

Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé

RAPPORT

Établi par

Stéphanie DUPAYS

Fabienne BOURDAIS

Abdelkrim KIOUR

Jean-Pierre DE VINCENZI

Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales

Membres de l'Inspection générale de la
jeunesse et des sports



N°2017-126R



N°2018-I-07

SYNTHÈSE

[1] L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'activité physique dans un but de santé, principalement en prévention primaire. L'inactivité physique et la sédentarité sont désormais considérées par l'OMS comme le principal facteur de morbidité évitable dans le monde. Il semble d'autant plus important de promouvoir ces politiques en France que les études montrent une dégradation des indicateurs de santé de la population en lien avec l'inactivité physique et la sédentarité, surtout chez les femmes et les enfants de plus en plus confrontés aux écrans.

[2] La mission considère que les politiques mises en œuvre doivent mieux distinguer la prévention primaire s'adressant à la population générale, d'une part, et la prévention secondaire et tertiaire visant des publics atteints de pathologies chroniques, d'autre part.

- Concernant la prévention primaire, les recommandations de l'OMS doivent être promues dans le cadre de politiques « sport santé » plus ambitieuses en matière de communication nationale, en lien avec les collectivités territoriales déjà engagées en la matière (par exemple le réseau français des villes santé). Les pouvoirs publics ont vocation à agir sur les déterminants d'une vie plus active et saine : alimentation, transports publics, gestion des temps scolaires, soutien au mouvement sportif, etc. A ce titre, la mission recommande d'ériger le « sport santé » en « grande cause nationale » assortie d'une campagne de communication ambitieuse dans le cadre de l'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques en 2024.
- Concernant la prévention secondaire et tertiaire, les études scientifiques (OMS, INSERM¹, Académie de médecine, Haute autorité de santé) démontrent les bénéfices de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse pour un certain nombre de pathologies (cancer du sein et du colon, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires notamment). A ce titre, la mission recommande de développer les études pour affiner et préciser le contenu de ces activités physiques selon le profil des patients (l'intensité, la durée et la fréquence d'activité physique nécessaire pour infléchir le risque de maladie ou son évolution). Le rapport attendu de la HAS (Haute autorité de santé) sur les recommandations en matière de prescription médicale de l'activité physique et sportive (APS) avec des référentiels par pathologie donnera une base scientifique solide de ce point de vue. Par ailleurs, la mission observe un manque d'études médico-économiques permettant d'évaluer le rapport coût – bénéfice des activités physiques et sportives sur les comptes sociaux.

[3] Face à ces constats sur la progression de la sédentarité et l'apport de l'activité physique sur la santé, les pouvoirs publics ont souhaité développer l'activité physique et sportive à des fins de santé dans le cadre mis en place par l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 et la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

[4] Grâce à une forte mobilisation des acteurs du « sport santé » au niveau territorial autour des co-pilotes ARS et DRJSCS², l'instruction de 2012 a permis un foisonnement d'actions menées principalement par des acteurs associatifs.

[5] En revanche, compte tenu du caractère dispersé et hétérogène des initiatives locales et d'un suivi national insuffisant, la mission a rencontré de nombreuses difficultés à faire un état des lieux exhaustif des actions menées et à consolider les financements associés. Il ressort toutefois des

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

² Agences régionales de santé et Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

investigations de la mission sur les plans régionaux « sport santé bien-être » (PRSSBE), les éléments suivants :

- les actions menées ont concerné à la fois des publics variés, parfois au-delà des publics ciblés par l'instruction, mais peu nombreux au regard du nombre de bénéficiaires potentiels. Par exemple, l'un des opérateurs du « sport santé » dans le domaine du cancer, la CAMI, dont l'action est reconnue en France, touche moins de 1000 personnes par an en Ile-de-France sur 300 000 patients en affection longue durée (ALD) cancer. C'est pourquoi la mission préconise de concentrer l'effort des PRSSBE sur les publics défavorisés et ceux relevant de la prévention secondaire et tertiaire.
- côté Santé, les financements associés n'ont pas pu être retracés au niveau national car aucune ligne spécifique « sport santé » n'est précisée dans le FIR (Fonds d'intervention régional). Côté Sports, environ 10 millions d'euros par an sont consacrés à des dispositifs « sport santé », correspondant en grande partie aux plans régionaux, le principal financeur étant le CNDS (Centre national de développement du sport). Dans les quatre régions visitées, la mission a observé une grande variabilité des financements tant dans le montant global que dans chacune des composantes. Outre ces financements de l'Etat, d'autres acteurs interviennent au niveau local (collectivités territoriales, Assurance maladie, Mutuelles, etc.). La mission recommande de construire une grille commune de bilan des PRSSBE avec les ARS et DRJSCS, dont l'analyse serait confiée conjointement à la Direction générale de la santé (DGS) et à la Direction des sports (DS).

[6] Outre la mobilisation des acteurs associatifs dans le cadre des PRSSBE, la mission a constaté une forte appropriation des problématiques « sport santé » par le mouvement sportif au niveau national, financé par le CNDS à hauteur d'environ 1 million d'euros en 2016 pour le CNOSF (Comité national olympique et sportif français), qu'il s'agisse de la promotion du « sport santé » ou de la réalisation et diffusion du MEDICOSPORT, outil de mise en adéquation des activités physiques et des différentes pathologies. A cela s'ajoute une somme de 380 000 euros pour les fédérations sportives.

[7] En ce qui concerne la loi santé de 2016 et son décret d'application de 2017, le bilan portant sur les modalités de la prescription de « sport sur ordonnance » prévu par l'instruction du 3 mars 2017 n'a pas pu être communiqué à la mission. Toutefois, les entretiens menés auprès des professionnels de santé, des administrations concernées et des acteurs du « sport santé » semblent montrer un manque d'appropriation par les médecins traitants d'une initiative encore peu relayée auprès des professionnels de santé et non prise en charge financièrement par l'Assurance Maladie.

[8] Pour la mission, l'instruction de 2012 comme la loi de 2016 et son décret d'application ne permettent toutefois pas de lever les principaux freins au développement de l'activité physique et sportive (APS), notamment :

- la mise en œuvre opérationnelle des recommandations scientifiques ;
- la formation des médecins et des intervenants ;
- le financement des activités physiques et sportives.

[9] S'agissant de la formation des intervenants, le dispositif règlementaire, encore lacunaire, a précisé les domaines d'intervention des professionnels titulaires d'une certification délivrée par l'Etat (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, enseignants en APA - activité physique adaptée -, éducateurs sportifs) selon le profil (appelé phénotype) des patients en affection longue durée (ALD). Mais le cadre doit encore être complété pour les autres intervenants, notamment les titulaires de certificats de qualification professionnelle (CQP), titres à finalité professionnelle et diplômes fédéraux. Malgré les efforts de clarification réalisés, la mission observe

que la mise en œuvre de ce cadre demeure complexe. Elle recommande, en outre, la définition d'un socle commun de formation « sport santé ».

[10] Par ailleurs, la mission considère que le concept des « maisons sport santé », que le gouvernement souhaite mettre en place, doit être bien défini avec un cahier des charges précis avant leur mise en place, afin de pallier les freins répertoriés plus haut et d'éviter tout dérapage financier. En prenant appui sur les structures déjà existantes (réseaux locaux de coordination, maisons de santé pluridisciplinaire, communautés professionnelles territoriales de santé), ces maisons « sport santé » devraient :

- jouer un rôle d'animation de réseau sur un modèle de « guichet unique » ;
- être un lieu d'accueil et de mutualisation des ressources ;
- permettre l'orientation du public vers une activité adaptée à partir d'une évaluation médico-sportive et motivationnelle préalable ;
- s'assurer du respect d'un cahier des charges (qualification des intervenants en particulier), éventuellement via une forme de labellisation ;
- assurer un suivi des patients en lien avec le médecin traitant et dans le respect du secret médical.

[11] La mission recommande aussi la création d'un site Internet recensant l'offre d'activité physique et sportive à des fins de santé qui pourrait être confié à une nouvelle structure regroupant l'ONAPS et le pôle ressources national « sport santé bien-être ». Ce site Internet pourrait s'articuler avec le futur Service public d'information en santé (SPIS) prévu par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

[12] Enfin, la mission tient à souligner que les expériences mises en place reposent sur une fragilité des financements, dont les critères dépendent des stratégies régionales et locales. S'il ne s'agit évidemment pas de remettre en question les partenariats qui ont pu être opportunément tissés, il revient à l'Etat d'assurer une homogénéité des financements afin de garantir un modèle économique plus pérenne pour les structures financées et éviter les inégalités territoriales.

[13] La question du financement par l'Assurance maladie des activités physiques et sportives pour les patients en ALD doit être tranchée en amont de la mise en place des maisons « sport santé », sur le fondement des référentiels que la HAS doit prochainement publier. Ainsi, il pourrait être expérimenté un financement du « sport santé » par l'Assurance maladie qui pourrait intégrer les comités de pilotage des PRSSBE. Ces financements seraient ciblés, en prévention primaire, sur les publics défavorisés et, en prévention secondaire et tertiaire, sur les patients en ALD pour lesquels l'APS constitue une thérapeutique non médicamenteuse scientifiquement reconnue.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
SOMMAIRE.....	6
RAPPORT	9
1 SI LES AUTORITES SCIENTIFIQUES RECONNAISSENT DESORMAIS LES BENEFICES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE (APS) SUR LA SANTE, LA SITUATION EN FRANCE SE CARACTERISE PAR UN RETARD ET DES INEGALITES SOCIALES EN MATIERE D'INACTIVITE PHYSIQUE ET DE SEDENTARITE.....	10
1.1 Il existe aujourd'hui un consensus scientifique sur les apports de l'APS en matière de santé même s'il faut constater un manque d'études sur les modalités de mise en œuvre opérationnelle et d'évaluation de leur impact sur les comptes sociaux.....	10
1.1.1 L'OMS recommande l'activité physique dans un but de santé, principalement en prévention primaire.....	10
1.1.2 Les études scientifiques (INSERM, Académie de médecine, HAS) montrent également les bienfaits de l'activité physique en matière de prévention secondaire et tertiaire	12
1.1.3 Toutefois, la mission a constaté qu'il existe peu d'études pour la mise en œuvre opérationnelle de ces recommandations et l'évaluation de leur impact sur les comptes sociaux.....	15
En termes de santé publique, les résultats attendus sont les suivants :.....	23
1.2 Pour autant, les études montrent en France une inactivité physique et une sédentarité fortes pouvant agir négativement sur l'état de santé des français, en particulier pour les plus défavorisés... ..	24
1.2.1 Malgré la mise en place de programmes nationaux nutrition santé (PNNS) depuis 2001 en France, les études Esteban montrent une hausse de la sédentarité, notamment chez les femmes et les enfants.....	24
1.2.2 Par ailleurs, les études disponibles montrent également de fortes inégalités sociales en matière à la fois d'alimentation et d'activité physique et sportive.....	25
2 LE CADRE MIS EN PLACE EN FRANCE POUR PROMOUVOIR L'APS DEPUIS 2012 MERITERAIT D'ETRE PRECISE AFIN DE LEVER LES PRINCIPAUX FREINS A SON DEVELOPPEMENT, NOTAMMENT CEUX LIES A LA QUALIFICATION DES INTERVENANTS	27
2.1 L'instruction de 2012 puis la loi santé de 2016 n'ont pas permis de lever les principaux freins au développement de l'APS.....	27
2.1.1 L'instruction de 2012, première initiative conjointe entre Santé et Sports, définit un cadre juridique et financier qui mériterait d'être précisé	27
2.1.2 La loi de santé de 2016 et son décret d'application de 2017 qui officialisent la prescription de « sport sur ordonnance » n'apportent pas toutes les précisions attendues pour la mise en œuvre	31
2.1.3 Ce cadre mériterait d'être précisé pour lever les principaux freins à la prescription d'APS .	32

2.2	L'encadrement des activités physiques et sportives à des fins de santé est un sujet complexe qui a connu des évolutions réglementaires récentes.....	34
2.2.1	Le dispositif réglementaire reste à finaliser.....	34
2.2.2	L'offre de formations « sport-santé » proposées par une diversité d'acteurs manque de lisibilité.....	37
3	LE BILAN DES ACTIONS EN MATIERE DE « SPORT SANTE » MET EN EVIDENCE UNE MULTITUDE D' ACTIONS DISPERSEES INSUFFISAMMENT STRUCTUREES ET EVALUEES.....	40
3.1	Le bilan des plans régionaux « sport santé » bien-être (PRSSBE) révèle qu'ils s'adressent à une faible proportion du public ciblé.....	40
3.1.1	Dans toutes les régions, un ou deux plans « sport santé bien-être » ont été mis en œuvre ...	40
3.1.2	Les PRSSBE ne prennent en compte qu'une partie des publics de la circulaire.....	43
3.1.3	Le suivi des PRSSBE est lacunaire.....	51
3.1.4	Les financements consacrés aux PRSSBE ne peuvent être précisément évalués.....	53
3.2	Le bilan des actions du mouvement sportif traduit une mobilisation croissante.....	58
3.2.1	Le CNOSF est moteur dans la promotion de l'activité physique et sportive.....	58
3.2.2	Des fédérations sportives proposent aujourd'hui une offre « sport santé » large à destination de publics très variés.....	59
3.3	D'autres acteurs concourent de manière volontariste au développement d'une offre « sport santé ».....	64
3.3.1	Les collectivités locales jouent un rôle essentiel.....	64
3.3.2	Des actions envers les personnes atteintes de pathologies chroniques émanent également des établissements publics de santé et des centres de lutte contre le cancer.....	65
3.3.3	Divers réseaux locaux jouent aussi un rôle important de coordination des acteurs du monde du sport et de la santé.....	67
3.3.4	Des organismes de protection sociale s'engagent pour le sport-santé.....	70
3.4	La coordination et la consolidation des structures nationales chargées de mutualiser, diffuser les ressources et d'organiser l'expertise « sport santé » sont indispensables.....	71
3.4.1	Le pôle ressources national « sport santé bien-être » développe une activité à la mesure de ses faibles moyens humains.....	71
3.4.2	L'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) conduit une action reconnue mais fragilisée par un financement non pérenne.....	71
4	LE CONCEPT DES « MAISONS « SPORT SANTE » » DOIT ETRE BIEN DEFINI AVEC UN CAHIER DES CHARGES PRECIS AVANT LEUR MISE EN PLACE.....	73
4.1	Les maisons « sport santé » doivent prendre appui sur l'existant.....	73
4.1.1	L'animation de réseau doit reposer sur un modèle de « guichet unique ».....	74
4.1.2	Les maisons « sport santé » doivent être un lieu d'accueil et de mutualisation des ressources.....	74

4.1.3	Les maisons « sport santé » doivent permettre l’orientation du public vers une activité adaptée à partir d’une évaluation préalable de la condition physique et de la motivation	75
4.1.4	Les maisons « sport santé » doivent garantir, dans le respect du secret médical, un lien formalisé entre le médecin (qu’il prescrive ou recommande), le patient et l’éducateur sportif.....	75
4.1.5	Un suivi du public concerné est nécessaire pour s’assurer de sa fidélisation et influencer sur la poursuite d’une activité physique régulière	76
4.1.6	La question des lieux de pratiques se pose.....	76
4.1.7	Un financement pérenne de l’organisation est nécessaire	77
4.2	La nécessité de garantir la qualité de l’offre d’activités physiques au regard des différents publics accueillis soulève la question de la labellisation	78
4.2.1	Le statut du responsable de la labellisation doit être précisé.....	78
4.2.2	L’objet de la labellisation doit être défini	78
4.2.3	Les modalités du contrôle des structures labellisées et le degré d’exigence des critères doivent être déclinés dans un cahier des charges	79
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	81
	LETTRE DE MISSION	83
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	89
	ANNEXE 1	97
	ANNEXE 2	101
	SIGLES UTILISES.....	121

RAPPORT

[14] La Ministre des solidarités et de la santé et la Ministre des sports ont confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS) une mission d'évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive et de santé. La mission est composée de Stéphanie Dupays et Abdelkrim Kiour pour l'IGAS et de Fabienne Bourdais et Jean-Pierre de Vincenzi pour l'IGJS.

[15] La mission présente deux principaux objectifs :

- dresser un état des lieux des actions menées en matière d'activités physiques et sportives (APS) telles que prévues par l'instruction n°2012/434 du 24 décembre 2012 dont l'objectif était d'accroître le recours aux APS comme thérapeutique non médicamenteuse ;
- fournir des éléments d'analyse et de recommandations pour la mise en place des « maisons du sport santé » » annoncée par le Président de la République, dont l'objectif serait « de garantir un accompagnement personnalisé des personnes atteintes d'affection lourdes (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) mais aussi désireuses de se remettre en forme ».

[16] Au regard du périmètre de la mission, les questions relatives à la santé des sportifs, aux risques du sport et à la prévention du dopage n'ont pas été traitées dans ce rapport. De même, la situation particulière de l'activité physique des personnes en situation de handicap n'a pas été approfondie. Dans le rapport, le terme « sport santé » est employé parce que c'est l'usage et par commodité mais il ne faut pas l'entendre dans l'acception stricte de la définition du sport. Ce terme désigne les activités physiques au sens large.

[17] La mission s'inscrit dans un contexte de reconnaissance législative récente de la prescription d'activité physique avec la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 30 décembre 2016.

[18] Les conclusions du présent rapport devront être mises en lien avec les recommandations que devrait rendre prochainement la Haute autorité de santé sur ce sujet.

[19] Après avoir rappelé les résultats des études scientifiques établissant des liens entre activité physique et sportive et santé et fait un point sur la sédentarité en France (Partie I du rapport), la mission montrera que le cadre juridique du « sport santé » doit être précisé (Partie II). Au niveau local, de nombreux projets ont été élaborés et mis en place grâce à l'implication des services de l'Etat (DRJSCS), des Agences Régionales Santé (ARS), des collectivités territoriales, du secteur associatif, en particulier du mouvement sportif. La IIIème partie de ce rapport présentera un bilan de ces initiatives qu'elles relèvent des plans régionaux « sport santé » bien-être ou d'autres outils. Enfin, la mission précisera le cahier des charges auquel les maisons « sport santé » devraient se conformer pour répondre aux besoins des usagers et des principaux acteurs du secteur (Partie IV).

1 SI LES AUTORITES SCIENTIFIQUES RECONNAISSENT DESORMAIS LES BENEFCES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE (APS) SUR LA SANTE, LA SITUATION EN FRANCE SE CARACTERISE PAR UN RETARD ET DES INEGALITES SOCIALES EN MATIERE D'INACTIVITE PHYSIQUE ET DE SEDENTARITE

1.1 Il existe aujourd'hui un consensus scientifique sur les apports de l'APS en matière de santé même s'il faut constater un manque d'études sur les modalités de mise en œuvre opérationnelle et d'évaluation de leur impact sur les comptes sociaux

1.1.1 L'OMS recommande l'activité physique dans un but de santé, principalement en prévention primaire

[20] Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 31% des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008 (hommes 28% et femmes 34%) et 3,2 millions de décès chaque année sont attribuables au manque d'exercice, ce qui fait de l'inactivité physique et de la sédentarité l'un des principaux facteurs de risque de mortalité au niveau mondial. Selon l'OMS, l'inactivité physique est responsable à elle seule de 10 % des décès en Europe. Depuis 2010, l'inactivité physique associée à une alimentation déséquilibrée est même devenue la première cause de mortalité évitable dans le monde, responsable de plus de décès que le tabagisme. En effet, selon l'OMS, le tabagisme était responsable de 6,3 % de la morbidité au niveau mondial, l'alcool de 3,9 %, l'inactivité physique et l'alimentation déséquilibrée de 10 %.

[21] Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, avec des conséquences importantes pour la santé générale des populations et pour la prévalence des « *maladies non transmissibles* » (principalement les maladies chroniques)³, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer, et leurs facteurs de risque tels que l'hypertension, un taux élevé de sucre dans le sang et la surcharge pondérale. L'OMS estime que l'inactivité physique et la sédentarité constituent la cause principale d'environ 21 à 25 % des cancers du sein et du côlon, 27 % des cas de diabète et environ 30 % des maladies cardiaques ischémiques⁴.

³ Selon l'OMS, les maladies non transmissibles sont responsables de plus de la moitié de la morbidité dans le monde (6 décès sur 10).

⁴ Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2009.

Encadré 1 : Définition de l'activité physique et de la sédentarité⁵

L'activité physique se définit par « tout mouvement produit par la contraction des muscles entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos ». L'activité physique est réalisée dans quatre conditions différentes :

- lors des activités professionnelles ;
- lors des déplacements (travail-domicile, école, courses) ;
- dans le cadre de la vie domestique (ménage, rangement, etc.) ;
- durant les loisirs (sport, jardinage, bricolage, etc.).

L'activité physique recouvre donc un champ relativement large, le sport n'en représentant qu'une partie. Selon l'OMS, une personne inactive physiquement est une personne qui effectue moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine. L'inactivité physique est à distinguer de la sédentarité, qui est « le temps passé assis ou allongé pendant la période d'éveil, entre le lever et le coucher ». L'OMS recommande (cf. infra) de passer moins de huit heures par jour assis entre le lever et le coucher, en prenant en compte toutes les activités réalisées en position assise : repas, déplacements motorisés, travail au bureau, temps devant un écran, etc. Les spécialistes considèrent que l'activité physique ne suffit pas à améliorer la santé, elle doit se coupler à une faible sédentarité : en effet, même avec une activité physique suffisante, plus on passe de temps assis, plus le risque de mortalité augmente.

[22] Face à ce constat, l'OMS a mis au point dès 2010 des « Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé », essentiellement axées sur la prévention primaire des pathologies chroniques, notamment par l'activité physique. Les recommandations de l'OMS varient selon les classes d'âge :

- pour les 5-17 ans, l'OMS recommande d'accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue, essentiellement une activité d'endurance. L'activité physique englobe notamment le jeu, les sports, les déplacements, les activités récréatives, l'éducation physique ou l'exercice planifié.
- pour les 18-64 ans, l'OMS recommande par semaine au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. L'activité physique englobe notamment les activités récréatives ou les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, le jeu, les sports ou l'exercice planifié.
- pour les 65 ans ou plus, l'OMS recommande par semaine au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Pour cette classe d'âge, l'activité physique englobe notamment les activités récréatives ou les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles (si la personne travaille encore), les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié.

⁵ Sources : « *Sport, santé, activité physique, sédentarité : de quoi parle-t-on ?* », Professeur Martine Duclos, Conseillère scientifique auprès du ministère en charge des sports.

