

FICHES PRATIQUES

Activité Physique,
Grossesse
et Diabète gestationnel



CPTS Australe
Saint Pierre • Entre-Deux • Le Tampon

Laureline Debusschère

Copyright © 2025 par Laureline Debusschère

Tous droits réservés.

Aucune partie de cet ouvrage ne peut être reproduite ou utilisée sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, y compris des systèmes de stockage d'informations ou de recherche documentaire, sans l'autorisation écrite de l'éditeur,

LE PETIT MOT DE L'AUTRICE

Ces fiches vous sont offertes par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS Australe) de St Pierre-Entre Deux-Tampon dans le cadre de la mission "Parcours du patient diabétique" et mis à disposition des professionnels recevant des femmes enceintes en consultation.

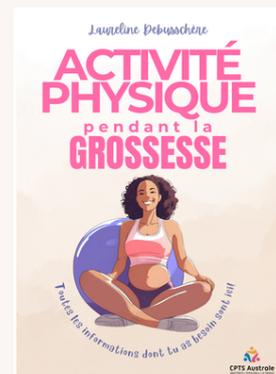
Ces fiches ont été conçues pour vous aider à aborder la promotion de l'activité physique auprès de vos patientes enceintes.

Vous y trouverez 3 fiches reprenant les questions clés qu'il serait utile de poser pour dégrossir la situation de la patiente autour de l'activité physique.

Egalement des fiches reprenant des exemples de discours de patientes et quelques pistes pour y répondre.

Enfin, une proposition de questionnaire d'évaluation de l'aptitude physique inspiré du X-AAP qu'il serait intéressant qu'elles remplissent avant leur consultation avec le médecin ou gynécologue.

Afin de compléter votre discours n'hésitez pas à vous appuyer sur le guide de l'activité physique pendant la grossesse.



Laureline DEBUSSCHERE

Masseur-Kinésithérapeute spécialisée en
Abdomino-Pelvi-Périnéologie, Educateur sportif,
Professeur de Pilates



Mam' en Forme NDA: 04973234697

Intervenante en formation continue sur la
rééducation abdomino-pelvi-périnéale, et sur
l'activité physique chez la femme enceinte

SOMMAIRE

1. FICHES MISE EN SITUATION EN CONSULTATION,p 1- 3
QUESTIONS CLÉS
2. FICHES MISE EN SITUATION ENp 4 -12
CONSULTATION, PAROLES DE PATIENTES
3. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'APTITUDEp 13-17
PHYSIQUE
4. RESSOURCES ET ADRESSES UTILESp 18-20

MISE EN SITUATION FEMME ENCEINTE AVEC BON OU TRÈS BON NIVEAU D'AP

En ce moment faites-vous régulièrement une AP?

OUI

Bravo, que pratiquez-vous?

DESCRIPTION DES AP

Est-ce qu'un professionnel vous a déjà donné des conseils sur votre pratique pendant la grossesse?

OUI

NON

Est-ce que les infos ont été suffisantes pour vous guider dans votre pratique?

OUI

NON

Souhaitez-vous que l'on en parle maintenant ?

OUI

NON

Souhaitez-vous un petit guide à lire ou vidéo à consulter?

NON

OUI

Avez-vous une question en particulier?

**PRÉCAUTIONS
ADAPTATION DE MON AP...**

Souhaitez-vous un petit guide à lire ou vidéo à consulter?

OUI

NON

Selon ses questions

- Proposez des infographies ou vidéos ciblées ou un guide complet
- Proposer le questionnaire à remplir en vue de la consultation recommandée avec le médecin ou gynéco pour poursuivre l'AP
- Parler d'un accompagnement sport santé si besoin d'un encadrement plus précis et personnalisé et/ou rééducation

Recommander le questionnaire et la visite médicale pour l'approbation à la poursuite de l'AP

Recommander le questionnaire et la visite médicale pour l'approbation à la poursuite de l'AP

MISE EN SITUATION FEMME ENCEINTE AVEC FAIBLE NIVEAU D'AP OU IRRÉGULIER

En ce moment faites-vous régulièrement une AP?

OUI MAIS PAS SOUVENT

Bravo, que pratiquez-vous?

