

REMISE EN MOUVEMENT

Première version établie le 11/10/2023

Nouvelle version le 19/12/2024

Programme consultable

- sur Drive/05_PROTOCOLES
- dans le classeur "Protocoles"

Référence

#REM_MOUV

Problématique

Comment prendre en charge les patients ayant une limitation de l'activité physique, des gestes du quotidien en relation avec une gêne, une douleur et/ou une altération de leur image corporelle.

Objectif du protocole

Permettre aux patients majeurs de reprendre une activité physique dans les meilleures conditions possibles avec un travail en équipe pluridisciplinaire.

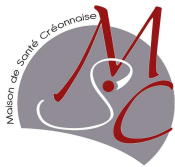
Professionnels concernés

Médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmière asalée, podologue et psychomotricienne.

Critères d'inclusion / Patients concernés

Tout patient majeur ayant un médecin traitant dans la M.S.C. et exprimant des réticences à l'activité physique pour cause de douleurs physiques et/ou une difficulté par rapport à son image corporelle, et qui est concerné par un ou plusieurs de ces critères :

- obésité IMC > 30
- addiction (tabac, alcool, autres)
- isolement



Détails du protocole

Dès qu'un professionnel de santé décèle un ou plusieurs freins à la pratique d'une activité physique, il informe le patient du protocole "remise en mouvement".

Le patient remplit un questionnaire (en annexe) avant la consultation avec son médecin traitant. Le patient est informé des détails du protocole sur un flyer joint au questionnaire.

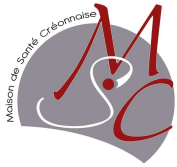
A la fin de la consultation, le médecin traitant oriente le patient vers le(s) praticien(s) qui pourra(ont) apporter une aide à la reprise d'une activité physique. Il prescrit une ordonnance type créée dans le logiciel MLM pour chaque orientation :

- kinésithérapie : ordonnance quantitative de réadaptation cardio vasculaire, renforcement musculaire de deux membres ou plus.
- podologie : bilan podologique et postural, conseils en chaussage + semelles si nécessaire.
- psychomotricité : bilan spécifique à la remise en mouvement et séances si besoin
- infirmière asalée : utiliser l'ordonnance déjà mise en place en cochant "remise en mouvement"

- Les kinésithérapeutes apportent une éducation à la douleur et un renforcement musculaire.
- La podologue conseille le patient lors d'un bilan podologique et postural, suivi de conseils en chaussage et si besoin d'une mise en place de semelles.
- La psychomotricienne intervient lorsqu'il existe des troubles anxieux et une appréhension du mouvement. Elle effectue un travail sur l'image du corps, sur les liens corps-perception-représentation, corps-mouvement-émotions, lien douleur-réinvestissement corporel. Elle peut également aider à la relaxation. Ce travail peut se faire en séances ou ateliers de psychomotricité, un accompagnement autour du schéma corporel et de la conscience corporelle.
- L'infirmière asalée propose des entretiens individuels d'une heure basés sur l'écoute et le questionnement afin d'évaluer les besoins exprimés. En fonction de ces derniers, elle mettra en place une co-construction d'objectifs à atteindre avec des moyens adaptés et une évaluation régulière. Des séances de marche en individuel ou en groupe sont également possibles.

Des réunions de concertation pluriprofessionnelle seront programmées durant l'année. Une fiche de suivi du patient est créée afin de recueillir un maximum de données.

Afin de pérenniser la démarche, une fois les freins levés, il sera proposé au patient qui a besoin d'un suivi pour intégrer une activité physique régulièrement dans son



quotidien, de participer au P.E.P.S. (Prescription d'Exercice Physique pour la Santé).

Evaluation

Tableau de suivi du protocole, fiche de suivi du patient
En 2024, 21 patients ont intégré le protocole.

Coût

Temps de réunion des professionnels de santé.
Participation à une séance de groupe en psychomotricité (si besoin).

Références

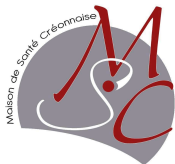
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2028> (Une des dix cibles du P.R.S. de la Nouvelle aquitaine : Augmenter la pratique d'activité physique hebdomadaire)

Annexe(s)

Questionnaire préalable à la consultation médecin traitant, tableau de suivi, fiche suivi patient

Réévaluation du protocole à prévoir

mai 2025



QUESTIONNAIRE

Afin de mieux vous accompagner dans votre démarche de remise en mouvement, nous vous proposons de répondre aux questions ci-dessous avant votre rendez-vous avec le médecin traitant.

Avez-vous déjà pratiqué une activité ?

OUI NON Si oui, laquelle ?

Avez-vous envie de (re)bouger ?

OUI NON

Manquez-vous de motivation ?

OUI NON

Est-ce que faire une activité seul(e) vous angoisse ?

OUI NON

Est-ce que le regard de l'autre vous dérange ?

OUI NON

Prenez-vous plaisir à bouger ?

OUI NON

Vous sentez-vous à l'aise dans votre corps ?

OUI NON

Est-ce que vous avez peur d'avoir mal ?

OUI NON

Est-ce que certains mouvements sont douloureux ?

OUI NON Si oui, lesquels ?

Est-ce que marcher devient douloureux sur la durée ?

OUI NON

Est-ce que vous avez une gêne dans vos activités quotidiennes ?