Encadré 2 : Définitions de la santé et de la prévention⁶

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé doit se définir non seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet de bien-être physique, mental, social ». En outre, considérant que « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », l'OMS distingue 3 types de prévention, qu'elle qualifie de primaire, secondaire ou tertiaire et qui correspondent en fait à des états successifs de la maladie.

Prévention primaire : avant l'apparition de la maladie

Pour l'OMS, la « prévention primaire » réunit l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées.

Prévention secondaire : au début de la maladie

Selon l'OMS, la « prévention secondaire » vise à diminuer la prévalence⁷ d'une maladie dans une population. Cela recouvre les actes destinés à agir au début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque, via le dépistage, le diagnostic et le traitement de la maladie.

Prévention tertiaire : une fois la maladie installée

La « prévention tertiaire » intervient, selon l'OMS, à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Il s'agit donc d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement, et d'encourager la réadaptation du malade via une action médicale, sociale et psychologique.

Recommandation n°1 : Promouvoir les politiques en faveur de l'APS en distinguant mieux la prévention primaire s'adressant à la population générale de la prévention secondaire et tertiaire ciblant les patients atteints de pathologies.

1.1.2 Les études scientifiques (INSERM, Académie de médecine, HAS) montrent également les bienfaits de l'activité physique en matière de prévention secondaire et tertiaire

[23] Au-delà de la prévention primaire, il existe aujourd'hui un consensus scientifique, en France et à l'international, sur les effets positifs de l'activité physique et sportive (APS) sur la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques. En France, plusieurs organismes scientifiques ont étudié cette question.

Inserm (2008)

[24] En 2008, l'Inserm a réuni, à la demande du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, un groupe pluridisciplinaire d'experts sur le sujet afin de réaliser une « *analyse des déterminants individuels et collectifs susceptibles de favoriser l'activité physique, une évaluation des effets de l'activité physique sur la santé, ainsi que l'analyse des contextes sociaux et environnementaux* ».

⁶ Source : Rapport de la « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires », présenté par M. André Flajolet, 2001.

⁷ La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné, calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population.

dans lesquels se sont développées les activités physiques et sportives au cours de l'histoire récente ». Le groupe d'experts de l'Inserm propose dans son rapport de promouvoir l'activité physique pour tous en insistant sur ses bienfaits pour la santé et de développer l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent sous des formes ludiques intégrées au temps scolaire. Il souligne néanmoins la nécessité d'adapter les recommandations d'exercice physique pour les patients atteints de pathologie chronique en fonction de leur état de santé. En effet, selon ce groupe, *« s'il est communément admis que l'activité physique régulière est bonne pour la santé, notamment pour prévenir ou contribuer au traitement de certaines maladies chroniques, la relation entre activité physique ou sportive et santé est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. Cette relation dépend en effet de nombreux paramètres individuels tels que l'âge, le genre, l'état de santé, les déterminants psychosociologiques mais également des caractéristiques de l'activité elle-même, son volume et sa fréquence au cours de la vie »*. Ceci souligne l'importance du bilan médical et sportif, préalable nécessaire à toute prescription d'activités physiques ou sportives.

[25] A ce titre, le rapport du groupe d'experts de l'Inserm a également réalisé une revue scientifique complète sur les liens entre activité physique et sportive et santé. Il en ressort que, même si l'activité physique ne peut être le seul facteur agissant sur l'état de santé des personnes, malades ou non, les études scientifiques confirment un intérêt de l'activité physique en matière de santé.

Académie de médecine (2009)

[26] En 2009, l'Académie de médecine a réuni un groupe de travail « sport et santé » dont les conclusions soulignent également les bénéfices des activités physiques et sportives en matière à la fois de prévention primaire de nombreuses pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, syndromes de perte osseuse, ostéoporose, obésité, diabète de type 2, cancers du sein et du côlon) mais également de prévention secondaire et tertiaire de patients déjà atteints de ces maladies. L'Académie de médecine prend quelques exemples :

- pour les maladies cardiovasculaires, « l'exercice physique et la réadaptation à l'effort sont aujourd'hui des éléments essentiels de la thérapeutique chez les coronariens et les insuffisants cardiaques ». Ainsi, « la réadaptation par l'exercice est utile chez l'insuffisant respiratoire et chez l'insuffisant cardiaque car elle améliore l'aptitude à l'effort » ;
- pour les maladies métaboliques, « le sport est un élément indispensable de la prise en charge médicale de l'obésité ». L'Académie de médecine considère que « l'exercice physique est également bénéfique dans le diabète infantile, en prenant soin de veiller au risque hypoglycémique »

[27] L'Académie de médecine indique ainsi que *« la prescription médicale d'une activité physique et sportive est un élément important de santé publique en prévention primaire comme secondaire de nombreuses maladies »*. Elle considère en effet que *« la prescription d'une ordonnance d'APS ne devrait donc pas être l'exception mais, au contraire, étendue à de nombreux patients en consultation, de façon raisonnée, dans un but de prévention primaire ou secondaire »*. Pour l'Académie de médecine, celle-ci devrait être régulièrement évaluée en fonction du type de pratique sportive et du patient, en faisant le lien avec son alimentation et son hydratation. Elle souligne aussi le besoin d'une attention particulière concernant les personnes handicapées pour une ordonnance du sport adapté. Le rapport de l'Académie de médecine rappelle enfin que la médecine du sport n'est quasiment pas enseignée en formation initiale du cursus médical. La qualification de médecin du sport s'obtient par l'obtention d'une capacité de médecine du sport.

Recommandation n°2 : Développer des modules de formation à l'APS dans la formation initiale des études de médecine

Haute autorité de santé (HAS)

[28] En 2011, la Haute autorité de santé (HAS) analyse l'activité physique et sportive comme l'une des « thérapeutiques non médicamenteuses » possibles dans son rapport « *développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* ». L'analyse de la HAS reposait sur une acception large de la notion de « prescription » incluant l'ordonnance, les orientations orales, la distribution de brochures d'information, la mise à disposition par le médecin de coordonnées de professionnels spécialisés (diététiciens, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, etc.). Son objectif n'était pas d'étudier les liens entre APS et santé ou les rapports coût / efficacité du développement de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse, mais d'étudier les modalités de prescription de ces prescriptions sur le terrain, partant du principe que les liens entre APS et santé sont avérés.

Encadré 3 : L'exemple des freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses pour le traitement du diabète de type 2

Dans son rapport de 2011, la HAS cite l'étude réalisée par Cogneau et al.⁸ s'appuyant sur les données de l'Assurance maladie et sur des entretiens menés auprès d'un échantillon de médecins et de patients diabétiques. Les médecins généralistes qui suivaient régulièrement au moins 1 patient diabétique de type 2 ont été inclus. Cette étude met en exergue les difficultés que rencontrent les professionnels de santé dans l'application des recommandations, en particulier celles concernant les mesures hygiéno-diététiques. Ceci s'explique par la faible observance des prescriptions en la matière, en lien avec le manque de responsabilisation des patients et un investissement insuffisant dans la prise en charge de leur maladie. Les médecins évoquent également des problèmes de communication avec leurs patients. Les auteurs de cette étude concluent qu'il existe une « *interaction complexe entre l'appréciation par le médecin des possibilités de son patient et l'acceptation par le patient des contraintes liées aux prescriptions* ». Pour la HAS, « *le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge du diabète se heurterait à des facteurs dont le praticien n'a pas la maîtrise ce qui induirait un report sur le médicament* », car « *c'est là qu'il est mieux compris, que ses prescriptions sont observées et qu'il est assuré aussi d'une certaine efficacité, au moins pour un certain temps* ».

[29] La HAS a ainsi étudié les freins au développement de la prescription de « thérapeutiques non médicamenteuses » :

- des freins structurels liés au rôle socioculturel de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient (l'absence de prescription de médicaments est souvent vécue comme une « *non prescription* ») et à l'organisation des soins et aux modalités de financement du système de santé (aucune prise en charge financière par l'Assurance maladie) ;
- des freins spécifiques liés aux « *limites d'information et d'adhésion des médecins et du grand public sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées* », et aux « *défauts de l'offre de soins en termes de disponibilité et d'accessibilité des professionnels de santé et des professionnels spécialisés chargés d'accompagner les patients dans le suivi de ces thérapeutiques* ».

⁸ Cogneau J, Lehr-Drylewicz AM, Bachimont J, Letoumy A. Ecarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2. Les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. Presse Med 2007;36(5 Pt 1):764-70.

1.1.3 Toutefois, la mission a constaté qu'il existe peu d'études pour la mise en œuvre opérationnelle de ces recommandations et l'évaluation de leur impact sur les comptes sociaux

1.1.3.1 Un déficit d'études sur la mise en œuvre opérationnelle des recommandations

[30] Les recommandations de l'OMS présentées plus haut ne traitent pas de la lutte clinique contre les maladies et de leur prise en charge au moyen de l'activité physique ; elles ne donnent pas non plus d'indications sur la mise en place d'interventions et d'approches visant à promouvoir l'activité physique dans les différents groupes de population. Selon l'OMS, dans l'ensemble, pour toutes les classes d'âge, les bénéfices liés à l'activité physique l'emportent sur les risques⁹.

[31] La mission considère toutefois que cela soulève des questions légitimes portant sur la mise en œuvre pratique de recommandations générales des principales institutions scientifiques dans un cadre professionnel partagé, préalable nécessaire pour développer l'APS à plus grande échelle. Trois questions sont notamment soulevées : le manque d'évaluation scientifique de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse, le manque d'études opérationnelles pour la mise en œuvre des recommandations scientifiques (OMS, INSERM, etc.) et le manque d'évaluation coût / efficacité de l'APS en matière de comptes sociaux.

[32] Dans son rapport précité, la HAS pointe le manque de données d'évidence sur les thérapeutiques non médicamenteuses (TNM), comme l'APS, et les insuffisances méthodologiques des études scientifiques en la matière. La HAS indique ainsi que « *la revue de la littérature effectuée et la consultation du groupe de travail ont permis de constater que le faible degré de force des recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses a des conséquences sur l'adhésion des médecins ainsi que sur celle des publics en général* » qui s'explique à la fois par « *la difficulté d'évaluer les thérapeutiques non médicamenteuses qui s'intègrent dans une prise en charge globale du patient dont l'efficacité est multifactorielle* » et par « *le manque de financements nécessaires à la conduite de ces études* ». En effet, les études scientifiques concernant les médicaments sont largement financées par l'industrie pharmaceutique dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et du remboursement éventuel par l'Assurance Maladie. Or, l'absence de financement des études sur l'APS, non soumise à cette procédure de mise sur le marché et de remboursement, est un frein à leur développement, la puissance publique ne prenant pas le relais de l'industrie pharmaceutique. En outre, contrairement aux critères utilisés pour l'évaluation de l'efficacité des médicaments, les études évaluant l'efficacité des TNM présentent des « insuffisances méthodologiques » selon la HAS : nombre insuffisant de sujets inclus, durée de suivi trop courte, absence de « double aveugle », etc.

Encadré 4 : Manque de données scientifiques et adhésion du grand public

Le manque de données scientifiques sur les liens entre santé et TNM, dont l'APS, est susceptible d'avoir un impact sur l'adhésion du grand public, comme le souligne la HAS. En effet, il est « plus facile de prescrire une thérapeutique à un patient s'il est au préalable convaincu de son efficacité théorique ». Les campagnes de sensibilisation auprès du grand public, comme celle menée auprès des médecins et professionnels de santé et du public sur le bon usage des antibiotiques, reposent sur ce constat. Or, la sensibilisation du grand public sur les bénéfices de l'activité physique et sportive au moyen de campagnes d'information ou d'interventions pourrait favoriser le développement de leur prescription.

⁹ « Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé », OMS (2010).

Recommandation n°3 : Développer les études scientifiques sur la mise en œuvre opérationnelle de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse

Recommandation n°4 : Créer une campagne de communication nationale promouvant l'APS comme « grande cause nationale »

[33] Par ailleurs, comme le souligne l'INSERM dans son étude précitée de 2008, il existe très peu de recommandations opérationnelles sur l'APS, validées scientifiquement, permettant de « guider » les professionnels de la santé et du sport, et plus largement le grand public, vers une activité physique ou sportive susceptible de tenir compte du profil individuel de chaque personne concernée ou intéressée, surtout s'il s'agit d'une personne atteinte d'une pathologie. Un groupe de travail de la HAS doit remettre dans les prochains mois un rapport très important pour lever les freins évoqués plus haut : des recommandations sur la prescription médicale de l'activité physique adaptée chez les patients atteints de pathologies chroniques ainsi que des référentiels de prescription par pathologie - diabète, obésité, pathologies neuro-cardio-vasculaires (cardiaques, maladies coronariennes, AVC, HTA, BPCO, cancers, dépression) – ainsi que des outils d'évaluation de la condition physique utilisables par le médecin.

[34] En revanche, le groupe de la HAS ne portera pas sur une méthode d'évaluation du rapport coût – bénéfices de l'APS en matière de comptes sociaux, dont la mission a noté le manque important, en France et à l'international, alors même que la prévention est un axe majeur des politiques de santé au niveau mondial.

1.1.3.2 Quelques études démontrent le coût de l'inactivité et mettent en évidence l'apport de l'activité physique tant en termes médicaux qu'économiques

[35] Des études internationales mettent en évidence un coût de l'inactivité physique, mais les résultats sont très variables en fonction des définitions et des méthodologies retenues. S'il a été amplement démontré que l'activité physique réduit les risques dans de nombreuses pathologies (cf. plus haut), l'impact en termes économiques d'une activité physique insuffisante a été peu documenté. Les rares études existantes, pour la plupart nord-américaines, reposent sur une estimation de la part des pathologies que l'on peut attribuer à une activité physique insuffisante. Généralement, seuls certains cancers (colon et sein), le diabète de type 2 et les pathologies cardio-vasculaires (hypertension, maladies coronariennes) sont pris en compte dans l'analyse, mais certaines études incluent l'ostéoporose, la dépression, les maux de dos. Certains auteurs déflètent les gains liés à l'activité physique par le coût des accidents. Le coût de l'insuffisance d'activité physique est mesuré à partir du coût de prise en charge des maladies qu'elle induit. Dans un rapport de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé lié à l'OMS¹⁰, une revue de 14 études sur le sujet met en évidence des résultats très différents car variant selon les études :

- la définition de l'insuffisance d'activité physique ;
- les pathologies sur lesquelles l'activité physique a une incidence ;
- la notion de coût (périmètre des dépenses de santé prises en compte ou pas, inclusion ou pas des coûts indirects liés à la perte de productivité du travailleur malade ou en incapacité) ;
- la valorisation économique des soins, fortement dépendante du système de santé du pays : cela rend difficiles les extrapolations d'études étrangères à la France ;

¹⁰ Candari, C.J., J., Cylus, J., & Nolte, E. (2017). Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity: an evidence review and proposed framework. WHO. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/342166/Unhealthy-Diets-ePDF-v1.pdf

- les conséquences sur la santé incluses dans l'étude : morbidité, incapacité, mortalité (les décès prématurés) ; se rajoute alors la question, très discutable, de la valeur à assigner à une année de vie¹¹.

[36] Le tableau ci-dessous résume les résultats de la revue de littérature.

¹¹ Deux notions proches sont généralement utilisées : le Qaly (quality-adjusted life year) « année de vie pondérée par la qualité » ; le Daly (Disability Adjusted Life Years) « année de vie pondérée par l'incapacité ». Les études estiment le nombre d'années perdues par les décès prématurés en pondérant par la qualité de vie ou l'incapacité, cela donne un nombre de Qaly et Daly qui sont ensuite valorisés. L'institut britannique NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) les évaluent autour de 25000 € ; aux États-Unis la valorisation varie entre souvent entre 33000 € et 66000 €.

Tableau 1 : Le coût annuel de la faible activité physique : résultats d'une revue de littérature

pays	coût annuel	définition de la faible activité physique	coût mesuré	population	source
	(coût annuel per capita)				
République tchèque	29 M€ (2,8€)	<150 mn activité modérée ou <75 mn d'activité intense ou <180 mn de marche par semaine ou une combinaison aboutissant à moins de 600MET par semaine sur au moins 3j par semaine	dépenses de santé directes (non spécifié)	pop. Générale	Maresova (2014)
Royaume uni	1,32Mds€ (22€)	non défini	dépenses de santé directes (non spécifié)	pop. Générale	Scarborough et al. (2011)
	1,68 Mds€ (28 €)	non défini	dépenses de santé directes : soins primaires, établissement de santé, ambulatoire, médicaments	pop. Générale	Allender et al. (2007)
Canada	1,3 Mds€ (43€)	dépense énergétique<12,6kJ par kilo par jour	dépenses de santé directes (non spécifié)	pop. Générale	Katzmarzyk (2000)
	4,3 Mds€ (127€)	<150 mn activité modérée par semaine	dépenses de santé directes : établissement de santé, médicaments, soins et coûts indirects de perte de productivité liée à l'absentéisme pour maladie, à l'incapacité et au décès anticipé avant la retraite	pop. Générale	Janssen (2012)
	5,4Mds€ (160€)	dépense énergétique<1,5Kcal par kilo par jour	dépenses de santé directes : établissement de santé, ambulatoire, médicaments, honoraires des autres professionnels de santé, coûts de recherche et administratifs, coûts indirects de productivité en lien avec le décès prématuré et l'incapacité de court	pop. Générale	Katzmarzyk (2011)

RAPPORT IGAS N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07

			et de long termes		
	7,9Mds€ (224€)	dépense énergétique < 1,5 Kcal par kilo par jour dans les 3 derniers mois	dépenses de santé directes : établissement de santé, ambulatoire, médicaments, honoraires des autres professionnels de santé (sauf dentaire), coût de recherche + coûts indirectes de productivité : perte de revenu liée à l'incapacité de court et de long terme, décès prématurés (avant la retraite)	pop. Générale	Krueger et al. (2015)
	1,8Mds€ (1,4€)	sédentarité	dépenses de santé directes (non spécifié)	pop. Générale	Popkin et al. (2006)
Chine	4,9Mds€ (3,7€)	< 30 mn d'activité modérée 5j par semaine ou < 20 mn d'activité très intense 3j par semaine	dépenses de santé directes : établissement de santé ambulatoire, médicaments, honoraires des autres professionnels de santé, coûts de recherche et administratifs, coûts indirects de productivité : perte de revenu en lien avec l'absentéisme pour maladie, le décès prématuré avant la retraite et l'incapacité de court et de long termes	pop. Générale	Zhang & Chaaban (2012)
	90,5Mds€ (0,3€)	< 20 mn d'activité physique intense au moins 3 j par semaine	dépenses de santé directes : établissement de santé ambulatoire, médicaments, analyses, radiologie, professionnels de santé	échantillon de 1,5 M	Garrett et al. (2004)
Etats-Unis	212,4M (0,8€)	< 30 mn d'activité physique intense par jour au moins 3 jours dans la semaine passée	dépenses de santé directes : établissement de santé et ambulatoire, hors pharmacie	échantillon de 200000	Anderson et al. (2005)
	26,5Mds € (98€)	< 30 mn d'activité physique augmentant le rythme cardiaque au moins 5 fois par semaine ou moins de 20 mn d'activité	dépenses de santé directes : ambulatoire, établissement de santé, médicaments, soins à domicile	pop. Générale	Wang et al. (2004)

RAPPORT IGAS N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07

		physique augmentant substantiellement le rythme cardiaque plus de 3 fois par semaine		
	57,7 Mds € (185€)	<30 mn d'activité physique modérée par semaine	dépenses de santé directes : ambulatoire, établissement de santé, urgences, médicaments, soins à domicile, dentaire, ophtalmo	Carlson et al. (2015)

Source : *Fait à partir de Candari, C.J., J., Cylus, J., & Nolte, E. (2017). Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity: an evidence review and proposed framework*

[37] De rares études sur données françaises ont mis en évidence l'impact sur les dépenses d'assurance-maladie de l'inactivité et à l'inverse de l'activité physique adaptée. Un rapport de l'ISCA et du CEBR¹² a estimé à 1,2 Mds € par an le coût de la part de quatre pathologies chroniques imputables à l'inactivité. Ce rapport évalue les dépenses directes de santé correspondant à la part imputable à l'inactivité physique des quatre pathologies suivantes : pathologies coronariennes, diabète de type 2, cancer du sein et cancer colorectal, pour plusieurs pays européens. Le coût économique direct de l'inactivité en lien avec ces pathologies a été évalué à 1,21 milliards € par an pour la France. Le coût économique indirect (estimation économique de la mortalité prématurée) s'élèverait à 4,3 Mds€. C'est pour le diabète de type 2 que l'inactivité physique a le plus fort impact économique : le coût économique direct du diabète de type 2 imputable à l'inactivité est évalué à 918 millions €, soit les trois quarts du coût direct des quatre pathologies étudiées. Notons toutefois que le rapport manque de précision sur la définition de l'inactivité utilisée, le contenu des coûts directs et indirects et le calcul de la part des quatre pathologies liées à l'inactivité.

[38] Selon un rapport de l'OMS, le manque d'activité physique aurait un coût estimé à 126 millions d'euros en France par le biais de l'augmentation du diabète de type 2. Le rapport de l'OMS suscite fournit une estimation sur données françaises des coûts d'une activité physique insuffisante en se fondant uniquement sur l'augmentation induite du diabète de type 2. Les auteurs de l'étude estiment un nombre d'incidents coronariens et de complications en 2010 imputables à l'insuffisante activité physique en 2010 définie comme inférieure à 150 minutes par semaine d'activité physique modérée à intense ou inférieure à 75 minutes par semaine d'activité physique très intense en 2010. Ils estiment ensuite les coûts associés, directs (dépenses de médicaments et de soins) et indirects (incapacité, absentéisme, baisse de la productivité). Cela aboutit à une estimation de 126,4 millions d'euros par an.

Tableau 2 : Coût direct et indirect en France en 2010 d'une insuffisance d'activité physique mesurée en 2015 se traduisant par une augmentation du diabète de type 2

coût direct	coût indirect	total
56 030 942 €	70 385 985 €	126 416 927 €

Source : OMS rapport cité supra

[39] On constate que pour une même pathologie, les coûts associés à l'inactivité physique sont très variables selon les méthodes des études.

[40] Une étude du CHU de Nice met en évidence une économie de 30% sur les dépenses annuelles d'assurance-maladie des malades coronariens, après un programme d'activité physique adaptée. L'étude « As du cœur » conduite en 2014 a pour but d'évaluer l'impact d'un programme d'activités physiques et sportives adaptées pour les personnes porteuses de pathologies cardio-vasculaires. Le programme repose sur :

- un bilan médico-sportif et motivationnel avec un carnet fiche de liaison médecin-coach ;
- un entretien et un diagnostic de condition physique au début et à la fin du programme ;
- des outils visant à accompagner les participants dans la durée ;

¹² ISCA/CEBR "The economic cost of physical inactivity in Europe", 2015. ISCA : international sport and culture association, CEBR : Centre for Economics and Business Research

- un programme d'activités physiques adaptées au niveau et au profil du pratiquant et respectant les recommandations de l'OMS.