DESCRIPTION DES AP

Est-ce que vous avez réduit volontairement depuis que vous êtes enceinte?

OUI

Pour quelle(s) raisons?

NON, JE N'EN AI JAMAIS TROP FAIT

Que faudrait-il pour que vous puissiez pratiquer davantage?

CRAINTES FATIGUE DOULEURS TEMPS MOTIVATION INFORMATIONS/CONSEILS
PEUR D'EN FAIRE TROP/NE SAIT PAS COMMENT ADAPTER...

Souhaitez-vous que l'on en parle maintenant ?

OUI

Avez-vous des questions en particulier?

NON

Souhaitez-vous vous faire accompagner dans votre pratique par un professionnel ?

OUI

NON

Souhaitez-vous un petit guide à lire ou vidéo à consulter?

OUI

NON

Selon ses questions et/ou les freins à sa pratique

- Proposez des infographies ou vidéos ciblées ou un guide complet
- Proposer le questionnaire à remplir en vue de la consultation recommandée avec le médecin ou gynéco pour poursuivre ou démarrer l'AP
- Parler d'un accompagnement sport santé si besoin d'un encadrement plus précis, suivi et personnalisé ou prescription APA et/ou rééducation

Recommander le questionnaire et la visite médicale pour l'approbation à la poursuite de l'AP

MISE EN SITUATION FEMME ENCEINTE AVEC TRÈS FAIBLE NIVEAU D'AP VOIRE INACTIVE ET/OU SÉDENTAIRE

En ce moment faites-vous régulièrement une AP?

NON

Est-ce que dans votre vie quotidienne vous bougez régulièrement, par ex en faisant des tâches domestiques, ou en montant des escaliers ou en allant à pied faire des petites courses d'appoint ou encore au travail?

OUI

C'est un très bon début! Est-ce que vous restez beaucoup assise ou allongée dans la journée?

NON

OUI

NON

Est-ce que vous restez beaucoup assise ou allongée dans la journée?

OUI

NON

Que faudrait-il pour que vous puissiez être un peu plus active et moins sédentaire?

CRAINTES

FATIGUE

DOULEURS

TEMPS

MOTIVATION

INFORMATIONS/CONSEILS

Souhaitez-vous que l'on en parle maintenant?

OUI

NON

Avez-vous des questions en particulier?

Souhaitez-vous vous faire accompagner dans votre pratique par un professionnel?

OUI

NON

Selon ses questions et/ou les freins à sa pratique

- Proposez des infographies ou vidéos ciblées ou un guide complet
- Proposer le questionnaire à remplir en vue de la consultation recommandée avec le médecin ou gynéco pour poursuivre ou démarrer l'AP
- Parler d'un accompagnement sport santé si besoin d'un encadrement plus précis, suivi et personnalisé ou prescription APA et/ou rééducation

Souhaitez-vous un petit guide à lire ou vidéo à consulter?

OUI

NON

Recommander le questionnaire et la visite médicale pour l'approbation au démarrage de l'AP

**J'AI TROP PEUR DE
FAIRE DU SPORT
ENCEINTE, C'EST
DANGEREUX!**



- Cibler ses croyances et déconstruire les idées reçues et celles de l'entourage avec des arguments solides (preuves scientifiques)
- Insister sur les bénéfices et risques de l'inactivité
- Revoir les précautions générales et signes d'alerte
- La consultation médicale permet de faire le point sur les éventuelles contre-indications à la pratique, conseiller de remplir le questionnaire avant la consultation
- Elle peut se faire accompagner par un professionnel de l'activité physique adaptée si ça lui permet d'être plus rassurée pour débiter ou poursuivre son ou ses activités



**JE SUIS TROP
FATIGUÉE POUR
FAIRE DU SPORT!**

Bien sûr il faut avant tout qu'elle s'écoute mais on peut lui préciser que:

- Si elle est au 1er trimestre elle devrait ressentir un regain d'énergie dans le 2e trimestre!
- Une séance de yoga prénatal peut lui permettre de récupérer de l'énergie avec une pratique douce et adaptée qui inclut de la méditation par exemple
- Souvent après une séance d'activité physique on se sent plus en forme
- Plus on pratique régulièrement plus notre sommeil est de qualité
- Il n'y a pas d'objectif de performance, juste se faire du bien

