai le temps restant toutes les minutes de cette façon : 5 minutes, 4 minutes,... plus que 1 minute. Je vous demanderai de vous arrêter après 6 minutes.

Avant de commencer je prends votre tension et votre pouls et je le ferai également à la fin du test.
Vous pouvez commencer. »

Conditions de réalisation

- Le patient doit être habillé confortablement avec chaussage adapté à la marche ;
Il doit être bien reposé, ne pas avoir fait d'effort dans l'heure qui précède le test ;
Les paramètres de départ : tension artérielle, fréquence respiratoire, saturation et pulsations, sont à prendre après que le patient soit resté assis pendant au moins 10 minutes devant la ligne de départ, ces paramètres seront repris à la fin du test ;
- Faire démarrer le chronométrage quand le patient commence à avancer ; Annoncer le temps écoulé et restant sans faire d'autres encouragements, de façon standardisée : 5 minutes continuez, 4 minutes bien, 3 minutes maintenez le rythme, 2 minutes très bien, plus que 1 minute continuez je vous dirai quand vous arrêter. Annoncer la fin du test : attention 20 secondes... 10 secondes... arrêtez-vous ; Compter les allers/retours du parcours établi ; Mesurer la distance entre le dernier demi-tour et la position du patient à 6mn ;
- Tension artérielle, fréquence respiratoire, saturation et pulsations, sont repris en fin de test ;
- En fin de test faire se reposer le patient, lui donner à boire. Après 10 mn de repos remesurer sa tension artérielle, fréquence respiratoire, saturation et pulsations.

Comparaison des résultats

Les résultats sont à comparer à la distance théorique et à la limite inférieure acceptable pour un sujet de telle taille, tel poids et tel âge.

Pour 1 femme

$$[2,11 \times \text{taille (cm)}] - [2,29 \times \text{poids (kg)}] - [5,78 \times \text{âge}] + 667 \text{ m} = \text{DISTANCE THÉORIQUE}$$

Limite inférieure = distance théorique - 139 m.

Pour 1 homme

$$[7,57 \times \text{taille (cm)}] - [1,76 \times \text{poids (kg)}] - [5,02 \times \text{âge}] - 309 \text{ m} = \text{DISTANCE THÉORIQUE}$$

Limite inférieure = distance théorique - 153 m.

4 ONE LEG BALANCE TEST : TEST D'ÉQUILIBRE UNIPODAL

Protocole de passation

- Demander au sujet de mettre les bras croisés, les mains sur les épaules.
- Chronométrer le temps de maintien unipodal sur le meilleur membre.

Résultats

- < 5 SECONDES → risque élevé de chute grave, limitation sévère
- DE 5 À 15 SECONDES → risque modéré de chute, limitation modérée
- DE 15 À 30 SECONDES → risque limité de chute, limitation minimale
- > 30S → très faible risque de chute, pas de limitation

5 TIME UP AND GO TEST

Protocole de passation

- chaussage habituel ;
- éventuelle aide à la marche ;
- Demander au patient de se lever d'un fauteuil, de marcher sur une distance de 3 m de faire demi-tour et de revenir s'asseoir. La vitesse de marche demandée au sujet est la plus rapide et confortable possible
- le test est chronométré. Le chronomètre démarre au top départ quand le sujet commence à se lever. Il s'arrête quand le sujet touche le dossier avec son dos.

Interprétation

- DE 0 À 10S → Pas de risque de chute, aucune limitation
- DE 11 À 20S → Risque faible de chute, limitation minimale
- DE 21 À 30S → Risque modéré de chute, limitation modérée
- > 30S → Risque élevé de chute, limitation sévère

6 QUESTIONNAIRE IPAQ : INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE

Bloc 1 : Activités intenses des 7 derniers jours

1. Pensez à toutes les activités intenses que vous avez faites au cours des 7 derniers jours.

Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

1-a. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

jour(s)

☐ Je n'ai pas eu d'activité physique intense → **Passez au bloc 2**

1-b. Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours ?

heure(s) L L L L

minutes

☐ Je ne sais pas

Bloc 2 : Activités modérées des 7 derniers jours

2. Pensez à toutes les activités modérées que vous avez faites au cours des 7 derniers jours.

Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

2-a. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volleyBall ? Ne pas inclure la marche.

jour(s)

☐ Je n'ai pas eu d'activité physique modérée → **Passez au bloc 3**

2-b. Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités modérées au cours des 7 derniers jours ?

heure(s)

minutes

☐ Je ne sais pas

Bloc 3 : La marche des 7 derniers jours

3. Pensez au temps que vous avez passé à marcher au moins 10 minutes d'affilée au cours des 7 derniers jours.

Cela comprend la marche au lycée et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