Deux variantes du programme sont étudiées :

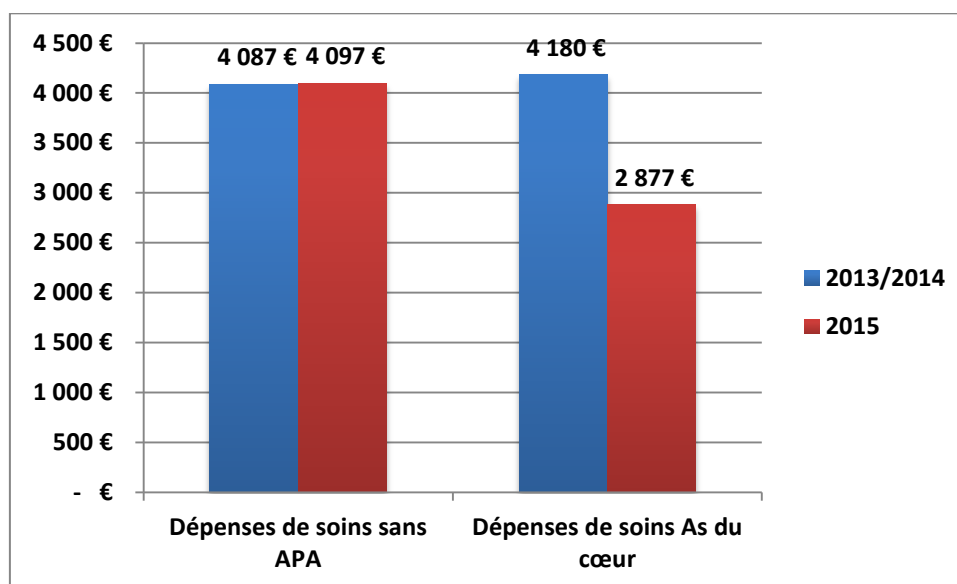
- « encadrement classique » : 2 séances encadrées + une en autonomie sur 2,5 mois, suivies de 2 séances encadrées + 1 en autonomie sur 2,5 mois ;
- « autonomisation progressive » : 2 séances encadrées + une en autonomie sur 2,5 mois suivies de 1 séance encadrée + 2 en autonomie sur 2,5 mois (avec carnet d'entraînement et coaching téléphonique).

[41] Les 45 participants sont des personnes souffrant d'ALD 13 (maladie coronarienne) et d'ALD 5 (insuffisance cardiaque) et sont affiliés au RSI Côte d'Azur. Ils sont comparés aux 1891 non-participants souffrant d'ALD identiques et affiliés au RSI Côte d'Azur.

[42] L'évaluation de ce programme a démontré trois types d'impact :

- sur la condition physique des bénéficiaires : les deux versions du programme améliorent significativement la condition physique (mesurée par le test 6 minutes de marche, la force des membres inférieurs et des données cardiaques) ;
- sur le niveau d'activité physique et la qualité de vie des bénéficiaires : l'étude met en évidence que la qualité de vie, mesurée par questionnaire standardisé SF 36, s'est améliorée dans les deux variantes du programme, avec un impact significativement plus important pour la version du programme « autonomisation progressive » ;
- sur les dépenses de santé : alors qu'avant le programme les bénéficiaires et les non-bénéficiaires avaient un niveau de dépenses de santé annuelles quasi identique (4180 et 4087 €), les bénéficiaires voient celles-ci diminuer après le programme (2877 € soit une baisse de 1303 €, 30 %) alors que les non-bénéficiaires gardent des dépenses à peu près constantes (4097 € ; +2%).

Tableau 3 : Dépenses de santé annuelles avant et après le programme As du cœur pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires



Source : Dr Bailly et Pr Pradier, CHU de Nice (étude pas encore publiée)

[43] Le coût du programme a été évalué à 600 euros (1249 euros en comptant tout le matériel, les transports, etc.). Les économies réalisées compensent donc le coût. Ces résultats mériteraient d'être confortés à plus grande échelle (l'étude repose sur un échantillon de 45 individus ayant participé au programme).

Encadré 5 : La CNAM est en train d'expérimenter un programme de prévention du diabète par l'activité physique

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est en train d'expérimenter dans trois départements un programme de prévention du diabète par un changement de mode de vie (et notamment l'incitation à la pratique d'une activité physique), inspiré d'une expérience américaine. Il est destiné aux personnes en surpoids¹³. Ce programme se déroulera sur cinq ans, chaque individu étant suivi pendant deux ans. La CNAM ne finance pas l'activité physique mais l'incitation à la pratique : ainsi sont financées quinze séances de coaching¹⁴ reposant sur trois volets : alimentation, activité physique, accompagnement psychosocial au changement. Le programme doit amener le participant à modifier ses habitudes de vie :

- accroître son temps d'activité physique à au moins 30 minutes, 5 jours par semaine
- perdre 5% à 7% de son poids initial
- augmenter sa consommation d'aliments riches en fibres
- diminuer la part des lipides dans son alimentation
- réduire les graisses saturées et les sucres

En termes de santé publique, les résultats attendus sont les suivants :

- une baisse ou stabilisation de l'incidence du diabète de type 2
- un recul de l'âge moyen d'entrée dans la maladie
- une baisse ou retard de l'apparition des complications

En 2017, des marchés publics ont été lancés et des opérateurs ont été retenus relevant soit du secteur privé soit du secteur associatif. Le prix plafond des séances collectives de coaching est de 215 euros par personne HT. Les 10 000 patients sont sélectionnés par le médecin généraliste. L'évaluation se fera sur l'IMC (baisse de 5 à 7%) et la pratique d'activité physique. Les patients seront comparés à ceux de la cohorte Constance et l'effet sur les dépenses d'assurance maladie sera estimé. Le budget global est d'environ 2 M d'euros auquel s'ajoute un budget de communication.

[44] Enfin, un programme d'études vient d'être lancé par la direction des sports et la direction générale de la santé, confié à l'OCDE en partenariat avec l'Institut Carnot STAR. Son but est d'objectiver la mesure de l'impact économique sur les finances publiques des politiques de soutien et de promotion des APS. Le rapport est attendu dans 15 mois.

¹³ Les critères d'éligibilité sont les suivants : Avoir un âge compris entre 45 et 70 ans en métropole (35 à 70 ans à la Réunion) ; Ne pas être diabétique ; Avoir une glycémie à jeun (GàJ) entre [1,10 ; 1,26[g/l. ; Etre en surpoids (IMC \geq 25 kg/m²) ; Absence de critères d'exclusion : pathologie chronique non stabilisée, grossesse en cours ; Assurés du régime général, de la MSA et du RSI.

¹⁴ Plus précisément le programme comporte : une consultation chez le médecin traitant pour repérer le patient éligible et l'inscrire au programme, un premier entretien individuel avec l'opérateur de présentation du programme, 15H de séances collectives avec un ou des intervenants étalées sur une durée de 9 à 12 mois, une session de maintien des acquis d'1heure l'année suivante.

1.2 Pour autant, les études montrent en France une inactivité physique et une sédentarité fortes pouvant agir négativement sur l'état de santé des français, en particulier pour les plus défavorisés

1.2.1 Malgré la mise en place de programmes nationaux nutrition santé (PNNS) depuis 2001 en France, les études Esteban montrent une hausse de la sédentarité, notamment chez les femmes et les enfants

[45] Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été mis en place en 2001 par le ministère de la santé avec pour objectif général d'améliorer la santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, à savoir la nutrition. Programmé initialement sur une durée de 5 ans (PNNS 1 2001-2005), il a été prolongé en 2006 (PNNS 2 2006-2010), puis en 2011 (PNNS 3 2011-2015). C'est dans ce cadre que Santé publique France a mis en place l'Étude de Santé sur l'Environnement, la Bio-surveillance, l'Activité physique et la Nutrition (Esteban) pour répondre à des objectifs de bio-surveillance, de surveillance des maladies chroniques et de surveillance nutritionnelle (alimentation, activité physique et marqueur de l'état nutritionnel).

[46] Le volet nutritionnel de l'Étude Esteban 2014-2016 avait pour objectif de décrire les consommations alimentaires, l'activité physique, la sédentarité et l'état nutritionnel de la population résidant en France métropolitaine. Il s'agissait pour ce volet nutritionnel d'une reconduction de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006-2007, afin de disposer de données fiables d'évolution des indicateurs ayant déjà fait l'objet d'un premier recueil 10 ans auparavant. Esteban a été réalisée sur un échantillon d'enfants de 6 à 17 ans et d'adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine.

[47] Même si les objectifs du Haut conseil de santé publique (HSCP) dans le cadre des PNNS n'ont pas été atteints, les résultats semblent encore moins bons sur le volet activité physique et sédentarité que sur le volet nutritionnel. Sur ce dernier, en effet, bien que tous les objectifs fixés par le HCSP dans le cadre du PNNS 3 n'aient pas été atteints (notamment les objectifs visant une diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité), la comparaison des résultats des enquêtes Esteban et ENNS réalisées à 10 ans d'intervalle indiquent une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte. La France a été l'un des premiers pays au monde à montrer une tendance à la stabilisation de l'évolution du surpoids et de l'obésité chez les enfants. Il apparaît que la situation se stabilise également chez les adultes. Cependant, l'influence du niveau scolaire persiste en matière de corpulence. Ces résultats confirment donc la nécessité de prendre en compte les inégalités sociales de santé dans la définition et la mise en place des politiques de santé publique.

[48] Le recueil de données¹⁵ sur l'activité physique et la sédentarité visait à évaluer le niveau d'activité physique de la population et son adéquation avec les recommandations en matière de santé. Il s'agissait de mesurer le niveau d'activité physique (en termes de fréquence, durée, intensité de la pratique) et le niveau de sédentarité (durée quotidienne des activités sédentaires, temps passé devant un écran) des adultes et des enfants, dans le cadre de l'ensemble de leurs activités (professionnelles, scolaires, domestiques, de loisirs etc.).

[49] Les résultats indiquent qu'en 2015, 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Il n'y avait pas de différence selon le

¹⁵ Ces données ont été recueillies par auto-questionnaires et ont porté sur un échantillon national représentatif de 2 678 adultes et 1 182 enfants de 6 à 17 ans.

niveau de diplôme. Entre 2006 et 2015, le niveau d'activité physique a diminué chez les femmes quel que soit leur âge. Il a augmenté chez les hommes de 40-54 ans et est resté stable dans les autres classes d'âge. Près de 90 % des adultes (sans distinction entre hommes et femmes, ni en fonction du niveau de diplôme) déclaraient 3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour et 41 % plus de 7 heures. Un adulte sur cinq cumulait les deux facteurs de risque, à savoir un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique bas, inférieur aux recommandations.

[50] La durée quotidienne moyenne passée devant un écran a fortement augmenté ces 10 dernières années. Alors qu'en 2006, 53 % des adultes déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour en dehors de toute activité professionnelle, ils étaient 80 % en 2015. Cette augmentation touchait toutes les classes d'âge et tous les niveaux de diplôme, mais était plus prononcée chez les femmes. Enfin, bien qu'elle soit conséquente pour l'ensemble de la population adulte, la sédentarité semblait davantage le fait de « loisirs sédentaires » (du type temps passé devant un écran) chez les personnes les moins diplômées et davantage le fait d'une activité professionnelle sédentaire chez les plus diplômés.

[51] Concernant les enfants de 6-17 ans, seuls 28 % des garçons et 18 % des filles atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique en 2015. Il n'y a pas eu d'évolution significative de cet indicateur ces 10 dernières années. Les enfants de 6-10 ans étaient les plus actifs bien que leur niveau global d'activité physique ait baissé depuis 2006. L'inactivité physique augmentait considérablement au-delà de 11 ans. Toutefois entre 2006 et 2015, une tendance à une augmentation de la pratique physique chez les 15-17 ans a été observée. Près de la moitié des enfants de 6-10 ans déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour, cette proportion atteignait 70 % des 11-14 ans, 71 % des filles et 87 % des garçons de 15-17 ans. En moyenne, entre 2006 et 2015, le temps quotidien passé devant un écran a augmenté de près de 30 minutes chez les enfants de 6-10 ans, d'1h15 chez les enfants de 11-14 ans et de près de 2h chez les 15-17 ans.

Conclusion de l'étude Esteban : « Ces résultats mettent en lumière des niveaux d'activité physique encore faibles et une sédentarité élevée chez les adultes et les enfants en 2015, ainsi qu'une dégradation quasi générale de ces indicateurs au cours des 10 dernières années. Il apparaît donc nécessaire, dans une perspective de santé publique, d'intervenir conjointement pour augmenter le niveau d'activité physique de la population et limiter le temps passé dans des comportements sédentaires. Une attention particulière doit être portée aux femmes et aux enfants, chez qui ces facteurs se sont dégradés de manière plus prononcée au cours de ces 10 dernières années ».

1.2.2 Par ailleurs, les études disponibles montrent également de fortes inégalités sociales en matière à la fois d'alimentation et d'activité physique et sportive

[52] Dans son rapport de 2011, la HAS pointe les inégalités d'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses, dont l'activité physique et sportive. Plusieurs questions se posent pour l'acceptabilité de la prescription d'APS et son observance :

- le suivi du patient par des professionnels spécialisés (masseur-kinésithérapeute, diététicien, infirmière formée à l'éducation thérapeutique, éducateur sportif, etc.), aux profils hétérogènes et dont la répartition sur le territoire est très inégale ;
- l'accès à des structures spécialisées (gymnase ou salle de sport) ;
- le coût de l'offre d'APS, potentiellement coûteux, et non pris en charge par l'Assurance maladie.

[53] Ceci crée des inégalités sociales, culturelles et territoriales d'accès à cette offre de TNM qui pourraient conduire à ce que la prescription d'APS se développe de façon inéquitable sur l'ensemble du territoire.

[54] La pratique sportive, longtemps mesurée à l'aune des seules statistiques relatives aux licences délivrées par les fédérations sportives n'a cessé d'augmenter. Le nombre de licences a été multiplié par 9 en près de 60 ans (de 1 800 000 licences en 1949 à plus de 16 millions en 2016 au sein de 165 000 clubs)¹⁶. Si les femmes ne représentent encore que 37% des licences, leur part relative a presque doublé sur la même période¹⁷.

[55] La pratique licenciée est surtout répandue chez les plus jeunes. Les moins de 30 ans représentent 56% des licences.

Ces données doivent être complétées par les résultats des enquêtes relatives aux pratiques physiques et sportives en France, prenant en compte l'ensemble des pratiques, y compris celles non organisées au sein des fédérations sportives. Ainsi, la dernière enquête montre que 2/3 des pratiquants de plus de 15 ans ne sont adhérents à aucune structure. Depuis la fin des années 1980, la pratique encadrée associative a peu augmenté. C'est davantage en dehors du cadre traditionnel des clubs que le sport s'est développé, en particulier en raison d'un développement d'une offre du secteur commercial (salles de remises en forme, coaches individuels, etc.). S'y ajoute une pratique individuelle libre facilitée par l'utilisation d'outils numériques.

[56] De fortes inégalités subsistent toutefois dans l'accès à la pratique physique et sportive. Le milieu social (revenu et diplôme) reste un déterminant fort de la pratique d'activités physiques, phénomène qu'illustrent en l'amplifiant les statistiques de la politique de la ville¹⁸. La fédération française de cardiologie rappelait en 2016 que les collégiens avaient perdu environ 25% de leur capacité cardiorespiratoire en 40 ans.

[57] Les quartiers de la politique de la ville connaissent une pratique licenciée 2,2 fois moins importante que le poids démographique qu'ils représentent. Sur ces mêmes territoires, on constate par ailleurs une surreprésentation significative des licences masculines¹⁹.

[58] L'analyse des causes de ce constat montre que la question de l'accès ne doit pourtant pas être traitée par le seul prisme du coût financier des activités. Les moins de 60 ans citent d'abord, parmi les raisons expliquant leur non pratique, leur manque d'intérêt pour le sport, puis les contraintes scolaires, professionnelles ou familiales (manque de temps et horaires inadaptés), loin devant le coût financier²⁰.

[59] Ces éléments mettent en évidence l'importance de l'aspect motivationnel dans toute démarche visant à favoriser l'accès des publics qui en sont le plus éloignés, à une pratique régulière à des fins de santé.

[60] Le ministère des sports s'inscrit dans un objectif de prévention globale en accompagnant le développement des pratiques sportives pour le plus grand nombre et en ciblant les publics spécifiques par des moyens humains et financiers dédiés, que ce soit au titre des conventions

¹⁶ Chiffres-clés du sport – mars 2017 – Ministère de la ville de la jeunesse et des sports/INJEP.

¹⁷ « Un siècle de licences sportives » - Stats-info – Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative – novembre 2004.

¹⁸ « La pratique sportive en Ile-de-France, sept ans avant les Jeux » - Les dossiers de l'IRDS – n°37 – décembre 2017.

¹⁹ « Pratique sportive licenciée dans les quartiers prioritaires » - Observatoire national de la politique de la ville – Rapport annuel 2016.

²⁰ « Age, diplôme, niveau de vie ; principaux facteurs socio-démographiques de la pratique sportive et des activités choisies » - Stats-info – Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative – Novembre 2005.

d'objectifs signées avec les fédérations au niveau national ou au titre de la part territoriale du CNDS qui soutient les associations sportives locales.

[61] C'est un des objectifs prioritaires sur lesquels il demande aux fédérations sportives de se mobiliser comme en attestent plusieurs indicateurs du rapport annuel de performance²¹. Ces dernières ont souvent adapté leur offre pour toucher un plus large public. L'enquête sur la pratique sportive en Ile-de-France a montré que la massification de la pratique est bien d'abord le fait des associations sportives. Une personne sur trois avait côtoyé une association sportive avant 1955 et plus de 8 sur 10 entre 1985 et 1995.

[62] Pour autant, cela ne saurait suffire. C'est bien un style de vie actif accessible à tous qui est à promouvoir dans toutes les activités de la vie quotidienne au travail au domicile ou lors des déplacements. L'aménagement urbain apparaît comme contribuant efficacement à la correction des inégalités d'accès au sport. La mobilité active est une alternative au manque d'exercice. Les collectivités locales sont donc à cet endroit des acteurs majeurs du développement de la pratique physique à des fins de santé (cf. infra). Le développement du sport dans le milieu professionnel est un autre vecteur efficace en ce qu'il permet de traiter la question du temps disponible pour pratiquer une activité physique. De nombreuses expériences sont aujourd'hui initiées dans les entreprises pour prévenir les risques mais aussi organiser une offre de proximité pendant la pause méridienne.

2 LE CADRE MIS EN PLACE EN FRANCE POUR PROMOUVOIR L'APS DEPUIS 2012 MERITERAIT D'ETRE PRECISE AFIN DE LEVER LES PRINCIPAUX FREINS A SON DEVELOPPEMENT, NOTAMMENT CEUX LIES A LA QUALIFICATION DES INTERVENANTS

2.1 L'instruction de 2012 puis la loi santé de 2016 n'ont pas permis de lever les principaux freins au développement de l'APS

2.1.1 L'instruction de 2012, première initiative conjointe entre Santé et Sports, définit un cadre juridique et financier qui mériterait d'être précisé

2.1.1.1 Les prémices, avant l'instruction de 2012, reposent sur des objectifs ministériels et le lancement des programmes nationaux nutrition santé (PNNS)

[63] L'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 a constitué les prémices d'une politique de santé en faveur de l'activité physique et sportive en France même si la réflexion avait débuté dès les années 1990 et commencé à se structurer à partir de 2001 avec les programmes nationaux nutrition santé (PNNS).

[64] Côté Sports, en 2000, le rapport d'activité du Ministère de la Jeunesse et des Sports évoque « les actions « sport santé » » : il s'agit des actions conduites en collaboration avec le Comité français d'éducation pour la santé et de la manifestation nationale des Parcours du Cœur, en liaison avec la Fédération française de cardiologie. Ce rapport aborde aussi le sujet de la santé des sportifs dans un paragraphe « Protéger la santé des sportifs » qui correspond à l'axe historique fort du Ministère,

²¹ RAP 2017 – indicateurs liés aux taux de pratique dans les quartiers sensibles et taux de pratique féminine notamment.

structuré autour du contrôle médical du sportif de haut niveau. La mission n'a pas exploré cet aspect. Une autre orientation du ministère de la jeunesse et des sports est la dimension sociale et solidaire des activités physiques et sportives, avec une insistance sur la valorisation du bénévole, la dynamique familiale, la découverte de la nature, les méfaits des conduites à risque (tabac, alcool, drogues).

[65] A partir de 2003, le ministère des Sports insiste sur deux volets relatifs à la santé :

- « *promouvoir les activités physiques et sportives en tant que facteur positif de santé tout en maîtrisant les risques sanitaires liés à ces pratiques* » : dès le plus jeune âge, en ciblant les populations sédentaires ou peu actives, en émettant des recommandations pratiques, en incitant les fédérations sportives et les collectivités territoriales « *à promouvoir le sport pour tous par la promotion de pratiques familiales et par l'amélioration de l'accessibilité des installations sportives* » ;
- développer un programme national et pluriannuel « Bien vieillir » (2003-2005), présidé par le professeur Saillant. Le rapport se fait également l'écho du programme « *Bougez-vous la vie* », la déclinaison française du programme européen HEPA (*Health Enhancing Physical Activity*).

[66] Le rapport d'activité 2004²² détaille deux orientations du ministère des Sports :

- « *la promotion de la santé par le sport* » : le CREPS d'Houlgate est investi du statut de site pilote national pour les actions « sport-santé » ;
- « *la prévention des conduites à risque* » à destination des jeunes, relayée par les DRJS et DDJS en partenariat avec le secteur associatif.

[67] Côté Santé, la première mention détaillée du « sport santé » se trouve dans le Rapport annuel publié par le ministère de la santé en septembre 1996 indiquant que la « Mission de médecine du sport et de la lutte antidopage » « s'est engagée en 1995 dans une démarche visant à favoriser la pratique sportive dans un but de santé » (Ministère de la Jeunesse et des Sports, 1996).