**JE N'AI PAS LE
TEMPS DE FAIRE DU
SPORT!**



- L'activité physique comprend aussi les activités du quotidien comme les tâches domestiques, essayer de les voir comme l'occasion de bouger donc de se faire du bien ainsi qu'à son bébé
- L'activité physique, c'est aussi les déplacements du quotidien (marcher, monter et descendre les escaliers, amener les enfants à l'école à pied...)
- Est-ce que se fixer l'objectif de se garer un peu plus loin de son lieu de travail, ou descendre une station de bus avant, de prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur ou escalator est envisageable?
- On peut fractionner les périodes d'activité physique, au lieu de faire 30 min on essaie de faire 3 fois 10min, tout en gardant ses effets bénéfiques sur la santé, même pour des intensités et/ou des volumes réduits



**JE N'ARRIVE PAS À ME
MOTIVER POUR FAIRE
DU SPORT!
JE N'AIME PAS ÇA!**

- Il existe une grande diversité d'activités physiques, certaines plus ludiques peut-être!
- L'activité physique ça peut être aussi par le jeu et le plaisir: jouer avec ses enfants, ses animaux, danser sur ses musiques préférées
- On peut se faire accompagner par un proche ou rencontrer des personnes dans des activités collectives
- Elle peut se faire accompagner par un professionnel de l'activité physique adaptée
- L'activité physique joue sur moral et plus j'en fais mieux je me sens et plus j'ai envie de continuer
- Revoir avec elle tous les bénéfices de l'AP pour elle et son bébé

**JE N'AI JAMAIS FAIT
DE SPORT AVANT
ALORS CE N'EST PAS
MAINTENANT QUE JE
VAIS ME FAIRE DU
MAL!**



- Pas d'objectif de performance, de compétition, abandonner cette connotation négative, différence entre activité physique et sport. Bouger c'est aussi au quotidien
- Notion d'activité physique de jeu , de plaisir
- Reprendre les bénéfices de l'activité physique et risques de l'inactivité. On va se faire au contraire du bien et non du mal!
- C'est justement le bon moment de prendre des petites habitudes pour diminuer sa sédentarité et bouger plus
- Ne pas avoir peur de débiter ce sera très progressif
- On peut se faire accompagner par un professionnel de l'activité physique adaptée si c'est rassurant



**J'AI TROP MAL AU
DOS POUR POUVOIR
FAIRE DU SPORT!**

- Il est possible de se faire accompagner par des professionnels, kinés, ostéo pour soulager des douleurs du dos ou tout autre désagrément
- Les études scientifiques montrent que l'AP permet de réduire l'intensité des douleurs lombaires et permet d'entretenir sa mobilité
- Certaines activités physiques sont très douces et permettent petit à petit de se mobiliser
- Il est possible de faire une activité physique encadrée par un professionnel de santé qui adaptera les exercices
- Les activités portées seront peut être très agréables, il faut tester

**AVANT MA GROSSESSE
JE FAISAI DU SPORT
MAIS J'AI ARRÊTÉ CAR
JE NE SAIS PAS CE QUE
J'AI DROIT DE FAIRE
OU PAS!**



- Donner les recommandations générales, proposer des infographies ou guides
- Si elle souhaite être guidée et suivie, possibilité selon les conditions définies par l'HAS, de faire avec une ordonnance de prescription d'activité physiques adaptée ou une supervision dans des programmes de sport santé sans ordonnance avec un professionnel de l'activité physique adaptée
Il donnera des conseils pour le redémarrage d'une activité physique, il fera un bilan de la condition physique plus approfondi, il personnalisera le programme, adaptera la prescription si besoin et fera un suivi de l'activité physique
- Elle peut aussi se rapprocher de professionnels du sport indépendants



**OUI, JE FAIS
BEAUCOUP DE SPORT,
JE N'AI PAS BESOIN
DE CONSEILS !**

- Dans ce cas, juste avoir un œil sur ses objectifs qui parfois ne pourraient pas être appropriés comme par exemple s'empêcher de prendre du poids, du ventre...
- Rappeler les modifications physiologiques (prise de poids, modification de la sangle abdominale, instabilités possibles...)
- Questionner sur la connaissance des recommandations, précautions, signes d'alerte
- Rappeler que l'on ne recherche pas la performance
- Recommander la visite pour approuver avec le médecin la poursuite de l'AP