3-a. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes d'affilée.

jour(s)

☐ Je n'ai pas fait de marche → Passez au bloc 4

3.b. Au total, combien d'épisodes de marche, d'au moins 10 minutes d'affilée, avez-vous effectué au cours des 7 derniers jours ?

nombre d'épisodes de 10 minutes d'affilée

☐ Je ne sais pas

Exemples		
Lundi	1 marche de 60 minutes	6 épisodes
Mardi	1 marche de 20 minutes et 3 marches de 5 minutes	2 épisodes
Mercredi	1 marche de 35 minutes	3 épisodes
Jeudi	1 marche de 8 minutes	0 épisode
Vendredi	1 marche de 6 minutes puis 3 marches de 4 minutes →	0 épisode
Samedi	1 marche de 18 minutes	1 épisode
Dimanche	1 marche de 10 minutes et 3 marches de 5 minutes	1 épisode
Total		13 épisodes

Bloc 4 : Temps passé assis au cours des 7 derniers jours

4. La dernière question porte sur le temps que vous avez passé assis pendant les jours de semaine, au cours des 7 derniers jours. Cela comprend le temps passé assis au lycée, à la maison, lorsque vous étudiez, pendant les repas et votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision, devant un écran.

4-a. Au cours des 7 derniers jours, pendant les jours de semaine, combien de temps, en moyenne, avez-vous passé assis ?

heure(s)

minutes

☐ Je ne sais pas

7 ÉVALUATION DU NIVEAU DE MOTIVATION

1 → Fanatique Son projet est plus important que lui-même. Passe ses nuits et ses week-ends à élaborer son projet. Il y a des risques pour la personne. Durée dans le temps aléatoire.

2 → Impliqué Agit de façon autonome, en cherchant à toujours améliorer les processus ou les relations
Attitude « idéale »

3 → Motivé Agit de façon autonome, en faisant ce qu'il faut pour que « cela marche »
Attitude acceptable, mais parfois insuffisante pour certains projets

4 → Stimulé Agit sous stimuli extérieurs, sur récompense ou risque de punition
Attitude « courante », qui devrait rester transitoire et accéder au niveau « motivé »

5 → En survie Fait le minimum pour éviter les ennuis, quoiqu'il arrive.

6 → Démotivé Ne fait rien, quoiqu'il arrive. Est contagieux. Toxique pour le groupe à accompagner individuellement.

7 → En rébellion Cherche à nuire à l'organisation. Interrompre la prise en charge.

Stades de changement de comportement (Prochaska)

Les 5 stades de modification d'un comportement selon la théorie de PROCHASKA et DI CLEMENTE

Stade 1 Pré contemplation →

je n'envisage pas de devenir actif, je ne me sens pas concerné par le problème.

Stade 2 Contemplation →

je n'ai pas conscience du problème et je n'ai pas l'intention de m'en occuper, toutefois je pèse les avantages et les inconvénients.

Stade 3 Préparation →

j'ai décidé d'être plus actif et je suis prêt à le devenir, j'ai déjà fait des petits changements.

Stade 4 Action →

je suis actif et j'ai modifié mon comportement.

Stade 5 Maintien →

j'ai intégré mon nouveau comportement dans ma vie et je maintiens le changement.

Intérêt : Evaluer la capacité du patient à initier un changement

8 ÉCHELLE DE PIPER

Recommandations : Les questions suivantes concernent la fatigue que vous éprouvez en ce moment. Répondez à toutes les questions du mieux que vous pouvez et notez le temps que vous avez mis à la fin du questionnaire. Nous vous en remercions.

1 → Vous sentez-vous fatigué(e) en ce moment? OUI ☐ NON ☐

Si OUI

Depuis combien de temps vous sentez-vous fatigué(e)?

Chiffrez et cochez une seule réponse.

a. jours ☐ b. semaines ☐ c. mois ☐
d. autres (précisez) _____

Pour les questions qui suivent, entourez, dans la ligne des chiffres, celui qui correspond le mieux à votre état de fatigue en ce moment.

2 → A quel point la fatigue que vous ressentez en ce moment est-elle une souffrance ou un souci pour vous ?

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Énormément
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

3 → La fatigue que vous ressentez en ce moment affecte-t-elle votre capacité à travailler ou à suivre une activité scolaire ?

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Énormément
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

4 → La fatigue que vous ressentez en ce moment affecte-t-elle vos possibilités de sortir et/ou de passer du temps avec vos amis ?

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Énormément
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

5 → La fatigue que vous ressentez en ce moment perturbe-t-elle votre capacité à avoir une activité sexuelle ?