[68] Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été mis en place en 2001 par le ministère de la Santé avec pour objectif général d'améliorer la santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, à savoir la nutrition, mais aussi l'activité physique et la lutte contre la sédentarité, qui ont progressivement pris une part plus importante dans les objectifs des plans successifs. Le PNNS vise des publics particuliers comme indiqué dans l'encadré ci-après. Trois générations de PNNS se sont succédées jusqu'à leur arrêt en 2016, notamment à la suite d'un rapport de l'IGAS qui a souligné le peu de résultats de ces plans. S'il soulignait une prise de conscience par la population de ces enjeux, le rapport pointait le manque de pilotage national et local, et l'incapacité d'imposer des choix au secteur agroalimentaire sur le volet nutritionnel²³. Ce rapport a été rédigé avant le résultat des études précitées ESTEBAN qui confirment le peu de résultats de ces plans par rapport aux objectifs fixés.

²² En 2004, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

²³ « Evaluation du programme nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013 », C. de Batz, F. Faucon et D. Voynet, IGAS, 2016.

Encadré 6 : Les objectifs du PNNS portant sur la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation

Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges :

- augmentation de l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour d'activité physique d'intensité modérée au moins 5 fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes) : augmenter chez les adultes, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique* « élevée » de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes et « moyenne » de 20 % au moins.
- augmentation de l'activité physique et lutte contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents : atteindre, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure ; diminuer de 10 % au moins le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

* Selon le questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire).

2.1.1.2 L'instruction interministérielle du 24 décembre 2012

[69] L'instruction interministérielle du 24 décembre 2012²⁴ constitue une première étape importante pour le développement de l'activité physique et sportive en France, même si elle ne fixe pas un cadre précis laissant la place à une forme d' « expérimentation ouverte ».

Encadré 7 : L'instruction du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique

Il s'agit de la première instruction interministérielle sur le sujet du « sport-santé ». Elle émane de la DGS, de la DGCS et de la DS.

Il s'agit de la déclinaison opérationnelle de la communication en conseil des ministres des deux ministres chargées de la santé et des sports.

Elle demande aux préfets de région (DRJSCS) et aux directeurs généraux d'ARS de mettre en place un plan régional « sport santé bien-être » dans un double objectif :

- accroître le recours aux APS comme thérapeutique non médicamenteuse ;
- développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé dans un but de préservation du capital de santé.

Le plan doit concerner les publics « à besoins particuliers » :

- personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, cancer, etc.) ;
- personnes avançant en âge quel que soit leur lieu de vie et quel que soit le degré de perte de leurs capacités ; généraliser et professionnaliser les APS en EHPAD ;
- personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie ; intégration des APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements.

Elle cible également la prise en compte de la promotion de l'APS comme facteur de santé au sein de la

²⁴ Cf. Annexe 1

politique de la ville (contrats locaux de santé).

Elle demande la mise en place d'un comité de pilotage co-organisé par la DRJSCS et l'ARS, associant les acteurs dont le mouvement sportif, chargé d'adopter un plan d'action pluri-annuel et d'en dresser un bilan annuel transmis à la DS et à la DGS.

Des moyens financiers spécifiques sont prévus :

- crédits du CNDS au niveau national et territorial : 1,5M€ ;
- crédits du fonds d'intervention régional dont la mobilisation doit faire l'objet d'un suivi spécifique.

[70] Cette instruction est « *relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012* » par une communication conjointe de la ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et de la ministre des affaires sociales et de la santé en faveur de la pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique. Sa philosophie générale est résumée ainsi : « *La promotion et le développement des activités physiques et sportives sont une priorité de santé publique qui a fait l'objet d'une communication en conseil des ministres. Il vous est demandé de décliner au niveau régional, un plan « sport santé » bien-être » dont les lignes stratégiques ainsi que les modalités organisationnelles et financières de sa mise en œuvre sont précisées dans la présente instruction* ».

[71] L'objectif fixé par l'instruction paraît relativement clair : il s'agit « *d'accroître le recours aux activités physiques et sportives (APS) comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé de chacune et de chacun* ». A cet effet, l'instruction vise des publics dits « *à besoins particuliers* » (les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes avançant en âge) autour de lignes stratégiques :

- promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, cancer...);
- promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes avançant en âge quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et quel que soit le degré de perte de leurs capacités ;
- généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- renforcer l'offre de pratiques de loisir pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et intégrer les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements;
- renforcer la prise en compte de la promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville, en utilisant particulièrement, les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé et en mettant en cohérence les politiques publiques de prévention avec le soutien de l'assurance maladie;
- développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux, et notamment les « réseaux régionaux sport-santé » afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs.

[72] L'organisation au niveau territorial reposait sur un comité de pilotage co-organisé par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et l'Agence régionale de santé (ARS), en lien avec les plans régionaux de santé (PRS) et les contrats locaux de santé (CLS).

[73] Pour autant, l'instruction ne donnait aucune ligne directrice sur le contenu de ces plans régionaux « sport santé » bien-être (PRSSBE) :

- aucune directive sur le contenu des actions pouvant être intégrées à ces plans ;
- aucune directive sur les critères à respecter à la fois sur le contenu des actions et la qualité des intervenants, alors même que les actions pouvaient cibler des patients avec des pathologies lourdes ;
- une confusion entre les publics, certains relevant de la population générale (personnes âgées sans distinction de leurs capacités physiques, populations relevant de la politique de la ville) et les personnes atteintes de pathologies ou d'un handicap ;
- une volonté bienvenue de promouvoir la coordination locale des acteurs du monde du sport et de la santé mais sans outils pour la mettre en œuvre (site internet, répertoire, etc.).

[74] Au total, on peut considérer que l'instruction de 2012 a impulsé, en appui au PNNS, une véritable mobilisation locale, notamment grâce à des acteurs de terrain très engagés, mais dans un cadre insuffisamment clair pour structurer une offre « sport santé » à la fois professionnelle et susceptible de répondre aux besoins des populations dans leur diversité.

[75] Cette mobilisation se traduit aujourd'hui dans la nouvelle Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 du Ministère de la Santé qui apparaît relativement ambitieuse au regard des « enjeux du « sport santé » ». En effet, elle indique un objectif de « *promouvoir une activité physique régulière* ». Partant du constat partagé d'une inactivité physique et d'une sédentarité trop importantes chez les Français, notamment les jeunes, la SNS 2018-2022 propose :

- d'encourager la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie, «notamment grâce au développement de l'offre de pratique, à des aménagements de l'espace public favorisant le temps passé dans les espaces de nature et le développement des mobilités actives, dont la marche et le vélo » ;
- de lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne (sans préciser les moyens) ;
- d'accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies.

[76] Ainsi la SNS 2018-2022 couvre à la fois la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La mission rappelle que, s'il est pertinent pour les pouvoirs publics de poursuivre ces objectifs, il est important de distinguer, dans leur mise en œuvre opérationnelle, ce qui relève de la prévention primaire (population générale), d'une part, et de la prévention secondaire et tertiaire, (patients atteints de pathologies), d'autre part.

2.1.2 La loi de santé de 2016 et son décret d'application de 2017 qui officialisent la prescription de « sport sur ordonnance » n'apportent pas toutes les précisions attendues pour la mise en œuvre

[77] La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 va plus loin que l'instruction de 2012. Son article 144 ouvre la possibilité au médecin traitant de prescrire une activité physique adaptée (APA) pour les malades chroniques en ALD. Les conditions de prescription sont définies dans le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée et par l'instruction du 3 mars 2017 (annexe 2).

Encadré 8 : Définition de l'activité physique adaptée (APA)

Le décret du 30 décembre 2016 précise la définition de l'activité physique adaptée comme « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

[78] Le décret liste les intervenants habilités à dispenser cette APA. Toutefois, les précisions apportées complétées par l'instruction du 3 mars 2017 (cf annexe) ne répondent pas à toutes les interrogations en matière d'encadrement. Ce point est développé au § 2.2.

[79] L'instruction met également à disposition un modèle d'ordonnance précisant que la prescription ne donne lieu à aucun financement de l'assurance-maladie. Auditionnée par la commission des Affaires culturelles et celle des Affaires sociales de l'Assemblée nationale le 26 septembre 2017, la ministre de la santé a cependant précisé que l'APA sera prise en charge pour certaines ALD « pour lesquelles les bienfaits d'une activité physique adaptée ont été prouvés scientifiquement ».

[80] Un premier bilan du décret du 30 décembre 2016 devait être réalisé fin 2017 mais la mission n'en a pas eu connaissance. Aucune donnée n'est à ce jour disponible sur la prescription de « sport par ordonnance ». Suite à ses investigations dans quatre régions et ses entretiens avec les représentants du monde médical, la mission a plutôt recueilli des avis mitigés sur la mise en œuvre de cette prescription de « sport sur ordonnance » par les médecins, en raison notamment de deux difficultés principales :

- une absence de prise en charge financière à la fois de l'activité physique elle-même mais également de la consultation médicale spécifique liée à la nécessité de réaliser un bilan médico-sportif et motivationnel (capacités physiques de la personne en fonction de son état de santé et bilan de sa motivation à suivre un parcours d'activité physique) ;
- un manque d'information du médecin sur la mesure elle-même et surtout sur l'offre de « sport santé » existante dans son périmètre d'intervention.

[81] La mission considère également que le manque de clarté sur les publics ciblés, entre la population générale (prévention primaire) et les patients atteints de pathologies (prévention secondaire et tertiaire), au regard des objectifs poursuivis et des moyens alloués, entretient une confusion qui freine le développement des activités physiques et sportives dans un but de santé publique.

2.1.3 Ce cadre mériterait d'être précisé pour lever les principaux freins à la prescription d'APS

[82] Plusieurs études précitées (Inserm, HAS) détaillent les principaux freins au développement de l'activité physique et sportive. Malgré le cadre mis en place en 2012, ces freins n'ont pas été levés.

[83] Les principaux freins relevés par la mission sont :

- la mise en œuvre opérationnelle des recommandations scientifiques pour les personnes atteintes de pathologies (ou correspondant aux phénotypes « limitation modérée ou sévère » a minima) : la définition du contenu des activités physiques et sportives demeure relativement incertaine pour ces publics alors qu'il est plus aisé pour la population générale ;

- les freins socioculturels et symboliques à la prescription : un effort d'éducation du patient mais également du médecin est nécessaire pour qu'une consultation puisse aboutir à la prescription d'une « *thérapeutique non médicamenteuse* ». Dans l'imaginaire collectif des patients et des médecins, celle-ci pourrait être mal vécue, comme une forme de *non prise en charge*²⁵ ;
- la question de la responsabilité des médecins : ce point a souvent été évoqué lors des entretiens de la mission avec des interlocuteurs du monde de la santé. Les médecins sont très peu à l'aise avec l'idée d'orienter leurs patients vers des structures dont ils ne connaissent pas nécessairement l'offre et dont ils ne sont pas certains de la qualité du contenu des activités physiques et sportives qui y sont proposés. De ce point de vue, l'existence d'un « *tiers de confiance* » susceptible d'apporter une forme de crédibilité et d'assurance aux médecins serait un levier efficace pour encourager la prescription d'APS par les médecins à leurs patients (cf. partie 4) ;
- la difficulté de l'évaluation et du suivi des patients : même pour les médecins susceptibles de « prescrire » une APS, se pose la question de l'évaluation par les intervenants à la fois des capacités fonctionnelles et physiques du « patient » (rôle du médecin ou de l'intervenant qualifié ?) et de leur pratique, d'une part, et la question du suivi et du retour d'information au médecin prescripteur, d'autre part. En somme, le parcours du patient en APS n'est pas organisé en France en dépit de certaines initiatives isolées d'associations ou de collectivités locales dans ce sens ;
- la formation des médecins et des intervenants (cf. *supra* et *infra*) ;
- l'accessibilité géographique de l'offre d'APS : il s'agit là d'un point important, souvent évoqué par les interlocuteurs de la mission. Ceci est vrai pour la population générale, en prévention primaire, mais il est encore plus crucial pour les patients atteints de pathologies car cela pose de graves problèmes d'inégalités de santé sur le territoire. La mission a également rencontré des patients atteints de maladies chroniques (diabète, cancer, etc.) pour lesquels ce sujet était essentiel, en plus de celui du financement ;
- le financement : force est de constater que si la lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité apparaît essentielle en termes de santé publique, les moyens alloués sont aujourd'hui très faibles. A ce jour, l'Assurance maladie ne finance pas l'APS même si la HAS reconnaît celle-ci comme une thérapeutique non médicamenteuse. Le sujet du financement se pose à plusieurs titres :
 - pour les médecins et intervenants de l'APS à la fois pour le bilan médico-sportif et motivationnel ;
 - pour les actions d'APS elles-mêmes qui reposent aujourd'hui sur le tissu associatif au modèle économique très fragile.

[84] Il est nécessaire pour la puissance publique, si elle se fixe comme objectif de promouvoir l'APS pour la santé, d'apporter des réponses à ces freins, notamment la formation, la communication et le financement.

²⁵ « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées », rapport HAS (2011)

2.2 L'encadrement des activités physiques et sportives à des fins de santé est un sujet complexe qui a connu des évolutions réglementaires récentes

2.2.1 Le dispositif réglementaire reste à finaliser

[85] Les conditions d'encadrement des activités physiques et sportives sont précisées par le code du sport. La profession d'éducateur sportif relevant des professions réglementées, elle est subordonnée, lorsqu'elle s'exerce contre rémunération, à l'obligation d'une qualification (diplôme, titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification)²⁶. Cette qualification, enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles, garantit la compétence de son titulaire en matière de sécurité des pratiquants et des tiers dans l'activité considérée.

[86] Un arrêté fixe la liste des qualifications concernées en mentionnant, pour chacune d'elles, les conditions ou limitations d'exercice²⁷. C'est l'objet de l'annexe II-1 de l'article A. 212-1 du code du sport. Y figurent :

- les diplômes délivrés par l'Etat : ministère chargé de l'enseignement supérieur, ministère chargé des sports, ministère de la santé ;
- les titres à finalité professionnelle délivrés par le ministère de la défense et quelques fédérations sportives (équitation, football, natation) ;
- les certifications de qualification délivrées par les branches professionnelles.

[87] L'examen, pour chaque qualification, des conditions d'exercice et de leurs limites quant aux publics susceptibles d'être encadrés – et hors recherche de la performance sportive et de la pratique compétitive, sans objet dans le présent rapport - montre qu'elles ouvrent la possibilité d'encadrer « tout public » sans restriction, à l'exception pour certaines d'entre elles « des personnes ayant un handicap, une déficience intellectuelle ou un trouble psychique ».

[88] A l'inverse, certaines qualifications ciblent, parfois exclusivement, des publics spécifiques comme les personnes souffrant de déficiences motrices, sensorielles, intellectuelles et de troubles psychiques, les personnes présentant des inadaptations sociales ou les publics seniors.

[89] La référence explicite au terme « santé » dans l'intitulé du diplôme est présente dans la licence mention sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), licence activité physique adaptée et santé. Les conditions d'exercice afférentes concernent notamment « l'encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique ». Elle l'est également dans l'intitulé de la licence professionnelle mention « santé, vieillissement et activités physiques adaptées » ciblant les publics seniors.

[90] Cette préoccupation de l'intérêt de la pratique physique à des fins de santé n'est cependant pas absente des conditions d'exercice formalisées pour d'autres diplômes qui peuvent faire référence aux activités physiques ou sportives d'entretien (BP JEPS²⁸ spécialité ou mention « activités physiques pour tous », CQP « animateur de loisirs sportifs », « animateur des activités gymniques » ou « animateur d'athlétisme – option athlé loisirs ») ou encore aux activités de la forme (BP JEPS spécialité « activités gymniques de la forme et de la force », licence professionnelle

²⁶ Article L. 212-1 du code du sport.

²⁷ Article R. 212-1 du code du sport.

²⁸ Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport.

mention « métiers de la forme »), ou pour le diplôme de masseur-kinésithérapeute, à la « gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives ».

[91] A titre d'illustration, l'arrêté²⁹ de création de la mention « activités physiques pour tous » du BP JEPS mentionne que son titulaire exerce ses fonctions dans les établissements d'APS divers intégrant les APS comme activité de prévention pour la santé et les conduites à risques.

[92] Si les prérogatives d'exercice attachées aux qualifications reconnues par l'Etat en matière de prévention primaire ne posent aucune difficulté, les conditions d'encadrement de l'activité physique pour les personnes relevant de la prévention secondaire et tertiaire sont plus complexes à appréhender.

[93] C'est ce qui a justifié le groupe de travail animé par le Professeur BIGARD qui a remis au directeur général de la santé son rapport le 20 juin 2016 sur le thème « Activités physiques et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ».

[94] Le code de la santé a précisé récemment les exigences en la matière. La loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a consacré la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques et au risque médical encouru. A partir des préconisations du rapport du Professeur BIGARD, le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 a défini les conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD. Elles ont été précisées dans un guide joint en annexe à l'instruction interministérielle du 3 mars 2017³⁰ visant à faciliter la prescription de l'activité physique par le médecin traitant et à recenser les offres locales d'APS et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, diffusée aux préfets de région et aux directeurs généraux des ARS.

[95] Ce guide définit, non pas à partir de chaque pathologie, mais à partir de 4 phénotypes (profils) fonctionnels liés à la plus ou moins importante limitation des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles des patients atteints d'une ALD, les compétences nécessaires aux personnels d'encadrement de l'AP et les métiers correspondants.

²⁹ Arrêté du 21 juin 2016.

³⁰ Instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/SG/2017/81 du 3 mars 2017 (Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports) relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Tableau 4 : Tableau des interventions des professionnels et des autres intervenants

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens <small>(dans leur champ de compétences respectif)</small>	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés

Source : *Rapport Bigard précité (2016) ; Instruction interministérielle du 3 mars 2017*

[96] Un premier bilan de mise en œuvre de l'instruction était demandé pour la fin de l'année 2017 selon des modalités qui restent à préciser.

[97] Sans disposer à ce jour d'éléments précis d'évaluation, il ressort toutefois des échanges que si ce travail important avec les acteurs concernés qui a conduit à réglementer les conditions d'encadrement des APS destinées aux patients en ALD est salué, des difficultés d'application des dispositions réglementaires sont signalées.

[98] Elles sont liées :

- à la restriction de la cible aux seuls médecins traitants alors que des médecins spécialistes - en milieu hospitalier ou non - sont très mobilisés sur ce sujet ;
- à une présentation par phénotype familière aux éducateurs sportifs mais qui apparaît comme complexe à appréhender pour les médecins généralistes aujourd'hui non formés ;
- à un cadre susceptible de remettre en question des actions mises en place au titre d'une prescription ou d'une recommandation dans le cadre de collaborations réussies entre le milieu médical et des encadrants d'APS ayant bénéficié de formations « sport santé », complémentaires à leur diplôme initial mais non reconnues, en particulier s'agissant des limitations modérées et sévères.

[99] A cet endroit, les arrêtés conjoints des ministres chargés des sports et de la santé relatifs à la reconnaissance des CQP, TFP et certifications fédérales sont attendus. Il convient de préciser que la branche professionnelle du sport (CPNEF sport) a proposé à ses délégués une inscription des CQP existants sur une liste transitoire dans l'attente de mise en place d'une unité capitalisable (UC) optionnelle dédiée au « sport sur ordonnance ».

2.2.2 L'offre de formations « sport-santé » proposées par une diversité d'acteurs manque de lisibilité

[100] Il faut rappeler que le code du sport n'exige pas de qualification des intervenants bénévoles dont la compétence relève de la seule responsabilité des organisateurs d'APS. Ainsi, les fédérations mettent-elles en place des qualifications fédérales, souvent obligatoires, pour encadrer à titre bénévole en leur sein.

[101] Le développement des APS à fins de santé a conduit de nombreux acteurs à proposer, voire à rendre obligatoires, des formations spécifiques complémentaires pour les personnels d'encadrement des activités qu'ils dispensent à titre professionnel ou non. Certaines initiatives sont anciennes, d'autres ont émergé récemment. L'offre de formation est nationale ou, le plus souvent, d'initiative régionale.

[102] Sans prétendre à l'exhaustivité tant les initiatives sont nombreuses, la mission a constaté qu'elles émanent de l'université, des fédérations sportives, des coordonnateurs de réseaux « sport santé » (collectivités, associations sportives ou non), des associations nationales spécialisées et des structures commerciales. Le recensement de ces formations est d'autant plus complexe à réaliser que leurs intitulés ne reflètent que très imparfaitement leurs contenus, en particulier quant au public finalement visé (bien-être, remise en forme, vieillissement, patients en ALD ou souffrant de maladies chroniques), illustrant en cela le défaut de définition du périmètre initial de cette politique publique « sport santé ».

[103] Il convient enfin de signaler par ailleurs des initiatives intéressantes visant à prévenir les maladies professionnelles par la systématisation d'exercices physiques sur le lieu de travail. Ce point ne sera pas détaillé dans le présent rapport mais mériterait une attention particulière dans le cadre d'un plan national de prévention primaire.

[104] Les publics visés sont essentiellement les encadrants sportifs professionnels ou bénévoles même si les formations s'adressent aussi parfois à des personnels médicaux ou paramédicaux.

[105] L'offre de formation disponible se caractérise par son hétérogénéité quant au volume, aux contenus et au coût de la formation.

L'offre de formation des universités

[106] Outre les diplômes délivrés par le ministère de l'enseignement supérieur à l'issue d'une formation universitaire, une douzaine d'universités délivrent un diplôme universitaire (D.U.) dont la thématique relève du sport santé avec des intitulés variés : sport et santé, sport et cancer (voir supra), activités physiques – prévention – santé connectée, thérapeute du sport, sport motricité santé, éducateur sportif et activité physique pour la santé, APA nutrition et cancer, santé par les activités physiques, éducateur sportif et APS, conseil en activité physique et santé, éducation pour la santé...

[107] Ces formations sont proposées au titre de la formation initiale et, surtout, de la formation continue de professionnels du sport, voire de la santé dans le cadre de partenariats (CAMI, société française des masseurs kinésithérapeutes du sport, CHU, CROS...). Elles comportent de l'ordre de 80 à 220 heures.

L'offre de formation des fédérations sportives

[108] Aujourd'hui, la moitié des fédérations sportives sont investies dans le sport santé, à divers degrés de développement. Les formations proposées par les fédérations s'inscrivent dans le cadre d'un projet fédéral de développement de leur(s) discipline(s) par la prise en compte de publics dont la motivation est la reprise d'activité physique, la remise en forme, voire le soin en dehors de toute recherche de résultats sportifs. Le maillage du territoire par les 180 000 clubs constitue bien entendu un atout en matière d'accessibilité pour chacun à une AP.