**NON, JE NE FAIS PAS
DE SPORT AVEC MON
DIABÈTE, J'AI TROP
PEUR DE FAIRE DES
MALAISES!**



- Cibler ses croyances et déconstruire les idées reçues et celles de l'entourage avec arguments solides (preuves scientifiques)
- Revoir les précautions générales et signes d'alerte de l'activité physique
- Par rapport au risque de malaises glycémiques, revoir les signes et précautions spécifiques
- Elle peut se faire aider par une diététicienne et aussi un professionnel de l'activité physique adaptée pour adapter la collation en fonction de l'activité physique choisie et si besoin elle consultera son endocrinologue pour adapter la prise d'insuline en fonction de sa pratique

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'APTITUDE PHYSIQUE



ou



version remplissable sur
ordinateur ou smartphone

Fiches d'évaluation pour démarrer,
poursuivre ou adapter ton activité
physique

EVALUATION DE L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Date:/...../.....

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM : Prénom :

Née le : / /

Adresse:

Tel:

Date prévue de l'accouchement : / /

Nombre de grossesses avant celle-ci:

Vécu de fausse couche: Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser:

Avez-vous eu des complications lors d'une grossesse antérieure: Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser:

Consommation de tabac: Oui Non

Consommation d'alcool: Oui Non

ETAT DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Au cours de la grossesse actuelle, avez-vous éprouvé un ou plusieurs des symptômes suivants :

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fatigue excessive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Saignements vaginaux (« spotting »)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Évanouissements ou étourdissements inexplicables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Douleurs abdominales inexplicables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gonflement soudain des chevilles, des mains ou du visage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Maux de tête persistants ou problèmes liés aux maux de tête? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gonflement, douleur ou rougeur à un mollet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Absence de mouvement foetal après le 6e mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Absence de prise de poids après le 5e mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, pouvez-vous préciser:

Au cours de la grossesse actuelle, éprouvez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleurs de dos | <input type="checkbox"/> Fuites urinaires ou fécales |
| <input type="checkbox"/> Troubles du transit intestinal de type constipation | <input type="checkbox"/> Douleur dans le bas ventre |
| <input type="checkbox"/> Nausées, vomissements importants après le 1er Trimestre | <input type="checkbox"/> Brûlure d'estomac |
| <input type="checkbox"/> Douleur dans la fesse qui peut irradier dans la jambe | <input type="checkbox"/> Douleur au niveau du pubis |
| <input type="checkbox"/> Jambes lourdes, varices, oedème | <input type="checkbox"/> Crise hémorroïdaire |
| <input type="checkbox"/> Sensation de gonflement des doigts et picotements | |

Souffrez-vous d'autres troubles médicaux ou pathologie? Oui Non

Si oui, lesquels?.....
.....

EVALUATION DU NIVEAU D'ACTIVITÉ ET DE SÉDENTARITÉ

Au cours du mois dernier, quel a été en moyenne, par jour, votre temps passé en position assise ou couchée (en dehors des phases de sommeil) ?

- Inférieur à 3h /jour Entre 3 et 7h/Jour Supérieur à 7h /jour

Combien d'heures en moyenne par semaine consacrez-vous aux tâches domestiques: ménage, bricolage, jardinage...?

- Moins de 2h/semaine 3 à 6h/semaine 7 à 10h/semaine Supérieur à 10h/semaine

Combien de minutes par jour consacrez-vous à vos déplacements actifs (marche, vélo)?

- Moins de 15min/Jour Moins de 30 min/Jour 30 min à 1h/Jour Supérieur à 1h/Jour

Combien d'étages en moyenne montez-vous à pied chaque jour?

- Moins de 2 3 à 5 6 à 10 11 à 15 plus de 16

Portez-vous en moyenne par semaine des charges dans vos bras (enfants y compris)?

- Jamais Occasionnellement Régulièrement Quotidiennement

Si oui, en moyenne combien de kg et combien de temps?.....

Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il?