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Énormément
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

6 → Dans l'ensemble votre fatigue actuelle affecte-t-elle votre capacité à profiter des choses auxquelles normalement vous prenez plaisir ?

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Énormément
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

7 → Quelle est l'intensité ou la sévérité de la fatigue que vous ressentez en ce moment ?

Légère	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Forte
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

OUTILS D'ÉVALUATION

8 → La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Plaisante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Déplaisante
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

9 → La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Agréable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Désagréable
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

10 → La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Protectrice	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Détructrice
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

11 → La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Positive	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Négative
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

12 → La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Normale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Anormale
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

13 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Fort(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Faible
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

14 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Bien réveillé(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Endormi(e)
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

15 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Dynamique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vide, sans entrain
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------

16 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Reposé(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fatigué(e)
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

17 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Énergique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans énergie
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

18 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Patient(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Impatient(e)
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

19 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Détendu(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tendu(e)
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

20 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Gai(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Déprimé(e)
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

21 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Capable de vous concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Incapable de vous concentrer
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

22 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Capable de vous souvenir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapable de vous souvenir

23 → Comment vous sentez vous en ce moment ?

Capable de réfléchir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapable de réfléchir

24 → Globalement, quelle est selon vous la cause la plus directe de votre fatigue ?

25 → Globalement, ce qui s'est avéré le plus efficace pour soulager votre fatigue est :

26 → Y a-t-il d'autres termes que vous aimeriez ajouter pour mieux nous décrire votre fatigue ?

27 → Avez vous d'autres symptômes en ce moment ?

Non ☐ Oui ☐ Si oui, lesquels :

Calcul du score

La dimension comportementale = 6 items : #2 – 7

La dimension affective = 5 items : #8 – 12

La dimension sensorielle = 5 items : #13 – 17

La dimension cognitive/humeur = 6 items : #18 – 23

Pour chaque malade les résultats sont exprimés sous la forme d'un score attribué pour chaque dimension et d'un score total. Le score de chaque dimension est calculé en faisant la somme des notes données par le patient pour les items correspondants, divisée par le nombre d'items de cette dimension.

Le score total de fatigue est calculé en faisant la somme des scores obtenus pour chaque dimension divisée par le nombre de dimensions explorées. (4)

Le score obtenu pour chaque dimension est comparé au score total de fatigue, et permet ainsi de classer les résultats en plusieurs types de fatigue en fonction de chaque composante. Ce sont les prédominances d'une ou plusieurs caractéristiques qui permettront de déterminer l'intervention appropriée pour le patient pour diminuer son niveau de fatigue.

BIBLIOGRAPHIE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Bohannon, R. W. (2006). Reference values for the timed Up and Go test: a descriptive meta-analysis. *Journal of geriatric physical therapy*, 29(2), 64-68.
- Bohannon, R. W., Larkin, P. A., Cook, A. C., Gear, J., & Singer, J. (1984). Decrease in timed balance test scores with aging. *Phys ther*, 64(7), 1067-1070.
- Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med sci sports Exerc*, 195(9131/03), 3508-1381.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Med sci sports exerc*, 14(5), 377-381.
- Chaory, K., Fayad, F., Rannou, F., Lefevre-Colau, M. M., Fermanian, J., Revel, M., & Poiraudreau, S. (2004). Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine*, 29(8), 908-913.
- Crinière, L., Lhommet, C., Caille, A., Giraudeau, B., Lecomte, P., Couet, C., ... & Jacobi, D. (2011). Reproducibility and validity of the French version of the long international physical activity questionnaire in patients with type 2 diabetes. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(6), 858-865.
- Gibbons, W. J., Fruchter, N., Sloan, S., & Levy, R. D. (2001). Reference values for a multiple repetition 6-minute walk test in healthy adults older than 20 years. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 21(2), 87-93.
- Guyatt, G. H., Sullivan, M. J., Thompson, P. J., Fallen, E. L., Pugsley, S. O., Taylor, D. W., & Berman, L. B. (1985). The 6-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. *Canadian Medical Association Journal*, 132(8), 919.
- Hislop, H., Avers, D., Brown, M., Pillu, M., Viel, E. Le bilan musculaire de Daniels et Worthingham : Techniques de testing manuel Paris, Elsevier-Masson, 9ème édition, 2015.
- Lacôte, M., Chevalier, AM., Miranda, A., Bleton, JP. Cotation de Held et Pierrot-Deseilligny. in : Evaluation clinique de la fonction musculaire. Paris : Masson; 2005.
- Leetun, D. T., Ireland, M. L., Willson, J. D., Ballantyne, B. T., & Davis, I. M. (2004). Core stability measures as risk factors for lower extremity injury in athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36(6), 926-934.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.
- Stanton, R., Reaburn, P. R., & Humphries, B. (2004). The effect of short-term Swiss ball training on core stability and running economy. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 18(3), 522-528.
- Vellas, B. J., Wayne, S. J., Romero, L., Baumgartner, R. N., Rubenstein, L. Z., & Garry, P. J. (1997). One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(6), 735-738.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157-168.

