

1

## NOM DU SOIN / DE LA TECHNIQUE

*Veillez entrer le nom du soin / de la technique*

**Activité Physique Adaptée (A.P.A.)**

2

## PRÉSENTATION DU DISPOSITIF / DE LA PROFESSION

*Veillez faire une présentation du soin / de la technique*

*Profil type des personnes prises en charge par le dispositif*

Séances d'activités physiques accompagnées, en aérobie, à intensité faible à modérée (sports adaptés, gym douce, renforcement musculaire de type Pilate, marche, L.I.A, danses) dans les limitations physiques faibles à modérées des personnes en A.L.D ou malades chroniques ou à risque de perte d'autonomie.

But : entretenir ou améliorer sa condition physique (force, équilibre, endurance, souplesse, etc...) et lutter contre la sédentarité.

Effets prouvés scientifiquement : améliore les effets des traitements médicamenteux (synergie) et/ou diminue le nombre de médicaments et diminue les risques de rechute (cancers).

Sur prescription médicale, possibilité de prise en charge financière par sa mutuelle pour un montant forfaitaire par an.

3

## CONTACT

Liste des professionnels spécialisés (diplôme en sport santé), sur le site S.S.B.E de l'ARS, en activité indépendante ou salarié de structures (associations ou autres ) ayant déclaré des créneaux A.P.A.

4

## PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

*Veillez indiquer ici si la prise en charge financière est faite par un organisme public (ou autre) ou si la sollicitation du dispositif est à la charge de l'utilisateur*

Selon contrat mutuelle dont service Vivoptim (groupe VYV).

5

## AUTRES INFORMATIONS

- En cas de limitation modérée du ou de la pratiquant(e), le ou la professionnel(le) du sport doit travailler dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire de santé.
- cf : décret de la loi de modernisation de la santé de 2016 applicable à partir de 2017.

