USML
Maisons-Laffitte / Le Mesnil-le-Roi

# PASS' SPORT SANTÉ

**Pour plus d'informations, contacter :**


USML
6 rue Guynemer
78600 Maisons-Laffitte

*Nous téléphoner*
**06 46 57 87 49**

*Nous joindre par mail*
**b-carlotti@club-internet.fr**
**https://www.usml.fr**


*Ce « Pass'Sport Santé » est inspiré des dispositifs « Biarritz Sport Santé » et « VGA Pass'Sport Santé »*

Yvelines Le Département
J'aime mon Département

La Santé par le Sport

# LE PASS'SPORT

## SANTÉ

**LE PASS'SPORT SANTÉ EST LE CARNET DE SUIVI DE VOTRE PARCOURS D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES.**
CE DOCUMENT RASSEMBLE LES INFORMATIONS UTILES À TOUS LES ACTEURS DE SANTÉ IMPLIQUÉS DANS VOTRE PARCOURS.

Nom : …….

Prénom : …….

Date de naissance : ……. Sexe : ○ Masculin ○ Féminin

Adresse : …….

CP : ……. Ville : ……...

Tél : ……

E-mail : ……

Votre médecin traitant : ……

*Les informations inscrites sur ce document peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé destiné à évaluer le dispositif mis en place mais ne seront ni diffusées, ni commercialisées à des tiers.*



TABLEAU DE SUIVI — Educateur sportif référent : ……. Section sportive choisie : ……

| Cycle | Commentaires du bénéficiaire | Commentaires de l'éducateur sportif | Tampon de présence |
|---|---|---|---|
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |
| Date : __ / __ / __ | | | |

NUTRITION

SI VOUS ÊTES SUIVI(E) PAR UN(E) DIÉTÉTICIEN(NE) OU UN(E) NUTRITIONNISTE, CE TABLEAU VOUS PERMETTRA DE FAIRE LE POINT SUR VOS HABITUDES ALIMENTAIRES ET DE BÉNÉFICIER DE CONSEILS PRATIQUES ET PERSONNALISÉS SUR LA NUTRITION.

| À COMPLÉTER PAR LE PROFESSIONNEL | |
|---|---|
| POINTS FORTS | |
| POINTS À AMÉLIORER | |
| PRIORITÉS | |

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA NUTRITION SONT INDISSOCIABLES ET INDISPENSABLES POUR UNE BONNE SANTÉ !



LE BÉNÉFICIAIRE

# ACTIVITÉS PHYSIQUES
## BÉNÉFICES SUR LA SANTÉ

**PRATIQUER AU MOINS 30 MINUTES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PAR JOUR**

PERMET D'AMÉLIORER SA QUALITÉ DE VIE ET OFFRE DE NOMBREUX BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ.

**- 1 -**

**Diminue** le risque de mortalité par maladies cardio-vasculaires.

**- 2 -**

**Diminue** la fréquence du cœur et la tension artérielle au repos.

**- 3 -**

**Diminue** le taux de sucre et de graisse dans le sang.

**- 4 -**

**Aide** à perdre du poids en association avec une alimentation équilibrée.

**- 5 -**

**Améliore** la respiration et aide à l'arrêt du tabac.

**- 6 -**

**Réduit** les risques de développer un cancer (sein, colon).

**- 7 -**

**Lutte** contre le stress, améliore le moral et la confiance en soi.

**- 8 -**

**Préserve** les muscles et la souplesse.

**- 9 -**

**Diminue** le risque d'ostéoporose et permet de mieux vivre avec l'arthrose, de mieux vieillir.

**- 10 -**

**Augmente** l'espérance de vie de façon significative chez les pratiquants réguliers.

# DU SPORT OUI,
## MAIS PAS N'IMPORTE COMMENT

**LA PRATIQUE REGULIÈRE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES OFFRE DE NOMBREUX BÉNÉFICES.**

MAIS CERTAINES PRÉCAUTION SONT A RESPECTER.
*Recommandations éditées par le Club des cardiologues du sport.*

**- 6 -**

J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5° ou supérieures à +30°, ou lors de pics de pollution.

**- 7 -**

Je ne fume jamais 1h avant, ni 2h après une pratique sportive.

**- 8 -**

Je ne consomme jamais de substances dopantes et j'évite l'automédication en général.

**- 9 -**

Je ne fais pas de sport si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures).

**- 10 -**

Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité physique intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes.





## BILAN D'ACCOMPAGNEMENT

• Evaluation 2 : …. / …. / ….

Vos objectifs ont-ils été atteints ? ○ Oui ○ Non ○ En partie

Si non, pourquoi ? ……

……

Projetez-vous de continuer la pratique d'une activité physique régulière ?