[109] Le travail conduit par la commission médicale du CNOSF avec les fédérations, sous l'égide du Dr CALMAT et qui a abouti au MEDICOSPORT, se traduit par des adaptations par ces dernières des règles de leur(s) discipline(s), des types d'effort mobilisé, du matériel utilisé et de l'encadrement (voir infra). Des protocoles sont ainsi proposés par les fédérations en fonction du niveau de la pathologie. Il a été précisé sur ce point que même au titre de la prévention primaire, un protocole peut être opportun lorsqu'il s'agit par exemple d'une reprise d'activité physique après une longue période sédentaire.

[110] Les formations proposées par les fédérations rencontrées par la mission sont très hétérogènes quant aux publics cible, aux partenariats mobilisés et aux volumes horaires dédiés (de 20h à 130h). Quelles que soient les stratégies retenues, et à l'exception notable des fédérations multisports³¹ historiquement mobilisées sur ce créneau du « sport santé », le déploiement est encore modeste quant au nombre de personnes formées et, en conséquence, quant au public effectivement touché par les actions. Certaines sont en attente de clarification quant au socle de compétences transversales exigé, considéré comme un préalable à la définition de leurs contenus techniques adaptés.

L'offre de formation des réseaux régionaux « sport santé bien-être » ou d'associations locales

[111] La constitution des réseaux régionaux « sport santé bien-être » a conduit le plus souvent à la mise en place de formations parfois rendues obligatoires pour s'intégrer dans le réseau et pouvoir proposer un encadrement d'APS à des fins de santé.

[112] Les structures qui coordonnent le réseau mettent en place des formations et/ou recensent et diffusent l'information relative aux formations proposées sur le territoire. A cet égard, le travail de coordination réalisé par le réseau « sport santé » Pays-de-la-Loire illustre la diversité de l'offre et le défaut de lisibilité qui caractérise ce champ de la formation « sport santé ».

[113] Les CROS (parfois en lien avec les CDOS) apparaissent comme des acteurs importants de ces formations donnant lieu à un soutien important du CNDS au titre de la part territoriale (plus d'1M€).

[114] Le CROS Ile-de-France propose des formations à 2 niveaux, le premier étant assuré par les CDOS et le second par le CROS dans le cadre d'un module de 40h. Le CROS de Franche Comté propose une formation dédiée au sport et aux maladies chroniques sur 6 jours.

[115] A titre d'illustration des pratiques sur les territoires :

[116] le réseau EFFORMIP (« Effort et forme en Midi-Pyrénées ») en Occitanie rend la formation des médecins généralistes (13h) et des éducateurs sportifs (20 h) obligatoire, soit, depuis 2006,

³¹ Parmi lesquelles la Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire ou la Fédération sport pour tous.

1271 formés (dont 40% de personnel médical et de santé), pour partie du temps ensemble, à la prise en charge des pathologies chroniques ; les compétences acquises par le réseau l'ont conduit à développer aussi une activité de formation pour le compte de tiers (fédérations) ou comme intervenants au sein de formations proposées par différents opérateurs parmi lesquels le CREPS de Toulouse, opérateur public de formation du ministère chargé des sports ;

[117] le réseau « sport santé » bien-être de Champagne Ardenne a formé 100 personnes dans le cadre de modules thématiques : AP et cancer, AP et diabète, AP et troubles musculo-squelettiques, AP et maladies neurologiques ; des formations continues sont obligatoires pour les éducateurs médico-sportifs pendant la durée de labellisation des 3 ans ;

[118] le réseau SAPHYR en Lorraine a recours à des personnels diplômés sans qualification « sport santé » obligatoire mais exclut les AP relevant de la prévention tertiaire.

La formation par les associations nationales spécialisées en direction de ses personnels d'encadrement

[119] Les formations obligatoires mises en place par la CAMI ont débouché en 2009 sur un DU sport et cancer à Paris 13, dont une extension est prévue en 2018 à Nice. Elle comprend un volume de 220 heures réparties entre formation théorique, pratique et stage d'observation/mise en pratique. 120 personnes ont été formées depuis la création du DU.

[120] L'association Siel bleu impose à son encadrement d'APS constitué de diplômés STAPS – APA Santé, le suivi d'une formation initiale complémentaire de 3 semaines. Elle envisage de développer son activité de formation.

L'offre de formation de structures commerciales

[121] La société « Mon stade » implantée à Paris propose des formations sport-santé qu'elle souhaite développer en direction des encadrants (48 heures) ou dans les entreprises au titre de bilans de la condition physique des salariés et de la qualité de vie au travail.

[122] L'instruction interministérielle précitée définit dans son annexe 3 les compétences nécessaires aux professionnels et personnes habilités à dispenser l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant aux patients atteints d'affections de longue durée en fonction des 4 phénotypes.

[123] La question du socle commun de compétences obligatoire dans les contenus des formations proposées en dehors de celles conduisant à une certification délivrée par l'Etat est aussi essentielle pour les patients présentant des limitations modérées que difficile à appréhender. La branche professionnelle du sport, en proposant de systématiser une formation complémentaire aux CQP disciplinaires s'inscrit résolument dans cette préoccupation.

Recommandation n°5 : Définir un socle commun de compétences minimales obligatoires « sport santé » pour les intervenants non titulaires d'une certification délivrée par l'Etat en cas de limitation modérée.

3 LE BILAN DES ACTIONS EN MATIERE DE « SPORT SANTE » MET EN EVIDENCE UNE MULTITUDE D’ACTIONS DISPERSEES INSUFFISAMMENT STRUCTUREES ET EVALUEES

3.1 Le bilan des plans régionaux « sport santé » bien-être (PRSSBE) révèle qu’ils s’adressent à une faible proportion du public ciblé

3.1.1 Dans toutes les régions, un ou deux plans « sport santé bien-être » ont été mis en œuvre

[124] Le plan national de 2012 a fait l’objet d’une déclinaison régionale généralisée sous forme de plans régionaux co-pilotés et mis en œuvre par les DRJSCS et les ARS. Ces plans ont pour objectif de promouvoir et de développer la pratique des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé publique en direction des publics dits « à besoins particuliers » : les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes avançant en âge.

3.1.1.1 Les régions ont, à des vitesses et avec des contenus divers, traduit l’instruction de 2012 dans des PRSSBE

[125] En 2018, presque toutes les régions en sont à leur deuxième plan. Le début des PRSSBE s’étale, selon les régions, entre 2013 et 2015.

Tableau 5 : Les échéances des PRSSBE

Nouvelles Régions	Anciennes Régions	1er plan	2ème plan (fait ou prévu)
Auvergne-Rhône-Alpes			2018
	Auvergne	2013-2017	
	Rhône-Alpes	2013-2017	
Bretagne		2013-2016	mai-18
Corse			2018
Centre Val- de-Loire		2013-2017	2ème semestre 2018
Bourgogne-Franche-Comté		2013-2016	2016-2020
Grand Est			1er semestre 2018
	Alsace	2013-2016	
	Champagne Ardenne	2015-	
	Lorraine	2013-2017	
Hauts-de- France	Picardie en forme ³²	2011-2015	
Ile-de- France		2013-2016	2017-2020
Normandie			
	Haute-Normandie	2013-2017	

³² Dispositif mis en place avant la généralisation des plans régionaux sport-santé bien être.

RAPPORT IGAS N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07

	Basse-Normandie	2013-	
Nouvelle Aquitaine			Mars-avril 2018
	Aquitaine	2012-2016	
	Limousin	2013-2016	
	Poitou-Charentes	2014-2016	
Occitanie			Mars-avril 2018
	Midi-Pyrénées	2013-2016	
	Languedoc-Roussillon		
Pays de la Loire		2013-2017	2018-2022
PACA		2013-2016	Courant 2018 ?

Source : Pôle ressources « sport santé » bien-être

3.1.1.2 Les PRSSBE ont renforcé la coordination entre acteurs autour du sport-santé

[126] Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, la construction des plans a renforcé la collaboration ARS et DRJSCS et, autour d'elles, le monde de la santé, du sport, de l'activité physique adaptée voire, dans certains territoires, d'autres acteurs (assurance-maladie, conseils départementaux, mutuelles)... La collaboration s'est intensifiée avec la mise en œuvre de l'article 144 de la loi de modernisation du système de santé de 2016 (cf. plus haut).

[127] La circulaire de 2012 prévoit la mise en place d'un comité de pilotage co-organisé par la DRJSCS et l'ARS. Toutes les régions ont mis en place une instance de pilotage qui est soit un comité de pilotage dédié au PRSSBE, soit une instance nouvelle créée au sein d'instances de pilotage ou de coordination préexistantes, soit une commission qui pilotait déjà les actions dans le domaine du « sport santé ».

[128] Ces comités de pilotage ont des configurations variables. Dans toutes les régions, ils sont codirigés par l'ARS et la DRJSCS et comprennent dans la quasi-totalité des cas le conseil régional, des conseils départementaux, des caisses d'assurance-maladie, des représentants du monde sportif (le plus souvent CROS mais aussi CDOS et CREPS). Y sont souvent représentés le rectorat, des DDCS, des municipalités, des mutuelles, des unions professionnelles ou des sociétés de médecins et avec une moindre fréquence de masseurs-kinés, le secteur hospitalier (CHU), des universitaires (médecine et sciences du sport), des associations de promotion de la santé et de patients. Dans quelques régions, des municipalités, le SGAR, la CAF, un groupement d'employeurs, la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt sont également associés.

[129] C'est la première génération de plans qui est principalement commentée dans ce rapport car ceux-ci sont, pour la plupart, arrivés à leur terme à la rédaction du rapport. Mais il peut être fait mention à des plans de la deuxième génération dans l'analyse.

3.1.2 Les PRSSBE ne prennent en compte qu'une partie des publics de la circulaire

3.1.2.1 Des plans au contenu très variable

[130] Les modalités relatives à la mise en œuvre opérationnelle des plans régionaux sont précisées dans l'instruction conjointe des ministères de la santé et des sports du 24 décembre 2012 aux ARS et aux préfets (DRJSCS)³³. Celle-ci propose « six lignes stratégiques » autour desquelles organiser les plans. Les quatre premières définissent des publics cibles envers lesquels promouvoir les APS :

- personnes atteintes de maladies chroniques,
- personnes avançant en âge,
- résidents d'EHPAD,
- personnes en situation de handicap.

La cinquième ligne directrice vise à renforcer les liens politique de la ville/ santé. La dernière incite à développer les dispositifs de collaboration entre les acteurs.

³³ Circulaire DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012

[131] La circulaire étant peu normative, les plans ont des contenus très différents. La plupart reposent sur un descriptif de l'état sanitaire de la région avec un focus sur les publics visés par la circulaire. Le degré de détail des actions conduites dans le cadre des plans est lui aussi très variable selon les régions : de la définition d'objectifs stratégiques et opérationnels assez vagues à la réalisation de « fiches-action » détaillées (description, objectif, indicateur, cible, échéance). Seul un très petit nombre de plans prévoit un bilan ou un suivi.

[132] Selon les régions, les PRSSBE ont organisé et développé des actions issues d'autres plans (du PNNS du plan régional santé environnement, du plan cancer) ou donné une impulsion pour de nouvelles actions. En l'absence de bilan, il est difficile de mesurer précisément l'apport des plans.

[133] Le contenu des plans peut se synthétiser en six axes.

- Améliorer le diagnostic : en fonction du degré de maturation des territoires sur la thématique sport-santé, certains plans prévoient d'analyser les attentes et les besoins des acteurs et du public ainsi que les freins au développement de l'activité physique adaptée.
- Informer et communiquer : les plans prévoient des actions de communication sur le sport santé auprès du grand public ou de publics spécifiques, des acteurs du mouvement associatif et sportif, des médecins.

Tableau 6 : Une illustration d'action d'information dans les PRSSBE

Région	Nom de l'action	Descriptif	Public	Financement	Opérateur
Bourgogne Franche Comté	Associer la promotion de l'activité physique et sportive à la préparation de la retraite	Intégrer une action structurée sur le sport-santé dans l'accompagnement des futurs retraités fournie par les travailleurs sociaux de la CARSAT	Nouveaux retraités	NC	ARS CARSAT

Source : PRSSBE Bourgogne Franche-Comté 2016-2020

- Mieux former : la plupart des PRSSBE ont pour objectif de développer l'offre de formation afin de permettre aux éducateurs sportifs de prendre en charge les personnes à besoins particuliers. Certaines régions, moins nombreuses, ont dans leur PRSSBE un axe visant à sensibiliser les médecins à la prescription d'activité physique adaptée.

Tableau 7 : Quelques illustrations d'actions de développement des formations dans les PRSSBE

Région	Nom de l'action	Descriptif	Public	Financement	Opérateur
Bourgogne Franche Comté	Former les éducateurs sportifs à la thématique sport et maladies chroniques	Développer une offre de formation diplômante	Educateurs sportifs	NC	
Occitanie	Formation Efformip	Former les médecins à prescrire et les professionnels du sport à prendre en charge les patients. Formation de 2j (14h) pour les médecins et 3j (20 h) pour les éducateurs sportifs. Modules complémentaires de 2 fois 3H pour approfondir sur pathologies particulières (vieillesse, rhumatologie, métabolismes, cancer).	Médecins, professionnels du sport : Plus de 300 médecins formés, 900 éducateurs sportifs, 169 autres professionnels de santé.	NC	Association Efformip

Source : *Plan Bourgogne-Franche-Comté 2016-2020, plan Midi-Pyrénées Occitanie 2013-2016 et entretiens en Occitanie (ARS, DRJSCS, Efformip)*

- Recenser : la plupart des régions ont mis en place ou sont en train de mettre en place un recensement des structures compétentes pour accueillir le public dans le cadre d'activités sportives en lien avec la santé.

Tableau 8 : Quelques illustrations de recensement de l'offre d'activité physique adaptée dans les PRSSBE

Région	Nom de l'action	Descriptif	Public	Financement	Opérateur
Champagne-Ardenne	Annuaire des créneaux labellisés sport-santé	Répertorier les structures où faire un bilan médico-sportif et les créneaux « sport santé » par territoire.	Tout public		Réseau sport-santé Champagne-Ardenne
Normandie	Annuaire régional des associations et structures proposant une activité physique adaptée	Elaboration d'un annuaire qui référence les structures par lieu, public, type d'activité sur la base de leur déclaration	Grand public et professionnels		ARS DRJSCS CG, avec l'appui du CDOS, des DDCS, du CROS, des conseils généraux, des réseaux

Source : PRSSBE Champagne-Ardenne et Haute-Normandie 2013-2017, entretiens en Normandie (ARS et DRJSCS)

- Structurer les acteurs : la plupart des plans visent à développer des dispositifs de collaboration entre acteurs (cf. *infra*).
- Soutenir des actions de développement de l'activité physique (cf. *infra*)

3.1.2.2 Des actions disparates destinées à un petit nombre de bénéficiaires

3.1.2.2.1 Seule une partie des publics de la circulaire fait l'objet d'actions et le nombre de bénéficiaires semble très faible

[134] Conformément à la circulaire, les quatre types de publics prioritaires (personnes atteintes de maladies chroniques, personnes avançant en âge, résidents d'EHPAD, personnes en situation de handicap) sont destinataires des actions mises en œuvre par les plans.

[135] Mais si la plupart des plans visent à soutenir des actions à destination des malades chroniques, sur les 26 pathologies chroniques dont l'évolution peut être modulée par la pratique de l'activité physique, seul un petit nombre fait l'objet d'actions : diabète, cancer (sein et colon surtout).

[136] Les bénéficiaires de chacune de ces actions se comptent en dizaines ou, au mieux en centaines de personnes, ce qui est très peu rapporté à l'ensemble des personnes appartenant aux cinq catégories ciblées, même si seule une partie a vocation à faire du sport-santé, certains pouvant aussi pratiquer une activité non encadrée. Pour mémoire on compte plus de 10 millions de personnes en ALD³⁴, 728000 résidents en EHPAD³⁵, 2,7 millions de personnes ont une reconnaissance administrative d'un handicap, 12,5 millions de personnes ont plus de 65 ans ; ces catégories pouvant se recouper. La généralisation de l'activité physique adaptée aux quatre publics ciblés par la circulaire pose un problème de faisabilité et de financement.

[137] A titre illustratif, Il y a plus de 344 550 personnes en ALD³⁶ « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique » en Ile-de-France et les programmes Cami³⁷, l'un des principaux opérateurs dans le domaine du cancer, prennent en charge en une année 400 personnes en ambulatoire et environ 550 à l'hôpital.

[138] Enfin, la mission voudrait souligner un point de vigilance. Le nombre de bénéficiaires des actions étant réduit, il est à craindre que les mieux informés, souvent les personnes à niveau social élevé, soient plus enclins à en bénéficier, ce qui a pu ressortir des entretiens de la mission. S'ajoute la question de la proximité des lieux de pratique de l'activité physique et de l'offre disponible en milieu rural et celle du financement. Les parties prenantes des PRSSBE ont réfléchi à ces questions d'accessibilité sociale et géographique. Certains dispositifs ont des tarifs « sociaux » en fonction des ressources des bénéficiaires. Quant à la question de l'accessibilité géographique, la mission a répertorié quelques initiatives pour développer l'activité physique en milieu rural. La Cami a, par exemple, mis en place des programmes ambulatoires en partenariat avec les collectivités locales (la Cami mobile en Dordogne).

3.1.2.2.2 Les plans comportent des actions à destination de publics non directement ciblés par la circulaire

[139] Les plans prévoient des actions à destination de publics qui peuvent recouper ceux de la circulaire mais relevant d'une autre typologie, propre à chaque région : les salariés³⁸, les personnes en situation d'obésité³⁹, les publics scolaires et universitaires⁴⁰, les personnes sans emploi et/ou précaires⁴¹, les sédentaires, les asthmatiques, les hypertendus, les personnes qui souffrent de troubles mentaux⁴², les jeunes sous protection judiciaire⁴³, les femmes enceintes et jeunes mamans⁴⁴, les femmes.

[140] Certains plans contiennent des actions visant la population générale, mais la prévention primaire relève plutôt des plans régionaux santé-environnement que des PRSSBE.

³⁴ 10,4 millions d'affiliés au régime général sont en ALD, Cnamts.

³⁵ Etudes et résultats n°1015, juillet 2017, DREES.

³⁶ Chiffre 2014 régime général seulement issu du PRSSBE Ile-de-France

³⁷ La Cami est une association qui développe des programmes de thérapie sportive pour les personnes (adultes et enfants) touchées par un cancer.

³⁸ Par exemple plans Poitou -Charentes, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées

³⁹ Par exemple Midi-Pyrénées,

⁴⁰ Par exemple Alsace, Midi-Pyrénées

⁴¹ Par exemple Midi-Pyrénées,

⁴² Par exemple, Aquitaine

⁴³ Par exemple Alsace

⁴⁴ Par exemple Occitanie

3.1.2.2.3 S'il est difficile d'avoir une vision globale des actions en termes de contenu, de public concerné et de résultats tant elles sont dispersées et disparates, l'analyse des plans révèle quelques constantes

[141] Le contenu des actions, leur durée et leur fréquence varient selon les dispositifs car elles se sont construites à partir d'initiatives d'acteurs locaux.

[142] Cependant, malgré cette variabilité, quelques « modèles » d'actions se dégagent :

- les programmes passerelle : leur but est de « remettre le pied à l'étrier » à des personnes éloignées de la pratique sportive en raison d'une maladie chronique ou d'habitudes de vie. Ces programmes proposent entre trois et dix séances en petit groupe, avec un encadrement et comprennent un bilan au début et à la fin du programme. Il s'agit le plus souvent de gym ou de marche.

Tableau 9 : Quelques illustrations de programmes passerelles

Région	Nom de l'action programme	Descriptif	Public	Financement	Opérateur
Dans 26 départements	Programme Passerelle CAMI	Programmes d'AP à l'intérieur des services d'oncologie, d'hématologie et de pédiatrie. Programmes ambulatoires pour permettre aux patients de réintégrer un club sportif « normal »	Personnes atteintes de cancer (du sein surtout, poumon, colon, ORL, hémato,) pédiatrie (sarcome) File active 2500 patients par semaine.	Coût : 13 euros par patient et séance dont 5 euros à sa charge.	CAMI
Normandie	Activité physique adaptée	10 séances sur 5 semaines puis orientation vers un club sportif	Personnes atteintes de cancer du sein puis extension aux personnes souffrant de rhumatisme, d'addiction et de pathologies cardiovasculaires 400 personnes depuis octobre 2012 pour le cancer du sein. Rhumatismes : 15 personnes par an Obésité : 40 personnes par an Addiction 20 personnes	CARSAT, métropole, département, et ARS Coût total du projet 650000 euros	Divers selon les bénéficiaires, parmi eux : réseau onco-normand...

			par an Cardiovasculaires : 50 personnes par an.		
Occitanie	Onco sport			20000 euros ARS + DRJSCS	Etincelle

Source : PRSSBE et entretiens CAMI, DRJSCS et ARS Occitanie et Normandie

- les actions à destination des seniors : pour les seniors, la plupart des plans contiennent des actions de lutte contre la sédentarité, de prévention des chutes et de prévention de la perte d'autonomie. Le PRSSBE reprend des actions des schémas départementaux pour l'autonomie.

Tableau 10 : Quelques illustrations d'actions pour un public senior

Région	Nom de l'action	Descriptif	Public	Financement	Opérateur
Occitanie	Programme d'activité physique en EHPAD		Personnes âgées dépendantes	110000 euros	Capacity
Occitanie	Programme d'activité physique en EHPAD		Personnes âgées dépendantes	110000 euros	Siel bleu
Alsace	Prévention des chutes	Renforcement musculaire	Seniors fragilisés	400000 euros sur 4 ans	Ville de Strasbourg et Siel bleu

Source : PRSSBE et Assises du « sport santé » à Strasbourg octobre 2017

- les actions de prévention primaire sont souvent orientées vers les scolaires

[143] Quelques PRSSBE comportent des actions de prévention primaire envers les inactifs. Sachant que les habitudes se mettent en place dès l'enfance, de nombreuses régions ont choisi de cibler un public scolaire, en surpoids ou non. Le PRSSBE s'inscrit dans la ligne du PNNS, du plan obésité et des circulaires du ministère de l'Éducation nationale du 15 décembre 2011 relative aux orientations pour « une politique de santé dans les territoires académiques⁴⁵ » et du 28 janvier 2016 relative à « la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves⁴⁶ ». Un des objectifs indirects est de sensibiliser également les parents par ce biais.