REMERCIEMENTS

- **Michel ARNAL** : kinésithérapeute ; conseiller national de l'ordre ; éducateur sportif ; responsable du prix de l'ordre.
- **Gérard COLNAT** : kinésithérapeute ; conseiller national de l'ordre ; membre de la commission éthique et déontologie.
- **Jean-François DUMAS** : kinésithérapeute ; secrétaire général du conseil national de l'ordre ; éducateur sportif.
- **Pierre-Yves FARRUGIA** : kinésithérapeute ; ostéopathe ; attaché des hôpitaux de Toulouse.
- **Stéphane FLORI** : kinésithérapeute ; représentant ALIZÉ ; suivi de sportif de haut niveau (champion du monde de boxe française) ; kinésithérapie pédiatrique.
- **Xavier GALLO** : kinésithérapeute ; secrétaire adjoint du conseil national de l'ordre ; président du conseil départemental de l'ordre de l'Isère ; éducateur sportif ; Master en Sciences Humaines et Sociales.
- **Sébastien GUERARD** : kinésithérapeute ; premier Secrétaire Général de la FFMKR.
- **Franck LAGNIAUX** : kinésithérapeute ostéopathe du sport ; PhD Sciences Humaines ; président de la Société Française des Masseurs Kinésithérapeutes du Sport ; chercheur associé - Laboratoire EA7424 - Université Savoie Mont-Blanc.
- **Nicolas MACHURET** : kinésithérapeute ; ostéopathe ; kiné du sport et préparation physique ; vice-président URPS Occitanie.
- **François MAIGNIEN** : kinésithérapeute ; vice-président du conseil national de l'ordre.
- **Tristan MARECHAL** : kinésithérapeute ; vice-président du SNMKR et de l'Union ; chargé du dossier : « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? » (2015-2017).
- **Stéphane MICHEL** : kinésithérapeute ; ostéopathe ; président SNMKR ; président UNSMKL.
- **Eric PASTOR** : kinésithérapeute ; cadre de santé ; DEA science de l'éducation ; président du conseil départemental de l'ordre de l'Hérault ; conseiller national de l'ordre ; président de la commission formation.
- **François RANDAZZO** : kinésithérapeute ; ostéopathe ; secrétaire général du syndicat ALIZÉ ; master 2 STAPS science du mouvement humain ; Brevet d'Etat des activités de la natation.
- **Jocelyne ROLLAND** : kinésithérapeute ; cadre de santé ; instructeur PILATES ; créatrice du ROSE PILATES et de AVIROSE.
- **Laurent ROUSSEAU** : kinésithérapeute ; formateur spécialiste prise en charge de la douleur.
- **Thibault SEBIRE** : kinésithérapeute ; élu ordinal du conseil départemental de l'ordre du Calvados, cadre de Santé à l'IMPR du Bois de Lébisey ; chargé de cours et membre du conseil pédagogique de l'IFMK d'Alençon ; Jury de Diplôme d'Etat.
- **Joseph TIBURCE** : kinésithérapeute libéral ; conseiller national de l'ordre ; président du conseil interrégional de l'ordre d'Antilles-Guyane ; Formateur PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique).
- **Jacques VAILLANT** : kinésithérapeute ; Habilité à Diriger des Recherches ; PhD ; vice-président du conseil national de l'ordre ; président du conseil scientifique ; directeur IFMK Grenoble.
- **Mathias WILLAME** : kinésithérapeute ; éducateur sportif.
- **Grégory ZNATCHOVSKY** : kinésithérapeute du sport et thérapeute manuel ; sportif de haut niveau (triple champion du monde de beach volley, ex joueur équipe de France de Beach volley).



Ordre des
masseurs-kinésithérapeutes

Pratiquer une activité sportive avec une
affection de longue durée ?

**PAS SANS
LE BILAN KINÉ !**



Ordre des
masseurs-kinésithérapeutes

**CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE
DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**

120 - 122 rue Réaumur
75002 PARIS
www.ordremk.fr

CONTACT PRESSE

Marie-Josée Antoine / Franck Gougeon
01 77 49 37 20 / 01 77 49 37 10
communication@ordremk.fr

SUIVEZ-NOUS SUR