OUI NON Si oui, lesquelles ?

Si vous participez au protocole "Remise en mouvement", nous vous demanderons une assiduité et une régularité dans vos rendez-vous afin d'optimiser les bénéfices thérapeutiques.

En cas de non-respect de l'observance, nous nous réservons le droit d'arrêter notre collaboration dans ce programme.

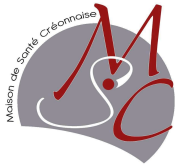


TABLEAU D EVALUATION DU PROTOCOLE												
Protocole Remise en mouvement												
PATIENT	CRITERE	INTEGRATION AU PROTOCOLE			PRISE EN CHARGE				ARRET	REPRISE MOUV		COMMENT ?
		OUI	NON	Pourquoi ?	Kiné	Podo	Psychomot	Asalée	Pourquoi ?	OUI	NON	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FICHE SUIVI PATIENT
Protocole Remise en mouvement

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

CRITERE

Obésité Addiction Isolement

PRISE EN CHARGE

DATE : _____

Kinésithérapie Date Bilan _____ Nb séances _____

Podologie Date Bilan _____ Appareillage OUI NON Lequel : _____

Psychomotricité Date Bilan _____ Nb séances _____

Asalée Date Bilan _____ Nb séances _____

ARRET

DATE : _____

Pourquoi ? _____

REPRISE MOUV

DATE : _____

OUI Précision : _____

NON

OBSERVATIONS

TABLEAU D EVALUATION DU PROTOCOLE

Protocole Remise en mouvement

PATIENT	CRITERE	INTEGRATION AU PROTOCOLE			PRISE EN CHARGE				DÉTAILS PRISE EN CHARGE	ARRET	REPRISE MOUV		COMMENT ?
		SEXE/AGE	OUI	NON	Pourquoi ?	Kiné	Podo	Psychomot			Asalée	Pourquoi ?	
F/79	Obésité FRCV Sédentarité Isolement Synd. anxio dép.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs Peur de marcher seule	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		autonomie, marche seule et avec sa voisine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marche seule !
M/85	Surpoids FRCV Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manque de motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	assidu aux séance REM de groupe, marche 2h/semaine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/52	Addiction	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manque de motivation Besoin d'accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		marche seul en autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/76	FRCV Surpoids Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manque de motivation Besoin d'accompagnement Peur d'être actif (suite AVC)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	a du reprendre la kiné suite à altération état général, assidu au groupe REM avec son épouse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/77	FRCV Surpoids Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peur de marcher seule, aidante épuisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	annulation de qq séances REM dû à son statut de double aidante depuis 1mois		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/68	FRCV Addiction Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manque de motivation Douleurs liées à l'arthrose, surpoids	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	podo : bilan 2023 peut etre revoir ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/70	FRCV Surpoids Addiction Sédentarité Isolement Synd. Anx dép.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manque de motivation Besoin d'accompagnement Peur du regard des autres Peur de marcher seule	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	reprise kiné suite à chute, sortie de l'isolement via l	Proposition Psychomot mais refus du psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/57	Addiction Sédentarité Synd anx. dép	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs Manque de motivation Besoin d'accompagnement Manque de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	début d'intégration au groupe, bon échange avec qq patient		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/74	FRCV Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs Manque de motivation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Arrêt groupe de marche mais poursuite solo - Arrêt même en solo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
M/72	Addiction Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manque de motivation Besoin d'accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/58	Addiction	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin de sociabiliser	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	podo : (refuse les semelles, mais bilan fait)	ne vient plus, ne répond pas aux sollicitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/61	Surpoids FRCV Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs Besoin d'accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	très assidu et volontaire, toujours algique pendant la marche,début le rameur chez lui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TABLEAU D EVALUATION DU PROTOCOLE

Protocole Remise en mouvement

PATIENT	CRITERE	INTEGRATION AU PROTOCOLE			PRISE EN CHARGE				DÉTAILS PRISE EN CHARGE	ARRET	REPRISE MOUV		COMMENT ?
		OUI	NON	Pourquoi ?	Kiné	Podo	Psychomot	Asalée			Pourquoi ?	OUI	
M/65	Surpoids FRCV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin d'accompagnement Besoin de sociabiliser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		activités autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/60	Addiction	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Besoin d'accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		ne vient plus, ne répond pas aux sollicitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/76	Surpoids Sédentarité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	difficultés à se motiver pour venir aux séances REM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/90	Sédentarité +++	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	marche jardin
F/60	Addiction	<input checked="" type="checkbox"/>		Besoin d'accompagnement de sociabiliser				<input checked="" type="checkbox"/>		reprise activités annexes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	salle de sport
F/49	sédentarité		<input checked="" type="checkbox"/>	non adapté							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/81	sédentarité, isolement	<input checked="" type="checkbox"/>		besoin de sociabiliser				<input checked="" type="checkbox"/>	très assidue au groupe REM, bonne intégration au groupe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/55	addiction, sédentarité, is	<input checked="" type="checkbox"/>		besoin de sociabiliser				<input checked="" type="checkbox"/>	très assidue au groupe REM, bonne intégration au groupe, s'investit dans association		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F/71	RCVA, HTA, DT2	<input checked="" type="checkbox"/>		sociabiliser, de réassurance, d'accompagnement				<input checked="" type="checkbox"/>	bon intégration au groupe, volontaire et motivée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	