⁴⁵ http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640

⁴⁶ http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990

Tableau 11 : Quelques exemples d'actions de prévention primaire

Région	Nom de l'action	Descriptif	Public	Financement	Opérateur
Savoie	Bouger sur prescription	Favoriser la pratique d'une activité physique régulière, raisonnée et raisonnable du public inactif. (Repérer et sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux d'un recours aux APS et à la mobilité quotidienne comme thérapeutique non médicamenteuse/Accompagner le public à risque à une reprise d'activité physique/Repérer et mobiliser une offre d'APS et de mobilité à destination du public inactif en prévention.	inactif		Comité dép. olympique, agence comibilité et réseaux
Alsace	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAPS)		Enfants		Groupe de recherche université Louis-Pasteur Strasbourg
Occitanie (existe aussi dans d'autres régions)	Grand défi Vivez bougez	Aider les enfants à prendre de saines habitudes de vie, notamment celle de bouger en répertoriant les « cubes d'énergie » (périodes de 15 mn d'activité)	Enfants	121450€ ARS	Epidaure (département Prévention de l'institut du cancer de Montpellier)

- les actions envers les personnes en situation de handicap : dans la plupart des régions, il semble que le PRSSBE soit moins utilisé pour financer des actions à destination des personnes en situation de handicap que pour identifier l'offre, former des intervenants, informer les professionnels intervenant à domicile ou les établissements de l'utilité de l'activité physique et sportive.

Tableau 12 : Quelques actions à destination de personnes en situation de handicap

Région	Nom de l'action	Descriptif	Public	Financement	Opérateur
Occitanie	Promotion de la santé par les APS adaptées (randonnée santé et activité motrices)		Personnes en situation de handicap psychique ou mental	21000	LR Sport adapté

Nouvelle Aquitaine	Plateforme sport et handicap	Répertoire permettant de localiser un club proposant des activités sportives aux personnes handicapées	Personnes en situation de handicap		
--------------------	------------------------------	--	------------------------------------	--	--

3.1.3 Le suivi des PRSSBE est lacunaire

3.1.3.1 Au niveau régional

[144] Peu de plans comportent une mention à un suivi ou à un bilan. La première vague de plans étant arrivée ou arrivant à échéance, un bilan des actions conduites avec notamment le nombre et le type de bénéficiaires a été fait dans certaines régions avec un degré de collaboration ARS/DRJSCS variable.

[145] En outre, il est difficile de mesurer l'impact des actions entreprises. Selon l'appétence du porteur de projet pour l'évaluation, les actions sont assorties de dispositifs d'évaluation plus ou moins sophistiqués ou inexistantes. Dans la plupart des cas, des données basiques comme le nombre de participants à l'action ne sont pas disponibles. A l'autre bout du spectre, certains dispositifs⁴⁷ font l'objet d'une évaluation précise de l'impact sur l'état du bénéficiaire. Cette évaluation comporte à la fois des scores de santé (IMC, mesures médicales), des tests de condition physique, d'activité physique (tonicité, souplesse, TM6⁴⁸, Ricci et Gagnon⁴⁹) de bien-être psychique (SF36⁵⁰ Psychique) et une mesure de la satisfaction du patient. Les dispositifs de retour à l'activité physique du réseau « sport santé bien-être » de Champagne-Ardenne, le programme d'endurance sur cycle du CHU de Strasbourg, les programmes de la CAMI évaluent le patient après le suivi du programme en utilisant des scores et tests cités plus haut.

[146] Si l'on ne peut demander une évaluation de l'impact médical à chaque opérateur, a minima le nombre de bénéficiaires et le taux d'abandon devraient être communiqués au COPIL. S'agissant de l'impact des programmes sur la condition physique des bénéficiaires, la mission recommande de développer les études afin de définir au mieux le mode opératoire et les modalités de la prise en charge (la « posologie » par analogie avec le médicament) pour chaque pathologie.

Recommandation n°6 : Développer les évaluations des programmes financés par les PRSSBE en lien avec des équipes scientifiques.

Recommandation n°7 : Renforcer l'exigence de reporting auprès des opérateurs financés.

Recommandation n°8 : Financer un travail de synthèse des modèles de programme par pathologie afin d'avoir une vision synoptique des actions conduites.

⁴⁷ Actions du réseau sport santé bien-être de Reims, programme d'endurance du CHU Alsace

⁴⁸ 6 minutes de marche

⁴⁹ Le questionnaire d'auto-évaluation Ricci et Gagnon permet de déterminer le profil : inactif, actif ou très actif au moyen de neuf questions portant sur l'activité de loisir et professionnelle et sur les comportements sédentaires.

⁵⁰ Test sur la qualité de vie

3.1.3.2 Au niveau national

[147] Côté Santé, il n'y a pas de remontée systématique des plans au secrétariat général ni à la DGS, même si celle-ci a eu connaissance de certains plans. La DGS n'a pas demandé de bilan annuel aux ARS. Sur le plan financier, les crédits « sport santé » bien-être ne sont pas identifiés au sein du FIR.

[148] Côté Sport, des bilans annuels des plans régionaux ont été réalisés par la direction des sports depuis 2013. Ces bilans reposent sur des enquêtes déclaratives envoyées aux DRJSCS. L'enquête de 2017 sur les actions conduites en 2016 interroge sur le nombre d'actions conduites, la répartition par public et les financements. Le remplissage de ces enquêtes est variable selon les régions. De plus, l'interprétation des résultats pose plusieurs difficultés :

- le concept d'action est défini de manière très vague⁵¹ si bien qu'une même mesure peut compter comme une ou plusieurs actions ;
- certaines actions sont à destination de plusieurs publics, ce qui rend la catégorisation par public caduque car l'enquête ne permet de renseigner qu'une modalité ;
- il y a une ambiguïté sur ce qui est mesuré, certaines régions comptant le nombre de personnes ciblées alors que le ministère attendait le nombre de personnes ayant réellement suivi l'action ;
- les financements autres que ceux de l'Etat (collectivités locales, entreprises par exemple) sont mal renseignés ; et même, dans certaines régions où la mission a pu comparer les données du bilan et celles de la DRJSCS le financement total et la répartition ne correspondent pas ;
- de façon plus générale, l'enquête n'est pas assortie d'un guide permettant de définir les concepts et d'aider au bon remplissage ;
- il n'y a aucun contrôle de la qualité des données : par exemple, pour la région Occitanie, seules les données Midi-Pyrénées ont été renseignées, sans que quiconque ne se soit aperçu de l'incomplétude ;
- enfin, la comparaison longitudinale des résultats de l'enquête est elle aussi biaisée car les modes d'interrogation et les concepts ne sont pas stables dans le temps. Par exemple, l'enquête de 2013 ne visait pas à recueillir toutes les actions menées dans le cadre du plan « sport santé bien-être » mais uniquement les actions « remarquables et représentatives au sein des territoires ».

[149] Si, selon le ministère des sports, ces bilans n'ont pas pour objectif d'orienter la politique sport et santé, comme c'est la seule source tendant en principe à l'exhaustivité, ils sont quand même communiqués aux ministres et aux parlementaires. Le manque de fiabilité de ces bilans conduit à préconiser une refonte complète. Cela pose la question des moyens humains du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage insuffisamment outillé pour conduire ce travail.

Recommandation n°9 : Construire une grille commune de bilan des PRSSBE avec les ARS et les DRJSCS et faire analyser ces bilans conjointement par la DGS et la Direction des sports.

⁵¹ L'action se définit comme « un dispositif de prise en charge par l'activité physique et sportive de publics ciblés ». « Ce sont les séances de pratique régulière, c'est-à-dire hebdomadaires, qui sont proposées au public dans le cadre d'un cycle considéré comme suffisant (6 mois) ou d'une saison sportive ».

3.1.4 Les financements consacrés aux PRSSBE ne peuvent être précisément évalués

3.1.4.1 Les financements alloués aux actions des PRSSBE ont principalement, trois origines : CNDS, ARS et Ministère des sports.

➤ Centre national pour le développement du sport (CNDS)

Le CNDS, opérateur du ministère des sports, attribue une enveloppe régionale à chaque préfet de région. La décision est déconcentrée au préfet après avis d'une Commission territoriale associant le mouvement sportif et les collectivités territoriales. Ce dernier fait remonter le listing des projets à financer au CNDS qui procède ensuite au paiement, directement aux structures en charge du projet. Dans la typologie du CNDS, les actions des PRSSBE ne sont pas identifiées, mais deux lignes semblent correspondre aux PRSSBE : « Préservation de la santé par le sport » et « Action partenariale avec les ARS ». Si l'on additionne ces deux lignes, en 2017, le financement CNDS des PRSSBE serait de 9.6 millions. Mais, quand on compare les montants de ces deux lignes par région avec les chiffres communiqués par les DRJSCS auditionnées, les ordres de grandeur diffèrent. Il semblerait donc que la somme des deux lignes « Préservation de la santé par le sport » et « Action partenariale avec les ARS » ne corresponde pas parfaitement aux PRSSBE ou que l'affectation à une ligne par le gestionnaire saisissant les données dans les DRJSCS soit imparfaite. La somme de 9,6 millions doit donc être considérée comme un majorant du montant du financement CNDS dédié aux PRSSBE.

Tableau 13 : Les lignes budgétaires du CNDS pouvant financer les PRSSBE

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Préservation santé par sport	4 894 466 €	5 395 506 €	6 126 406 €	6 094 287 €	6 525 114 €	8 248 544 €
Action partenariale avec les ARS	/	717 311 €	562 806 €	711 670 €	822 087 €	1 357 489 €
Total	4 894 466 €	6 114 830 €	6 691 226 €	6 807 972 €	7 349 217 €	9 606 033 €

Source : Données CNDS, données provisoires au 12/12/2017 pour 2017

[150] En dehors des PRSSBE, une autre ligne du CNDS peut être rattachée à la thématique sport-santé : l'« opération Sentez-vous sport ». Il s'agit d'un financement alloué aux CROS, CDOS et ligues régionales⁵² pour décliner des actions territoriales comme la « semaine européenne du sport ». Le public ciblé est la population générale, il s'agit d'actions globales de prévention. En 2017, 136 000 euros étaient consacrés à cette initiative.

⁵² S'y ajoute un financement du CNDS au CNOSEF : cf. *infra*.

Tableau 14 : Budget du CNDS pour « sentez-vous sport »

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Opération "Sentez-Vous sport"	/	/	/	359 839 €	201 361 €	135 842 €

Source : *Données CNDS, données provisoires au 12/12/2017 pour 2017*

➤ Ministère des sports : BOP 219

[151] Le BOP 219 « Sport » contient une action intitulée « Prévention par le sport et protection des sportifs » qui elle-même renferme une rubrique « protection et préservation de la santé par le sport » dans laquelle s’inscrivent les actions des PRSSBE. En 2017, plus d’un million d’euros crédités aux DRJSCS correspondent essentiellement aux PRSSBE.

Tableau 15 : BOP 219 « prévention par le sport et protection des sportifs » Actions de protection et de préservation de la santé par le sport.

2013	2014	2015	2016	2017
1 025 963 €	872 995 €	1 156 309 €	1 104 338 €	1 080 399 €

Source : *Ministère des sports*

➤ ARS

[152] Les crédits du fonds d’intervention régional (FIR) peuvent être mobilisés par les ARS. Cette mobilisation devait faire l’objet d’un suivi spécifique au sein du FIR ; ni le secrétariat général, ni la DGS ne l’ont fait. On ne peut donc pas connaître la part des crédits FIR consacrés au PRSSBE car ceux-ci ne sont pas fléchés.

3.1.4.2 On ne peut donner une mesure fiable des crédits totaux consacrés aux PRSSBE au niveau national

[153] Le bilan annuel établi par la direction des sports comporte des erreurs :

- la part ARS des financements est inconnue au niveau national. Un majorant de la part CNDS est connu grâce aux deux lignes « préservation santé par le sport » et « action partenariale ARS » mais la mission n’a pas la certitude que ces deux lignes correspondent parfaitement aux PRSSBE ;
- de même, pour le BOP 219, il est possible que d’autres actions hors des PRSSBE émargent à ce BOP même si selon la direction des sports « l’essentiel des financements correspondent aux PRSSBE » ;
- enfin, certaines actions décrites dans les PRSSBE ressortent d’autres plans, comme le plan cancer ou le PNSS. Ainsi, le dispositif Oncosport de l’association Etincelle qui propose, en Occitanie, des séances d’activités physiques aux malades du cancer est financé dans le cadre du plan cancer. L’imbrication des politiques publiques empêche de faire une synthèse des actions « sport santé ».

[154] On peut néanmoins dire qu'en dehors du financement ARS, environ dix millions d'euros par an (CNDS + BOP) sont consacrés à des dispositifs sport-santé et que ces dix millions correspondent en grande partie aux PRSSBE.

3.1.4.3 Dans certaines régions, d'autres acteurs ont pu participer financièrement à la mise en œuvre des plans.

[155] Lors de ses déplacements, la mission a constaté que, dans certaines régions, les acteurs suivants pouvaient participer au financement des PRSSBE :

- Conseil régional (région Grand-Est par exemple)⁵³ ;
- Régime local d'assurance maladie (région Grand-Est par exemple)⁵⁴ ;
- Mutuelles : certaines mutuelles prennent en charge, de façon forfaitaire, la pratique d'activité physique pour leurs adhérents. C'est le cas par exemple de la mutuelle des sportifs qui finance un paquet de soins « sports santé » pour les adhérents en ALD depuis moins de cinq ans ;
- Conseils départementaux : la mission a relevé plusieurs cas de participation du département, lorsque les actions du plan visent un public de seniors.

3.1.4.4 Des exemples de financements de PRSSBE dans quatre régions

[156] Ne pouvant pas consolider les financements au niveau national, la mission a tenté de reconstituer les crédits dans quelques régions. Ainsi, dans les quatre régions où la mission s'est déplacée, les crédits consacrés aux PRSSBE sont plutôt en augmentation entre le début du plan et 2016-2017 ; les crédits totaux, vont pour la dernière année observée (2016 ou 2017 selon les régions), de 700000 à 2,3 millions d'euros sans qu'il soit possible d'établir un lien entre les crédits mobilisés et les populations concernées.

Tableau 16 : Montants consacrés au PRSSBE en Occitanie de 2012 à 2016

	CNDS		BOP		ARS		total
	Languedoc-Roussillon	Midi-Pyrénées	LR	MP	LR	MP	
2013	124087	105850	33300	0	138157	309216	710610
2014	166700	125000	40849	0	235736	470330	1038615
2015	190060	150000	35662	0	275825	686670	1338217
2016	208191	150000	50452	0	193700	696000	1298343

Source : ARS et DRJSCS Occitanie, calculs mission

⁵³ Le Conseil Régional a alloué 36 282 € en 2016 (projets lorrains) et 102 109 € en 2017 (projets Grand Est).

⁵⁴ Le Régime Local d'Assurance Maladie a alloué près de 61 625 euros en 2016 et 92 511 euros en 2017.

Tableau 17 : Montants consacrés au PRSSBE Normandie de 2013 à 2017

	CNDS		BOP		ARS		total
	Basse-Normandie	Haute-Normandie	BN	HN	BN	HN	
2014	298750	137950	43573	24350	131300	238224	874147
2015	199500	104410	14500	33800	131300	165094	648604
2016	264130		23200		418450		705780
2017	383733		?		456770		?

Source : ARS et DRJSCS Normandie, calculs mission

Tableau 18 : Montants consacrés au PRSSBE en Ile-de-France de 2013 à 2017

	CNDS	BOP 219	ARS	total
2013	581315	184846	276942	1043103
2014	1342885	340639	270740	1954264
2015	1333886	226347	318500	1878733
2016	1689661	235421	208700	2133782
2017	1619105	357407	305200	2281712

Source : ARS et DRJSCS Ile-de-France

Tableau 19 : Montants consacrés au PRSSBE en région Grand-est de 2012 à 2016

	CNDS	BOP 219	ARS (pour information)	Conseil régional (pour information)	Régime Local AM (pour information)	total
2013	356 755 €	106 910 €	536 572 €	34 500 €	76 350 €	1111087€
2014	404 935 €	117 751 €	1 578 823 €	39 000 €	65 850 €	2 206 359 €
2015	407 811 €	142 352 €	1 655 041 €	74 445 €	131 450 €	2 411 099 €

2016	300 000 €	102 400 €	264 187 €	62 282 €	93 096 €	821 965 €
2017	334 116 €	92 500 €	372 314 €	102 105 €	119 459 €	1 020 494 €

Source : DRJSCS et ARS Grand Est, conseil régional, régime local AM; Attention : en 2013, 2014 et 2015 les sommes ARS concernent la nutrition ET les activités physiques

[157] En conclusion, il apparaît nécessaire de clarifier le périmètre de ce qui relève du PRSSBE et de ce qui relève d'autres outils, à la fois en termes de modalité d'action et en termes de thématiques. La question des financeurs doit également être traitée.

- En termes de modalité d'actions, les PRSSBE sont le support, comme on l'a montré plus haut, de projets relevant de l'information, de la communication, du financement direct de programmes d'activité physique, de la mise en réseau d'acteurs. Il semble important de garder toute cette gamme de modalités d'actions pour que les PRSSBE prennent en charge un projet dans toutes ses composantes.
- En termes de publics cibles, les PRSSBE outrepassent les quatre publics ciblés par la circulaire, certains publics étant ciblés dans une multitude d'autres plans et schémas. Par ailleurs, le pilotage par les services de l'Etat d'actions sur des publics dont la responsabilité relève des collectivités est difficile (c'est le cas notamment pour les personnes en perte d'autonomie et les personnes handicapées). La mission propose de concentrer l'effort sur les publics spécifiques socialement défavorisés éloignés de la pratique sportive et qui ne font pas l'objet de plans et schémas dédiés, ainsi que sur les personnes en prévention secondaire et tertiaire.
- En ce qui concerne les financements, il serait opportun que l'assurance-maladie finance l'activité physique en prévention secondaire et tertiaire pour les malades en ALD lorsque l'impact de celle-ci sur la santé a été démontré, comme annoncé récemment par la Ministre des solidarités et de la santé⁵⁵. De ce point de vue, les référentiels attendus de la HAS sur la prescription d'APS seront très utiles. Il ne s'agirait pas d'un financement permanent mais de programmes passerelles destinés à changer les comportements. La mission propose d'associer l'assurance-maladie au pilotage des PRSSBE qui lui permettraient d'expérimenter un financement de l'APS. Par ailleurs, les mutuelles pourraient également être invitées à participer.

Recommandation n°10 : Concentrer l'effort des PRSSBE sur la prévention primaire en direction des publics socialement défavorisés d'une part et la prévention secondaire et tertiaire d'autre part.

Recommandation n°11 : Expérimenter un financement par l'Assurance maladie de programmes dédiés aux patients en ALD atteints de certaines pathologies sur le fondement des référentiels attendus de la HAS.

⁵⁵ Audition devant la commission des affaires culturelles et des affaires sociales de l'Assemblée Nationale en date du 26 septembre 2017.

3.2 Le bilan des actions du mouvement sportif traduit une mobilisation croissante

3.2.1 Le CNOSF est moteur dans la promotion de l'activité physique et sportive

[158] Association loi 1901 à but non lucratif, le CNOSF est issu de la fusion du Comité Olympique français (COF) et du Comité National des Sports (CNS) le 22 février 1972. De cette fusion, le CNOSF tire deux prérogatives majeures :

- il est l'unique représentant du CIO sur le territoire national ;
- il a vocation à unir en son sein l'ensemble des fédérations et à être, de ce fait, le représentant de l'ensemble du mouvement sportif français.

[159] Le CNOSF mène des activités d'intérêt commun au nom des fédérations ou avec elles dans le respect des prérogatives reconnues à chacune d'elles. Il est associé aux promotions des différentes disciplines sportives, il a compétence pour constituer, organiser et diriger la délégation française aux jeux olympiques et aux compétitions sous l'égide du comité international olympique⁵⁶ ; à ce titre il est chargé de la logistique, du déplacement et des séjours des délégations françaises aux jeux olympiques. Enfin, le comité national olympique et sportif français veille au respect de la déontologie du sport définie dans une charte établie par lui.

[160] La commission médicale du CNOSF présidée par le Docteur Alain CALMAT qui travaille transversalement avec l'ensemble des départements du CNOSF comporte deux composantes, une sur le sport de haut niveau et une sur le « sport santé »⁵⁷. La composante sur le « sport santé » a pris une part importante dans le mouvement sportif et cette commission s'est attachée à mener des actions d'information et de promotion sur les bienfaits de la pratique sportive pour la santé. Elle dispose de correspondants « sport santé » dans chaque fédération sportive et chaque CROS et CDOS. Afin de faciliter la programmation de la pratique sportive elle s'est attachée à produire un document à destination des médecins et des éducateurs sportifs intitulé le « médicosport santé » plus communément appelé le « VIDAL du sport »⁵⁸. Cet important travail, soutenu financièrement par la Fondation du sport, a été pris en compte par la HAS dans le cadre de son rapport en cours.

[161] A l'initiative du CNOSF, en partenariat avec le ministère des sports, l'opération de promotion du « sport santé », intitulée « Sentez-vous sport » a été lancée dès 2010. Depuis, le CNOSF s'est associé à des partenaires privés et publics. Aujourd'hui cette opération qui rencontre un certain succès se déroule sur toute la France durant une semaine et s'inscrit dans la semaine européenne du sport.⁵⁹

[162] Il ressort des échanges un sentiment de concurrence entre cette manifestation désormais inscrite dans le paysage et la « fête du sport » créée en 2018 par le ministère des sports qui doit se dérouler quasi simultanément.

⁵⁶ Code du sport : missions générales du CNOSF – art.R141-1 à R141-4

⁵⁷ Site internet Franceolympique.com

⁵⁸ MEDICOSPORT - Dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives – Commission médicale du CNOSF – avril 2017, en collaboration avec la société française de médecine, de l'exercice et du sport, avec le soutien financier de la Fondation du sport français.

⁵⁹ Le bilan 2016 de la convention pluriannuelle 2014-2016 entre le CNDS et le CNOSF indique que 7 millions de personnes auraient été sensibilisées grâce à l'organisation de 8 175 événements sportifs labellisés.

[163] La mission considère qu'il serait judicieux que le ministère des sports et le CNOSF puissent s'entendre afin de mener ensemble une opération commune d'envergure nationale.

[164] La subvention reçue par le CNOSF en 2017 dans le cadre de la convention CNDS/CNOSF est de 8.07 M€ dont 4.5 M€ au titre des missions d'intérêt général comprenant l'opération « Sentez-vous sport ».

[165] Le montant de la subvention du CNDS pour 2016 est de 1 026 108 euros répartis sur deux actions : l'opération « Sentez-vous sport » pour 562 941€ et la promotion de la santé publique par le sport pour 463 167€.

[166] Il est à noter que le subventionnement de l'action « sport santé » du CNOSF par le CNDS dépasse largement le total du subventionnement des fédérations sportives par le ministère des sports (380 400 en 2016 ; 363 400 euros en 2017 : cf. infra).