- Je ne travaille pas ou plus actuellement Légère Modérée Intense Très intense

Pouvez-vous préciser votre travail et les gestes d'efforts effectués?.....
.....

Pratiquez-vous une ou des activités physiques AVANT votre grossesse actuelle?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser:

- Laquelle ou lesquelles:.....
.....
- A quelle fréquence:.....
- Combien de temps durent les séances:
- Percevez-vous l'effort comme léger, modéré, intense:

Pratiquez-vous une ou des activités physiques ACTUELLEMENT? Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser:

- Laquelle ou lesquelles:.....
.....
- A quelle fréquence:
- Combien de temps durent les séances:
- Percevez-vous l'effort comme léger, modéré, intense:

Avez-vous l'intention de continuer? Oui Non

Si non, pour quelles raisons?.....
.....

Si vous ne pratiquez pas d'activité physique ou seulement de façon occasionnelle pouvez-vous préciser pour quelles raisons?.....
.....

Si vous ne pratiquez pas d'activité physique avez-vous l'intention de débiter? Oui Non

Si non, pour quelles raisons?.....
.....

Avez-vous des craintes à l'idée de faire de l'activité physique? Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser:.....
.....

Souhaiteriez-vous être accompagnée pour débiter ou poursuivre votre activité physique pendant votre grossesse? Oui Non

CONTRE-INDICATIONS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

.....Section à remplir par le médecin.....

La patiente présente t'elle cette situation? (Contre-indications absolues)	Oui	Non
• Rupture prématurée des membranes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Travail prématuré pendant la grossesse actuelle ou antécédents d'au moins 2 naissances prématurées?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Saignement vaginal persistant inexpliqué ou placenta praevia après 24SG?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prééclampsie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Béance du col utérin/cerclage?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Indices de retard de croissance intra-utérin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Grossesse de rang élevé (p. ex. triplés)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie non contrôlée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires aigües ou chroniques graves hémoglobinopathies, troubles systémiques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou cette situation? (Contre-indications relatives)	Oui	Non
• Antécédents de fausses couches à répétition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hypertension artérielle gestationnelle, HTA non contrôlée?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Grossesse gémellaire à partir de 28SA?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hémoglobinémie < 9 g/L ou anémie symptomatique?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabète mal équilibré (HbA1C > 6,5 %)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malnutrition ou Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Obésité extrême (IMC > 40)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Limitations orthopédiques (dos, genou, hanches surtout)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires légères à modérées?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Maladie thyroïdienne non contrôlée?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haut niveau de tabagisme?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres troubles de santé importants?.....:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPROBATION POUR LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

OUI NON Précautions particulières:

.....

Cachet et Signature du Médecin:

RESSOURCES UTILES

Recommandations de la Haute Autorité de Santé



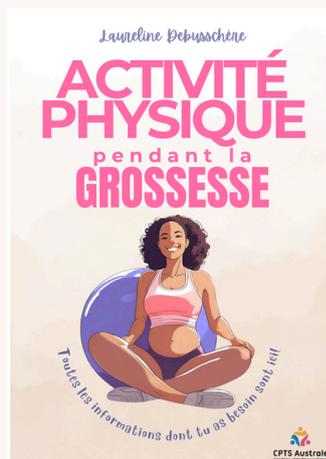
VIDEO: Grossesse et sport, recommandations,
par le Collège National des Sages-femmes de France

Guide du Ministère chargé des sports:
Je peux pratiquer des activités physiques et sportives
pendant ma grossesse et après l'accouchement



Guide du Ministère chargé des sports:
Maternité et sport de haut niveau c'est possible

Guide offert par la CPTS Australe,
rédigé par Laureline Debusschère





Liste des dispositifs fédéraux spécifiques adaptés pour la pratique d'activités physique et sportives des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement

HAS: Comment augmenter son activité physique



HAS: prescription d'activité physique pendant la grossesse

PNNS Manger Bouger: Test de niveau d'activité physique et sédentarité



HAS: la prescription médicale d'activité physique adaptée à des fins de santé

ADRESSES UTILES SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION

Carte interactive des maisons sport santé
sur le territoire



CPTS Australe
Saint Pierre • Entre-Deux • Le Tampon