○ Oui ○ Oui, je suis déjà inscrit(e) ○ Non

Si oui, laquelle ? ……

Si non, pourquoi ? ……

| Objectif(s) à court terme « Après 1 mois » | Objectif(s) à moyen terme « Après 5 mois » | Objectif(s) à long terme « Après 10 mois » |
|---|---|---|
| | | |

Vous sentez-vous capable ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| Avantages | Inconvénients |
|---|---|
| | |

## BILAN DE PRISE EN CHARGE

- Evaluation 1 : …. / …. / ….

| Objectif(s) à court terme « Après 1 mois » | Objectif(s) à moyen terme « Après 5 mois » | Objectif(s) à long terme « Après 10 mois » |
|---|---|---|
| | | |
| Vous sentez-vous capable ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | |
| Avantages | Inconvénients | |
| | | |





# LE PODOMÈTRE

**VOTRE ÉDUCATEUR VOUS A REMIS UN « KIT D-MARCHE »**
**POUR ÉVALUER VOTRE ACTIVITÉ PHYSIQUE QUOTIDIENNE.**
Cet appareil qui se porte à la ceinture permet d'enregistrer les pas parcourus. Il doit se porter du réveil au coucher.
Chaque soir il vous faudra reporter le nombre de pas parcourus dans le tableau ci-dessous :

D-marche C'EST SURTOUT POUR TOUT LE MONDE

| Je reporte le nombre de pas parcourus quotidiennement | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# *Le parcours de soins Sport-Santé*

**LE PATIENT CONCERNÉ**

Personne atteinte de pathologies lourdes / atteinte d'Affection de Longue Durée (ALD) ou personne sédentaire qui pourrait bénéficier de la pratique régulière d'une activité physique

**LE MÉDECIN**

**Consultation médicale avec :**

> Sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique et du sport
> Remise du Pass'Sport Santé > Accès à la plateforme « monbilansportsante.fr »
> Orientation du patient et délivrance du certificat médical

**USML Sport-Santé**

Entretien (2h) avec un enseignant APA qui :

> Evalue la condition physique
> Etablit un programme sportif adapté
> Oriente, accompagne et garantit un suivi
> Propose un accompagnement de podologie, d'ostéopathie et bilan nutritionnel si besoin
> Délivre un kit « D-Marche »

**ACTIVITÉ PHYSIQUE**

> 1 mois de pratique d'Activité Physique Adaptée

**NUTRITION**

> Bilan nutritionnel gratuit avec une diététicienne

**USML Sport-Santé**

Entretien bilan avec un enseignant APA qui :
> Réévalue la condition physique / Réoriente le pratiquant si besoin
> Bilan au bout d'un mois de pratique
> Définit les objectifs à long terme et précise les habitudes à suivre





**Souplesse des membres supérieurs** :

Debout dos à plat contre le mur, monter bras tendus (par l'avant), et les rapprocher un maximum du mur, sans se cambrer ou décoller le dos.

| | Evaluation 1 | Evaluation 2 |
|---|---|---|
| Mesure mains – mur (en cm) | cm | cm |

## 4 – EQUILIBRE

Debout, maintenir le plus de positions possibles durant 15 secondes :

○ ***Position 1*** : Debout pieds joints, bras relâchés le long du corps, yeux fermés.

○ ***Position 2*** : En appui unipodal sur le pied **droit**, jambe **gauche** fléchie à 90° devant soi, bras relâchés le long du corps, yeux ouverts.

○ ***Position 3*** : En appui unipodal sur le pied **gauche**, jambe **droite** fléchie à 90° devant soi, bras relâchés le long du corps, yeux ouverts.

○ ***Position 4*** : En appui unipodal sur le pied **droit**, jambe **gauche** fléchie à 90° devant soi, bras relâchés le long du corps, yeux fermés.

○ ***Position 5*** : En appui unipodal sur le pied **gauche**, jambe **droite** fléchie à 90° devant soi, bras relâchés le long du corps, yeux fermés.

| | Evaluation 1 | Evaluation 2 |
|---|---|---|
| Nombre de positions maintenues | /5 | /5 |

# TESTS D'ÉVALUATION

## DE LA CONDITION PHYSIQUE

**Evaluation 1** : …. / …. / ….  **Evaluation 2** : …. / …. / ….

### 1 – FORCE DES MEMBRES INFERIEURS

A partir d'une chaise, pieds largeur du bassin, bras croisés sur le torse, s'asseoir et se relever un maximum de fois en 30s.

| | Evaluation 1 | Evaluation 2 |
|---|---|---|
| Nombre de répétitions | | |

### 2 – FORCE DES MEMBRES SUPERIEURS

En appui contre un mur en veillant à garder les coudes proches du corps, réaliser un maximum de pompes en 30 secondes.

| | Evaluation 1 | Evaluation 2 |
|---|---|---|
| Nombre de répétitions | | |

### 3 – SOUPLESSE

**Souplesse des membres inférieurs** :

Debout pieds joints, tendre les deux bras vers le sol pour aller toucher ses pieds.

| | Evaluation 1 | Evaluation 2 |
|---|---|---|
| Mesure sol – doigts (en cm) | cm | cm |





# FICHE DE PRESCRIPTION

**Les objectifs recherchés :**

○ Renforcement musculaire ○ Equilibre et proprioception

○ Renforcement de l'ossature ○ Lutte contre le stress

○ Capacité cardio-respiratoire ○ Perte de poids

○ Souplesse et mobilité articulaire ○ Réentraînement à l'effort

……...