[167] Le bilan des actions financées par le CNDS ne permet pas d'extraire avec exactitude les dépenses engagées pour chacune des actions, ce qui a fait l'objet d'une préconisation du CNDS dans son rapport d'utilisation de la subvention 2016.

3.2.2 Des fédérations sportives proposent aujourd'hui une offre « sport santé » large à destination de publics très variés

3.2.2.1 Le statut des fédérations sportives unisport et multisports

[168] La mission a audité onze fédérations sportives choisies sur la base d'une réputation établie dans l'activité du « sport santé » et sur les recommandations de spécialistes en la matière.

[169] Les fédérations sportives unisport et multisports sont constituées sous forme d'associations ; lorsqu'elles sont agréées, elles participent à l'exécution d'une mission de service public dans le respect de certaines dispositions obligatoires conformes à des règlements types. Elles peuvent recevoir de l'Etat un concours financier ainsi que le placement auprès d'elles de ressources humaines. Elles délivrent des licences qui permettent de participer à leurs activités. Lorsqu'elles sont délégataires de missions de service public, elles peuvent organiser des compétitions sportives, délivrer des titres départementaux, régionaux, nationaux et procéder à des sélections correspondant à ces différents niveaux. Elles ont le monopole de l'organisation de compétitions officielles et de la délivrance de titres nationaux. Aucune manifestation dans la discipline qui les concerne ne peut être organisée sans l'accord de la fédération concernée.

[170] A ce jour, 114 fédérations sont agréées⁶⁰, dont soixante-seize disposent d'une délégation du Ministère des sports sachant qu'une seule fédération par discipline reçoit cette dernière.

[171] L'organisation de la pratique du « sport santé » n'est pas historiquement la priorité de la grande majorité des fédérations sportives. Peu d'entre elles ont débuté une politique « sport santé » avant la publication de l'instruction du 24 décembre 2012. Depuis, bon nombre se sont lancées dans cette voie avec des objectifs et des moyens tant financiers qu'humains variables. Dans un but de recherche de financements directs ou indirects et dans un souci d'impulser une certaine dynamique, elles ont inscrit le développement de cette activité dans leur organisation.

⁶⁰ Rapport IGJS sur la mission relative au modèle sportif français (à paraître)

Encadré 9 : L'organisation du sport en France⁶¹

L'organisation du sport en France relève de plusieurs opérateurs que sont l'Etat, le mouvement sportif et les collectivités territoriales. L'Etat (ministère des sports) met en œuvre la politique du gouvernement relative aux activités physiques et au sport. Il dispose pour cela d'une administration avec des services déconcentrés, des établissements nationaux et régionaux ainsi que de personnels techniques et d'encadrement pour la plupart exerçant leurs missions auprès des fédérations sportives.

Le mouvement sportif est représenté par le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) qui regroupe les fédérations olympiques, non olympiques, des fédérations nationales sportives multisports et affinitaires, ainsi que les fédérations scolaires et universitaires. Il dispose de comités olympiques et sportifs régionaux et départementaux (CROS/CDOS). Le rôle du CNOSF est de représenter la France, développer et protéger le mouvement olympique, représenter le mouvement sportif et enfin contribuer à la promotion et au développement du sport français.

Les fédérations sportives sont des associations qui ont pour objet l'organisation de la pratique sportive d'une ou plusieurs disciplines. Elles regroupent des associations et délivrent des licences qui ouvrent droit à participer aux activités sportives qui s'y rapportent. Elles sont organisées au niveau territorial en ligues (ou comités régionaux) et en comités départementaux.

Les collectivités territoriales, quant à elles, au niveau régional, départemental, communal jouent un rôle incontournable dans l'organisation de la pratique sportive sur le territoire (cf. encadré 10). Ainsi, les communes et les communautés d'agglomération offrent des installations sportives aux pratiquants, emploient des éducateurs sportifs, subventionnent des clubs sportifs ou organisent des activités sportives.

Des fédérations multisports historiquement impliquées dans le « sport santé »

[172] Certaines fédérations multisports œuvrent depuis leur origine pour l'organisation d'activités axées sur le travail de la forme, du bien-être, de la santé tant chez les jeunes que chez les adultes, et sur l'autonomie pour les personnes âgées dépendantes⁶². Elles présentent un nombre important de clubs et de licenciés⁶³. Progressivement, elles se structurent afin de pouvoir organiser et proposer des activités à des personnes atteintes d'affections relevant des niveaux secondaires et tertiaires.

Les objectifs poursuivis

[173] Les objectifs poursuivis touchent plusieurs champs qui relèvent du milieu associatif comme la volonté d'augmenter, par le biais de l'activité du « sport santé », le nombre de licenciés. En effet, bien que cela ne soit pas le seul critère, les fédérations sportives unisport et multisports sont avant tout considérées et jugées importantes par l'opinion publique et les institutions, en fonction de leur nombre de licenciés. Au-delà du nombre des cotisations encaissées par les souscriptions de licences, la prise en considération par les éventuels acteurs du monde économique permet d'augmenter les ressources par le biais de partenariats (sponsors entreprises ou marques). Certains clubs intègrent dans leur offre d'activité le « sport santé » dans le but de pérenniser les emplois d'éducateurs.

[174] Le développement de l'organisation de la pratique du « sport santé » par les organes déconcentrés des fédérations (ligues et comités) et les clubs prend parfois de court l'organisation

⁶¹ Article L100-2 du code du sport : « l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements, les associations, les fédérations sportives, les entreprises et leurs institutions sociales contribuent à la promotion et au développement des activités physiques et sportives. »

⁶² Fédérations comme la FFEPGV depuis 1888, la fédération française du sport pour tous depuis 1953.

⁶³ EPGV : 500 000 licenciés et 6000 clubs ; sport pour tous : 200 000 et 3200 structures affiliées

fédérale, qui constate que tous les pratiquants ne sont pas forcément licenciés⁶⁴. Les fédérations essaient de remédier à une situation qui manifestement les a pris de vitesse mais qui prouve l'existence d'une forte attente et d'une réelle dynamique sur le territoire.

[175] En fait, les fédérations sportives poursuivent plusieurs objectifs complémentaires à des fins de développement de leurs associations. La recherche de ressources en est le premier avec l'augmentation du nombre de licenciés, les retombées positives en termes d'image, l'imprégnation de l'activité dans le tissu social local, l'obtention de subventions, etc.

3.2.2.2 La formation de l'encadrement

[176] La mission a pu constater l'effort développé par les fédérations en matière de formation de leur encadrement bénévole ou professionnel aux sujets sport-santé, dans le souci de proposer une offre de qualité sécurisante pour l'accueil de ces nouveaux publics.

[177] Qui plus est, des organismes ont déjà franchi le pas d'une démarche de reconnaissance qualitative en délivrant des labels⁶⁵ à des clubs. Les coûts des formations complémentaires sont généralement pris directement en charge par l'association, et lorsqu'il s'agit de salariés par des organismes de formation professionnelle.

[178] Du fait du foisonnement des formations fédérales, d'Etat, universitaires ou complémentaires organisées sur l'ensemble du territoire il serait opportun, conformément à la demande exprimée par certains acteurs, qu'un cadre référentiel permette de mieux appréhender les différents types d'offres⁶⁶ (cf. recommandation 5).

3.2.2.3 Un vivier de pratiques sportives au service de l'activité physique disposant d'un fort potentiel de développement

[179] Les clubs composant le tissu associatif fédéral permettent de disposer, selon l'importance des fédérations, d'une couverture du territoire importante, mobilisable, et facilement opérationnelle. L'ensemble des fédérations sportives présente un dispositif de 180 000 clubs sportifs répartis sur l'ensemble du pays tant en zones urbaines qu'en zones rurales. Lorsque parait l'instruction du 24 Décembre 2012, la moyenne pour l'ensemble du territoire s'élève à 2,5 clubs pour 1000 habitants⁶⁷. La présence de l'offre sportive sur l'ensemble du territoire démontre le rôle important joué par les associations. Cette offre varie de 1,6 association pour 1000 habitants en Ile-de-France à 3,6 en Auvergne ou même 3,9 en Limousin. Vu sous cet angle, les zones rurales ne sont donc pas défavorisées, mais il reste à prendre en considération les problèmes de distances et donc de déplacements et de transports.

[180] Le Président de la commission médicale du CNOSF, conscient de cet atout qui repose sur les dirigeants et éducateurs (bénévoles ou salariés), a organisé la rédaction d'un ouvrage « médicosport santé » (prochainement publié dans la collection VIDAL) afin d'aider celles et ceux désireux d'organiser des activités physiques dans le domaine du « sport santé » grâce à une documentation pour faciliter leur travail de programmation. A ce jour, les offres des clubs sont

⁶⁴ Propos tenus lors d'un entretien avec une fédération : « les ligues ne nous ont pas attendus ».

⁶⁵ RSSBE Champagne Ardennes, EFFORMIP Toulouse, etc.

⁶⁶ Le sujet de la formation des intervenants spécialisés –éducateurs sportifs et médecins- est d'ailleurs évoqué dans le rapport de la mission flash « sport sur ordonnance » dont le rapporteur est le député Monsieur Belkhir BELHADDAD

⁶⁷ Tableau annexe 1 ; source INSEE population 2013 et ministère des sports : le sport en France AVRIL 2014 – Jacques MALET et Cécile BAZIN

essentiellement tournées vers le « sport santé bien être » ; toutefois, ils n'ignorent pas la possibilité d'une forte marge d'évolution par l'organisation d'AP liées à la prévention primaire, mais surtout secondaire et tertiaire. Disposant de peu de recul dans ce domaine, il est plus facile et certainement plus rémunérateur à court terme d'organiser et d'encadrer des activités ne relevant pas de la prescription médicale de l'activité physique.

[181] Le domaine du « sport santé bien-être » peut s'organiser en s'appuyant sur des éducateurs sportifs, souvent bénévoles, ayant reçu une simple formation fédérale. Proposer des APA sous prescription qui relèvent des niveaux de préventions secondaire et tertiaire nécessite une approche plus lourde et donc moins (voire peu) rémunératrice à mettre en place.

Il est difficile de dénombrer le nombre de bénéficiaires du sport-santé : un décompte des licences peu homogène et une évaluation des pratiques approximative

[182] Le nombre de licenciés et de clubs impliqués dans le « sport santé » est très variable selon les fédérations et l'impact chiffré de leur action sur l'ensemble du territoire s'avère souvent peu précis. D'où la difficulté des fédérations à suivre et coordonner l'activité « sport santé » organisée par leur base. Dans certaines d'entre elles, la délivrance des licences est enregistrée comme licence « sport santé » mais dans d'autres la licence délivrée est une licence loisirs. Dès lors que le mode de classification et de comptabilisation des licences est différent d'une fédération à une autre le recensement des membres pratiquant une AP relative au « sport santé » devient alors impossible. Certaines réduisent au minimum les types de licences alors que d'autres les multiplient (licences loisirs, compétition, non joueurs, promo, contact, handicapés, « sport santé », jeunes, seniors etc.)

[183] Le seul mode de comptabilisation de la pratique sportive dans les fédérations relève de la licence. Ces dernières devraient adopter un mode complémentaire de comptabilisation officiel des pratiquants non licenciés qui répondent aux offres payantes d'activité physique et sportive de leurs clubs ; cela permettrait d'avoir une photographie plus juste de l'activité et du dynamisme des fédérations sportives en matière de sport santé, alors que l'actuel ignore une grande partie de leur action.

[184] A titre d'exemple on peut observer une grande différence entre la Fédération Française de l'EPGV qui est une fédération multisports disposant de 6000 clubs comptant 500 000 licenciés pratiquant de l'AP et la Fédération Française d'Aviron, fédération unisport composée de 400 clubs dont 45 d'entre eux sont identifiés comme ayant une activité « sport santé ».

Les financements

[185] L'équilibre des budgets de fonctionnements est souvent fragile en raison de la dépendance aux subventions ; les ressources en provenance des cotisations des participants sont faibles. La subsistance des clubs tient pour beaucoup à leur capacité à activer des réseaux locaux avec le soutien des municipalités. Les tarifs des licences auxquels s'ajoutent souvent le montant de l'adhésion au club sont très variables avec des écarts non négligeables selon les structures sur l'ensemble du territoire.

[186] Certaines fédérations peuvent disposer d'une aide dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs du ministère des sports. Cependant, le faible montant alloué ne peut être considéré comme un levier au service du développement dans le « sport santé ». En 2016, la part réservée aux fédérations qui étaient investies dans ce domaine était de 380 400 euros sur un montant total des conventions d'objectifs (CO) de 83,5 M€ soit un peu moins de 0,5% de ce budget.

[187] Début 2018, la direction des sports a engagé auprès des fédérations la campagne des conventions pluriannuelles d'objectifs, accompagnée d'un guide qui a pour objet de préciser les principes généraux d'attribution de la subvention pluriannuelle. La demande se présente cette année sous forme d'appel à projet.

[188] Pour être éligible, un projet fédéral doit s'inscrire dans le cadre des axes de la feuille de route ministérielle, à savoir :

- 1- une France qui rayonne : il s'agit de promouvoir le savoir-faire français dans toutes les composantes du sport
- 2- une France qui bouge : il s'agit de développer une pratique sportive pour tous tout au long de la vie dans un cadre de valeurs respectueuses de l'égalité entre les femmes et les hommes et exempte de discriminations et de violences.
- 3- une France qui intègre : il s'agit de tout mettre en œuvre pour faire de la France une nation exemplaire en matière d'éthique sportive
- 4- une France en pleine forme : Il s'agit de promouvoir la pratique d'activités physiques et sportives à des fins de santé (prévention primaire, secondaire ou tertiaire) en privilégiant les publics dits « à besoins spécifiques ».

[189] Sur ce quatrième point, la politique relative au « sport santé » du ministère des sports est clairement affirmée pour les trois années à venir ; les fédérations peuvent donc présenter des projets dans ce domaine à des fins de subventionnement sans pour autant connaître à ce stade l'enveloppe qui y sera consacrée.

[190] Il arrive que les fédérations organisent des prises en charges afin de faciliter l'adhésion. Ainsi il n'est pas rare de voir des offres de gratuité la première année et une montée progressive de la tarification les années suivantes. Au-delà d'inciter les pratiquants potentiels à se lancer dans une pratique régulière, ils essaient de créer une dynamique pour favoriser la continuité de l'activité au-delà du programme proposé, et ce, malgré d'éventuels freins économiques.

[191] Les situations sont donc disparates. Certains n'hésitent pas à dire que faire du « sport santé » coûte plus que cela ne rapporte aux associations. Cela tient souvent à la solidité du budget général du club qui, par des recettes diverses (licences, partenaires, subventions, actions diverses, etc.) peut se permettre d'allouer au titre de son esprit de solidarité associative un financement pour l'organisation de la pratique du « sport santé » en son sein.

[192] Globalement, les budgets que les fédérations consacrent au « sport santé » sont faibles, mais elles mettent des ressources humaines au service du projet (conseillers techniques et bénévoles) et elles financent l'organisation des formations spécifiques des éducateurs qui sont souvent déficitaires.

Recommandation n°12 : Engager une réflexion avec le mouvement sportif sur les modalités de décompte des pratiquants « sport-santé » non licenciés.

3.3 D'autres acteurs concourent de manière volontariste au développement d'une offre « sport santé »

3.3.1 Les collectivités locales jouent un rôle essentiel

3.3.1.1 Des acteurs de la promotion du « sport santé »

[193] Si la mission n'a pu recenser l'ensemble des initiatives mises en place sur le territoire, elle a pu constater que les collectivités locales étaient souvent des acteurs majeurs de la dynamique « sport santé », qu'elles soient partenaires des réseaux régionaux « sport santé » bien-être, financeurs des actions mises en place ou coordinatrices de dispositifs « sport santé » de portée locale.

[194] Elles ont aussi un rôle essentiel en matière d'aménagement du territoire et d'aménagements urbains en créant un environnement favorable à l'activité physique au quotidien et notamment aux mobilités actives.

- Les régions peuvent être membres du COPIL du PRSSBE comme en Occitanie, financeur comme en Nouvelle Aquitaine (Prescri'Mouv).
- Les départements peuvent être financeurs d'actions dédiées aux personnes âgées via la Conférence des financeurs⁶⁸ notamment (comme dans le Haut Rhin), d'un réseau local de santé (comme en Haute Marne) ou d'un dispositif de prescription (comme en Savoie « Bouger sur prescription »).
- Les communes ou communautés de communes sont des acteurs de proximité et promoteurs de lien social autour des AP :
 - coordinatrices et financeurs de la coordination ou des actions mises en place, que ce soit en milieu urbain ou rural : Strasbourg, Caen, Hautes terres communauté dans le Cantal, Montreuil, Boulogne sur Mer, Biarritz...
 - organisatrices d'une offre d'AP grâce à des moyens humains dédiés à la coordination et à l'encadrement d'AP (via le CCAS ou non) et/ou à une stratégie de promotion des déplacements doux : Strasbourg (67), Metz (57), Pays de Remiremont (88), La croix sur Meuse (55), etc.

Encadré 10 : le financement du sport en France

La dépense sportive s'élève en 2014 à 36,9Mds €, soit 1,73% du PIB, répartie entre :

- les ménages : 17,4Mds€
- les dépenses publiques : 17,5Mds€
- les entreprises : 2,1 Mds€.

Les dépenses publiques à hauteur de 17,5 Mds € sont imputées :

- aux collectivités locales pour 12,6Mds€ ; les communes sont le premier financeur public du sport puisqu'elles représentent 64% (11,2Mds€) de la dépense publique. Elles financent et entretiennent la grande majorité des équipements sportifs, soutiennent les associations sportives locales, organisent la pratique sportive, notamment grâce à leurs personnels d'animation ou contribuent à l'organisation des manifestations sportives ;
- à l'Etat pour 4,9Mds€ (essentiellement le ministère de l'éducation nationale).

Source : *Le poids économique du sport – Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports – édition 2017.*

⁶⁸ Que le département pilote mais qui rassemble divers financeurs.

Le réseau français des villes santé de l'OMS

[195] La ville de Strasbourg anime un groupe de travail national au sein du réseau des Villes Santé sur le thème « sport santé sur ordonnance ». Il regroupe une soixantaine de communes ou regroupements de communes⁶⁹. Ce réseau recense les initiatives sur le thème « activités physiques et sport ». Parmi les chantiers traités par le réseau figure en particulier celui sur les mobilités actives au quotidien.

Des labels nationaux ou régionaux

[196] Un label « vie active et sportive » est délivré par le ministère des sports, l'ANDES et Union sport cycle à des villes au titre de la reconnaissance de leur politique sportive locale. Il s'appuie sur des critères liés aux équipements, à la politique et la promotion du sport. Le 4^{ème} niveau de label porte sur les autres politiques publiques dont la santé. Près de 300 communes ont été labellisées ; elles se regroupent au sein d'un « conseil national des villes actives et sportives » constitué fin 2017 sous forme associative.

[197] Le label « ville, vivez bougez », délivré par la DRJSCS Occitanie, prévoit l'accompagnement des communes qui s'engagent dans une démarche pro-active et structurée de promotion du « sport santé ». Une quarantaine de communes sont labellisées.

3.3.2 Des actions envers les personnes atteintes de pathologies chroniques émanent également des établissements publics de santé et des centres de lutte contre le cancer

[198] Au cours des entretiens effectués, la mission a répertorié un certain nombre de programmes de réhabilitation physiques conduits au sein d'un établissement de santé, à l'initiative d'une équipe médicale ou en lien avec elle. Dans les exemples évoqués, les publics de ces actions étaient des personnes atteintes de cancer et de pathologies cardiovasculaires. L'activité est proposée, selon les programmes, en cours de traitement ou après le traitement.

⁶⁹ Agglomération Bergeracoise, Amiens, Angers, Antibes, Aubervilliers, Besançon, Biarritz, Blagnac, Boulogne-sur-mer, Bourgoin-Jallieu, Brest, Brive la Gaillarde, Cabries-Calas, Caen, Carcassonne, Cavalaire sur Mer, Chalon-sur-Saône, Charenton-le-Pont, Château-Thierry, Cherbourg en Cotentin, Couderkerque-Branche, Courcouronnes, Douai, Evry, Fontainebleau, Fort-de-France, Gif sur Yvette, Grand Nancy, Grand Paris Seine & Oise, Illkirch Graffenstaden, La Croix Valmer, La Rochelle, Le Cres, Le Grand Chalon, Lille, Marseille, Metz, Miramas, Mont de Marsan, Montreuil, Mulhouse, Nantes, Narbonne, Nice, Nice Métropole, Orléans, Paris, Perpignan, Reims, Rennes, Romans-sur-Isère, Saint-Paul de la Réunion, Saint Pierre de la Réunion, Saint-Quentin-en-Yvelines, Sète, Strasbourg, Tarbes, Toulouse, Val de Reuil, Valence, Valenciennes Métropole, Villeurbanne.

Tableau 20 : Exemples d'actions en lien avec les établissements publics de santé

Région	Nom de l'action	Descriptif	Public	Financement et coût	Opérateur
Alsace	PEPC programme endurance sur cycle	18 séances de 36 mn deux fois par semaine de cycle, après un bilan cardiaque et respiratoire, Supervisé par un éducateur médico-sportif	Seniors et personnes atteintes de pathologies chroniques stabilisées. 150 personnes	Assurance-maladie	CHU
Ile-de-France (5 hôpitaux) + Nice + Lille + Toulouse+ Nantes+ Bordeaux, d'autres collaborations à venir en 2018	Programme CAMI	En Oncologie (6 mois renouvelable une fois) :3 consultations + 2 séances collectives par semaine pendant 21 semaines En hématologie (4 semaines renouvelables autant de fois que le patient est ré-hospitalisé) :2 consultations + 2 séances individuelles par semaine pendant 4 semaines	Personnes atteintes de cancer : en une année 374 personnes en oncologie, 180 en hématologie inclus dans le programme sur les 5 sites Ile de France	En Oncologie :3 consultations à 27€ = 81€ + 2 séances collectives à 13€ = 546€Coût total = 627€ En hématologie : :2 consultations à 27€ = 54€ + 2 séances individuelles par semaine pendant 4 semaines à 70€ = 560€ Coût total = 614€ (sur budget CAMI)	CAMI dans des CLC et CHU

Source : Assises « sport santé » à Strasbourg octobre 2017 et entretiens mission

[199] Ces programmes sont en partie financés par des dotations hors T2A (Tarification à l'activité) sans que les crédits consacrés à l'activité physique ne soient répertoriés. Il est donc impossible d'avoir connaissance de l'ensemble des crédits finançant des programmes de réhabilitation par l'activité physique à l'hôpital.