……...

**Quelle fréquence de pratique ?**

○ Occasionnelle ○ Régulière ○ Très régulière

**Quelle intensité ?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Faible Moyenne Elevée

LE MÉDECIN

## Quelle activité physique ?

O **JE LAISSE** le soin à l'enseignant APA de l'USML Sport-Santé d'évaluer et d'orienter le bénéficiaire vers une activité physique adaptée.

o **JE CONSEILLE :**

o Sport Santé (Activités de remise en forme adaptées aux capacités de chacun)

o Taïso o Pilates o Gymnastique o Marche Nordique
o Escrime o Randonnée o Natation

……

……

USML Sport Santé

LORS D'UN ENTRETIEN DE DEUX HEURES,

L'**USML SPORT SANTÉ** VOUS DÉLIVRE UNE ÉVALUATION DE VOTRE CONDITION PHYSIQUE ET VOUS ORIENTE VERS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE.

*Prenez contact avec nous au 01.39.62.32.13 pour convenir d'un RDV*

## ETES-VOUS PRET(E) A CHANGER VOS HABITUDES POUR AUGMENTER VOTRE ACTIVITE PHYSIQUE ?

QUESTION 1

Vous est-il important d'avoir une activité physique régulière ?

Evaluation 1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evaluation 2

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION 2

Vous sentez-vous capable de pratiquer une activité physique régulière ?

Evaluation 1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evaluation 2

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## COMPLÉMENTAIRES

**La pratiquante / Le pratiquant NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes :**

o Marcher o Courir o Sauter o Mettre la tête en arrière

o Pousser o Porter o Attraper o S'allonger au sol

o Se relever du sol

o Autres ……

**Elle / Il ne doit pas réaliser les types d'effort suivants :**

o Endurance (long et peu intense) o Vitesse (bref et intense)
o Résistance

**Elle / Il ne doit pas solliciter les articulations suivantes :**

o Rachis o Hanche o Genoux o Chevilles o Epaules
o Autres : ……

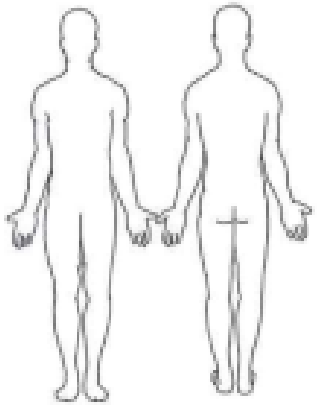
**Et ses mouvements sont limités en termes de :**

o Amplitude o Vitesse o Charge o Posture

**Il est donc nécessaire d'arrêter l'APS en cas de :**

o Douleur o Fatigue o Essoufflement

**DOULEURS ET FRAGILITÉS PHYSIQUES**



Le ……. / …… / ……

Observations :





# CERTIFICAT MÉDICAL

## DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Je soussigné Dr ……

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme / M. ……

Né(e) le : ……

et n'avoir pas constaté de contre-indication apparente à la pratique de :

o L'ensemble des activités proposées dans le Pass'Sport Santé

o Activité(s) physique(s) suivantes(s) : ……

……

à …… le ……. Cachet du médecin

Signature du médecin

Le patient doit-il bénéficier d'un bilan nutritionnel ? o Oui o Non

# TEST

| | POINTS | | | | | SCORE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A - Comportements sédentaires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisir, télé, ordinateur, travail…) ? | + 5h | 4 à 5h | 3 à 4h | 2 à 3h | - 2h | |
| Total (A) | | | | | | |
| B – Activités physiques quotidiennes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SCORE |
| Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ? | Légère | Modérée | Moyenne | Intense | Très intense | |
| En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage, etc. ? | - 2 h | 3 à 4h | 5 à 6h | 7 à 9h | + 10h | |
| Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ? | - 15 min | 16 à 30 min | 31 à 45 min | 46 à 60 min | + 60 min | |
| Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ? | - 2 | 3 à 5 | 6 à 10 | 11 à 15 | + 16 | |
| Total (B) | | | | | | |

| C – Activités physiques de loisirs (dont sports) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SCORE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ? | Non | | | | Oui | |
| A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ? | 1 à 2 fois/mois | 1 fois/sem | 2 fois/sem | 3 fois/sem | 4 fois/sem | |
| Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ? | - 15 min | 16 à 30 min | 31 à 45 min | 46 à 60 min | + 60 min | |
| Habituellement, comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représente un effort très facile et 5, très difficile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Total (C) | | | | | | |
| TOTAL (A+B+C) | | | | | | |

**TOTAL :**

-18 = inactif  entre 18 et 35 = actif  + 35 = très actif