[200] La question de la formation des encadrants se pose : la mission a relevé un cas où la qualification était inférieure à celle requise par le décret. Pour autant, il est cohérent, dans le cas où le médecin hospitalier devient le référent principal du patient comme cela peut être le cas dans le traitement des pathologies chroniques que l'activité physique s'organise en établissement de santé.

3.3.3 Divers réseaux locaux jouent aussi un rôle important de coordination des acteurs du monde du sport et de la santé

[201] Au final, la mission a donc constaté que divers réseaux, aux formats variés, jouaient un rôle important de coordination des acteurs du monde du sport et de la santé. La typologie suivante peut être dressée sur le fondement des déplacements et des entretiens réalisés par la mission.

Les réseaux organisés autour d'une collectivité territoriale : la ville de Strasbourg

[202] La ville de Strasbourg a été pionnière dans le développement d'un réseau de coordination dans le cadre de sa politique volontariste en faveur du sport-santé. L'objectif principal du dispositif sport-santé strasbourgeois, mis en place en novembre 2012, est de favoriser la pratique, par des adultes sédentaires souffrant de maladies chroniques, d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à leur état de santé, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La Ville de Strasbourg est le porteur du projet, sous l'impulsion du Dr Feltz, adjoint au Maire en charge de la santé. Le pilotage est assuré par les services de la Ville (Promotion de la santé de la personne et Vie sportive pour la partie opérationnelle) qui assurent le bilan médico-sportif et motivationnel des patients ainsi que leur suivi pendant le programme, via du personnel municipal. La Ville coordonne ainsi les principaux acteurs de son territoire, notamment sur les aspects financiers : ARS, DRJSCS, régime local, les médecins généralistes (URPS), le Centre Bien Vieillir Agirc-Arcco, l'Université de Strasbourg et la Compagnie des Transports Strasbourgeois.

[203] La ville de Strasbourg est également un pilier du réseau des villes « sport santé sur ordonnance » des villes santé de l'OMS. Son rôle de coordination va donc au-delà de son territoire et de nos frontières.

Les réseaux organisés à partir d'une structure hospitalière : EFFORMIP

[204] Le réseau Efformip a été créé en 2004 sur une initiative conjointe du médecin conseiller de la DRJSCS et du Professeur Rivière, médecin du sport au service d'exploration de la fonction respiratoire et de médecine du sport, clinique des voies respiratoires au CHU de Toulouse. Le réseau est lancé en 2005 en se fondant sur un constat local : 50% de la population régionale était sédentaire, 10% souffrait d'obésité, et le nombre de patients atteints de diabète type 2 ou d'hypertension était en forte augmentation. Le réseau couvre à la fois la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'objectif du réseau était initialement de coordonner le monde médical et le monde sportif pour la prise en charge de ces publics via une association type loi 1901 qui s'apparente à un réseau ville / hôpital mais sans l'être réellement. Trois valeurs président à l'action du réseau Efformip :

- former ensemble les médecins à prescrire et les professionnels du sport (éducateurs sportifs) à adapter et prendre en charge leurs patients ;
- inclure les patients dans le monde associatif sportif (clubs, éducateurs sportifs, etc.) à partir d'une prescription individuelle, adaptée et sécurisée. Pour autant Efformip ne constitue pas un label ;
- aider financièrement les patients via un forfait de 130 euros aux structures pour la prise en charge de ces derniers afin de réduire les inégalités de santé.

[205] Aujourd'hui, le réseau Efformip compte 4,5 salariés ETP. Son vice-président est président de l'URPS Occitanie. Efformip est un organisme formateur reconnu par la DIRECCTE et ses formations sont éligibles dans le cadre du DPC (Développement professionnel continu) des professionnels de santé. Au final, Efformip est une structure de coordination originale, organisée à partir du service du Professeur Rivière au CHU de Toulouse, qui constitue aujourd'hui surtout un organisme formateur pour des professionnels de la santé et du sport ayant de plus en plus un rôle dans l'organisation des activités physiques et sportives elles-mêmes avec des patients dont ils assurent le suivi dans la durée (1 an en général).

Les réseaux organisés autour d'une association locale à l'initiative du monde médical : MENAPT

[206] A l'initiative de l'URML Normandie, le réseau des Médecins Normands correspondants en Activité Physique et Thérapeutique (réseau MENAPT) est constitué de médecins correspondants au service des médecins prescripteurs pour accompagner ces derniers et ainsi favoriser la prescription d'APA. Lorsqu'un avis spécialisé est nécessaire pour la prescription d'une AP à visée thérapeutique (APT), le médecin peut orienter ses patients (en ALD ou hors ALD) vers ces médecins correspondants. La proposition thérapeutique est adressée au médecin traitant. La première prescription d'APT ou de demande d'examen complémentaires est faite par le médecin correspondant et le suivi est effectué par le médecin traitant.

[207] Un recensement de l'offre disponible en matière d'activité physique adaptée aux patients est mis à disposition par l'ARS et la DRJSCS de Normandie ; il permet aux médecins d'orienter les patients en fonction des compétences d'encadrement requises et du choix d'activité souhaitée par les patients. Les médecins correspondants doivent disposer d'une formation spécifique pour être inscrits sur la liste du réseau. Cette liste nominative est diffusée aux CPAM des départements, aux conseils départementaux de l'ordre des médecins, à l'URML de Normandie.

Les réseaux organisés autour d'une association locale à l'initiative commune du monde médical et sportif : le Réseau « sport santé bien-être » (RSSBE) de Champagne-Ardenne

[208] Le RSSBE est une association type loi 1901 fondée en 2009 à l'initiative du monde médical local avec le mouvement sportif local. Il dispose de trois branches en Champagne-Ardenne réunissant le mouvement sportif (CROS), les représentants des usagers (CISS) et les professionnels de santé (URPS médecins et masseurs-kinésithérapeutes). Le rôle n'est pas de proposer des activités physiques et sportives mais de coordonner les acteurs en s'appuyant sur les dynamiques locales (élus, associations, etc.) pour plus d'efficacité. Le Réseau a créé des parcours de santé pour tous les corps de métier qui peuvent être dupliqués partout pour faciliter le déploiement. La volonté du Réseau est de faciliter le travail des médecins et la vie des patients : le patient est adressé à un professionnel du RSSBE qui va prendre 45 min pour réaliser un bilan médico-fonctionnel et motivationnel puis le médecin traitant reçoit un compte-rendu avec une proposition d'APS qu'il valide ou non.

[209] Le RSSBE va désormais jouer également un rôle de labellisation des structures d'APS, la DRJSCS et l'ARS ayant décidé de ne plus le faire. Le Réseau organise des visites (possibles à tout moment) sur place pour la labellisation des structures. Le label est donné pour 3 ans. Le Réseau, à l'origine porté par des médecins, a décidé de concentrer la labellisation sur les structures intervenant en prévention tertiaire avec des publics plus à risque et nécessitant des offres adaptées d'APS.

Enfin, le RSSBE a également une activité importante de formation portant sur certaines pathologies comme le cancer (en lien avec la CAMI) et l'Institut Jean Godinot à Reims. Pour cela, il bénéficie d'un financement par la CPAM. Au total, le Réseau est financé à 80% par l'ARS, 10% par la DRJSCS, le complément étant apporté par la CPAM, AG2R et le CNDS.

Les réseaux structurés autour d'une association locale à l'initiative du monde sportif : SAPHYR en Lorraine

[210] Le réseau SAPHYR (Santé par l'Activité PHYsique Régulière) Lorraine a été mis en place en 2010 par le CROS (Comité Régional Olympique et Sportif) Lorraine, en partenariat avec la DRJSCS. Il s'agit principalement d'un programme-passerelle (assez court : 7 séances encadrées sur 7 semaines) pour aider à la pratique d'une activité physique régulière en rapprochant les professionnels de la santé et du sport. Le réseau permet la prise en charge de 300 bénéficiaires par an. Le réseau propose ainsi aux structures sanitaires et médico-sociales lorraines :

- l'élaboration, l'animation et l'évaluation de programmes d'activités physiques collectifs ou individuels adaptés, en lien avec les professionnels de santé ou médico-sociaux ;
- l'organisation, en lien avec les professionnels de santé concernés, de formations spécifiques destinées au perfectionnement des professionnels de l'activité physique et sportive dans un champ considéré ;
- l'organisation de séances d'information destinées à optimiser le conseil en activité physique délivrée par les professionnels de la santé des structures concernées.

[211] La structuration de ces réseaux est très dépendante de l'histoire des territoires concernés et de quelques personnes passionnées qui les animent. Dans ce cadre, le déploiement d'une offre d'APS au niveau national doit s'appuyer sur ces réseaux existants et tenir compte des spécificités locales pour être efficace, efficiente et répondre aux besoins des populations locales. De ce point de vue, le financement par la puissance publique (DRJSCS et ARS) devrait se concentrer sur les structures de coordination et d'information (en dehors de la formation selon la mission).

[212] Une des caractéristiques communes des réseaux étudiés par la mission est d'organiser un parcours du pratiquant/patient associant le médecin traitant, au cœur du dispositif, et l'éducateur sportif.

Recommandation n°13 : S'inspirer des réseaux de coordination existants pour définir un parcours « sport santé » dont l'organisation pourrait être confiée aux futures maisons « sport santé ».

Les plateformes Ile-de-France : Prescriform

[213] Dans le cadre du second plan régional sport santé bien être, l'organisation Prescriform vient d'être mise en place. Elle a pour but de dispenser des activités physiques adaptées pour des personnes en affection de longue durée, souffrant d'hypertension artérielle ou d'obésité. Cette démarche vise à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par l'APS en s'appuyant sur des dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé. L'objectif est donc de développer la mise en place de la prescription des APS par les professionnels de santé en recourant aux thérapies non médicamenteuses. Ainsi le dispositif « Prescri'Forme – l'Activité physique sur ordonnance en Île de France » cherche à accompagner la prescription médicale et au moyen d'un carnet de suivi à accompagner et à soutenir les personnes souhaitant maintenir ou améliorer leur santé par une pratique d'activité physique encadrée par des professionnels formés.

[214] La DRJSCS délivre, à leur demande, sur appel d'offre conjoint avec l'ARS, aux centres médico sportifs, aux clubs sportifs et à d'autres structures qui proposent des activités physiques adaptées, une certification à l'issue d'une procédure encadrée afin de pouvoir contrôler et évaluer le niveau qualitatif de l'offre. La certification tient compte du projet pédagogique proposé, des conditions d'accueil, des moyens humains mis à disposition dans le respect de la législation en vigueur, du processus opérationnel de mise en œuvre de l'activité proposée et de son niveau d'évaluation quant à la satisfaction des patients et du personnel médical.

3.3.4 Des organismes de protection sociale s'engagent pour le sport-santé

[215] Les mutuelles sont engagées, dont certaines de longue date, dans des actions de promotion de l'activité physique au titre de la prévention primaire. C'est dans ce cadre que la MGEN est partenaire du CNOSF dans la mise en place sur le territoire national de l'opération « Sentez-vous sport » (cf. 3.2.1). Avec l'appui de sa centaine de sections départementales, elle accompagne les initiatives locales grâce à des outils et documents de communication mais sans financement dédié à l'exception de démarches expérimentales comme le programme « bien-être actif » conduit en partenariat avec la fédération UFOLEP visant 4 types de publics : adultes actifs, seniors, familles (parents avec enfants, parents avec enfants séparément) et proposant 10 séances gratuites suivies de séances à faible coût.

[216] Depuis une période plus récente, certaines d'entre elles développent ou souhaitent développer des programmes de prévention secondaire ou tertiaire visant des ALD mis en place par les réseaux régionaux, les villes, les fédérations sportives ou des organismes privés, sous forme de forfaits alloués à leurs adhérents et alors même que la prise en charge des ALD relève exclusivement de l'assurance-maladie.

[217] On peut citer la Mutuelle des sportifs qui cible des ALD dans le cadre d'un partenariat avec quelques fédérations sportives comme le basket (forfait annuel de 150€) ou encore Harmonie Mutuelle qui, depuis janvier 2018, propose une offre de prévention concernant les moins de 70 ans pour toutes les ALD en remboursant le coût de la prestation d'activité physique sur prescription transmise par l'adhérent.

[218] La MGEN a également en projet le remboursement d'un pack comprenant différentes prestations, dont l'activité physique, pouvant aller jusqu'à 300€ par trimestre.

[219] D'autres mutuelles financent des fédérations pour la mise en place de formations (escrime, athlétisme) ou la mise en place de labels sport-santé.

[220] En dehors de prises en charge individuelles, certaines fédérations sportives comme la FFEPGV, ont négocié des partenariats au niveau local avec des mutuelles pour la prise en charge de programmes « sport-santé ».

[221] Le développement de ces prises en charge se heurte toutefois aux incertitudes, voire inquiétudes, quant à la qualité de l'offre d'activité physique proposée et à l'efficacité des financements alloués aux bénéficiaires. Les mutuelles dont l'action est nationale, sont confrontées à une offre, qui lorsqu'elle est organisée dans le cadre de réseaux sport-santé, relève de dispositifs régionaux hétérogènes.

[222] Le déploiement de financements dédiés au « sport sur ordonnance » est donc conditionné par une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'activité physique via la définition de référentiels au niveau national permettant en particulier de s'assurer de la qualité de l'encadrement des activités proposées.

3.4 La coordination et la consolidation des structures nationales chargées de mutualiser, diffuser les ressources et d'organiser l'expertise « sport santé » sont indispensables

[223] Deux acteurs principaux interviennent depuis une période récente en matière de ressources et d'expertise : le pôle ressources national « sport santé » bien-être » et l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS).

3.4.1 Le pôle ressources national « sport santé bien-être » développe une activité à la mesure de ses faibles moyens humains

[224] L'histoire de ce pôle ressources est marquée par une organisation caractérisée par son instabilité tant dans la structure support que dans les personnels chargés de le faire fonctionner.⁷⁰ Créé en 2009 et implanté au CREPS de Vichy-Auvergne, puis au sein de la direction des sports, il a été à nouveau installé, avec une nouvelle équipe, au CREPS de Vichy-Auvergne en 2016.

[225] Les axes stratégiques de la convention avec la direction des sports lui confient :

- une veille documentaire destinée aux professionnels et au grand public ;
- un conseil, soutien et accompagnement aux projets « sport santé » ;
- la promotion du développement des APS comme facteur de santé ;
- le recensement et la valorisation des expériences ;
- l'animation du réseau des acteurs ;
- initialement, l'analyse des plans régionaux « sport santé » bien-être », aujourd'hui assurée par la direction des sports.

[226] Son site internet⁷¹ permet d'apprécier les réalisations du pôle auxquelles s'ajoutent des actions menées en partenariat étroit avec l'ONAPS (voir supra) comme des productions conjointes ou l'organisation de manifestations.

[227] Le budget du pôle est de 230 000€, dont 150 000€ de masse salariale et 80 000€ dédiés aux actions. 95% du budget est alloué par la direction des sports et le CREPS contribue sur ses fonds propres à hauteur de 5% pour des moyens humains complémentaires. Moins de 2ETP sont consacrés à une mission nationale considérée comme relevant d'une politique publique prioritaire.

[228] Il est notable de constater que cet outil dont l'intérêt est indéniable ne relève pas d'un pilotage et d'une organisation associant les deux principaux ministères concernés (sport et santé).

3.4.2 L'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) conduit une action reconnue mais fragilisée par un financement non pérenne

[229] L'ONAPS a été lancé en octobre 2015 par le ministère des sports et le CNDS afin d'engager une démarche scientifique pour mesurer l'impact de la pratique physique et de la sédentarité sur la

⁷⁰ Rapport de la mission d'évaluation du dispositif des pôles ressources nationaux – IGJS – 2015-M-21 – octobre 2015

⁷¹ Pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr

santé des publics, en bonne santé, porteurs de maladies chroniques ou atteints d'obésité, ainsi que sur le recul de la dépendance des personnes âgées.

[230] A l'initiative du Professeur Martine DUCLOS en lien avec la faculté de médecine de l'Université Clermont Auvergne, l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité est implanté au sein du laboratoire de physiologie et biologie du sport et porté juridiquement par le Comité régional des offices municipaux des sports d'Auvergne.

[231] Ses missions sont les suivantes :

- rassembler et analyser les connaissances sur les niveaux d'AP et de sédentarité ;
- suivre et évaluer les actions de promotion de l'AP et de réduction de la sédentarité ;
- réaliser des études ;
- publier en direction des professionnels et du grand public ;
- organiser des colloques.

[232] Le site internet de l'ONAPS⁷², très complet, met à disposition l'ensemble de ses productions. Son expertise est reconnue comme en témoignent les partenaires mobilisés (Ministère du travail, de l'éducation nationale, du travail, de la santé au titre de la DREES, INSERM, etc).

[233] Le partenariat avec le pôle ressources national, sous l'égide du Professeur DUCLOS, conseillère scientifique de la ministre des sports est fructueux.

[234] La structure est cependant fragile. Elle compte à peine 3 ETP. Son budget est assuré à 70% par le CNDS au titre d'une action de mécénat de la fondation Coca-Cola USA et 30% par l'Université de Clermont Auvergne au titre de la mise à disposition de moyens humains (biostatisticien en particulier), locaux et matériel.

[235] La subvention du CNDS cessera fin août sans relais d'autres financements connus à ce jour.

[236] Au regard des difficultés rencontrées tant par le pôle ressources que par l'observatoire, il convient sans tarder que les deux ministères concernés réfléchissent à la consolidation de l'acquis et à la pérennisation des actions aujourd'hui reconnues mais qui demandent à être mieux diffusées.

[237] Il leur revient de préciser les missions confiées à un opérateur, distinctes de celles qui doivent être assumées par les administrations centrales (pilotage, évaluation).

Recommandation n°14: Consolider la démarche d'expertise et de pilotage des actions « sport santé » en mobilisant les moyens humains et financiers nécessaires au niveau national dans une nouvelle structure regroupant l'ONAPS et le pôle ressources national « sport santé bien-être ».

⁷² www.onaps.fr

4 LE CONCEPT DES « MAISONS « SPORT SANTÉ » » DOIT ÊTRE BIEN DÉFINI AVEC UN CAHIER DES CHARGES PRÉCIS AVANT LEUR MISE EN PLACE

[238] La lettre de mission demandait à ce que soient précisés l'intérêt des structures spécifiques dites « maisons « sport santé » » et le cadre dans lequel elles pourraient prendre en charge les patients atteints d'ALD mais aussi s'adresser au plus grand nombre. Ce nouveau concept de maisons sport-santé a donc systématiquement été abordé avec tous les interlocuteurs de la mission en leur demandant quels pourraient en être le périmètre et le contenu. La mission considère que les maisons sport santé doivent s'appuyer sur les réseaux existants de coordination tels que ceux présentés plus haut dans le rapport pouvant aller d'une simple plateforme téléphonique à une structure physique dédiée, en fonction des dynamiques locales. Au regard des difficultés à définir le concept de « sport santé », ou au moins à le délimiter, les réponses ont assez naturellement traduit des inquiétudes et des attentes.

[239] Les inquiétudes sont liées au fait que, comme précédemment indiqué, de nombreuses initiatives existent, parfois en des lieux déjà bien identifiés ou dans le cadre de réseaux coordonnés par des structures variées (collectivités, associations ad hoc, associations sportives...) que la référence à des « maisons » a pu interroger. Construites sur des bases définies localement avec l'appui de nombreux partenaires très impliqués et motivés, la crainte d'un cadre national standardisé susceptible de remettre en cause – même implicitement – leur action ou plutôt leur organisation est réelle.

[240] L'annonce des maisons sport-santé a aussi fait naître des attentes de la part de certains acteurs en termes de lisibilité (intérêt d'un lieu unique où l'information serait disponible, idée d'un centre ressources) et de clarification quant à la responsabilité des acteurs dans la qualité de l'offre, en particulier s'agissant :

- de l'encadrement (formations éclatées, exigences hétérogènes en matière d'encadrement, coût parfois important, pas de « socle commun » de compétences) ;
- mais aussi quant aux sources et critères de financement aujourd'hui variables d'une région à l'autre.

[241] Enfin, elle apparaît pour quelques acteurs comme une opportunité d'inscrire leur action dans un cadre désormais national qui suscite des attentes quant aux financements susceptibles d'être mobilisés, notamment au titre de projets d'investissements.

[242] Il ressort des échanges que ce concept de maisons « sport santé » ne saurait être concrétisé avant d'avoir précisé la cible du ou des public(s) visé(s). Il s'agit d'un préalable à la définition d'une sorte de cahier des charges ou de méthodologie de l'intervention qui pourrait être entendu comme comprenant plusieurs niveaux d'exigences.

[243] Dans la mesure où l'appui sur les réseaux existants paraît incontournable, le recours à une labellisation de l'offre d'AP a été parfois suggéré mais aussi parfois clairement écarté.

4.1 Les maisons « sport santé » doivent prendre appui sur l'existant

[244] La mission a pu constater l'existence de réseaux régionaux « sport santé », avec des degrés de maturité divers, dans chaque région. Leur création a été motivée par la nécessité de coordonner

les acteurs du monde du sport et de la santé afin de bien orienter les patients vers une offre d'activité physique de qualité. La création des maisons « sport santé » a donc vocation à s'appuyer sur les expériences réussies déjà mises en œuvre pour en assurer un déploiement de manière à garantir une accessibilité renforcée aux services proposés sur l'ensemble du territoire.

[245] Pour des raisons de lisibilité mais aussi de coût, ces maisons pourraient opportunément sur certains territoires, notamment ruraux, compléter l'offre de services apportés par les structures existantes dans le champ de la santé comme les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en complétant les équipes pluridisciplinaires existantes par des professionnels de l'activité physique.

[246] A partir de l'analyse du fonctionnement des réseaux existants (cf. infra), la lisibilité et la facilité d'accès du service pour les médecins et pour le public sont essentielles.

[247] Les services attendus de ces maisons « sport santé » – proposés ou non par les réseaux existants - pour garantir l'adhésion du public/patient, d'une part, faciliter les formalités pour le médecin, d'autre part, doivent être précisés.

[248] Elles doivent répondre aux impératifs suivants :

- éviter la médicalisation de l'activité physique pour des publics relevant de la prévention primaire, pour lesquels elle doit être synonyme de plaisir et bien-être ;
- assurer la sécurité de la prise en charge dans la pratique d'AP, a fortiori pour les patients, condition nécessaire à la relation de confiance à instaurer entre le médecin et les opérateurs de l'offre.

Recommandation n°15 : Créer les « maisons sport santé » à partir des réseaux de coordination existants au niveau local ou des structures de santé pluridisciplinaires (MSP ou CPTS).

4.1.1 L'animation de réseau doit reposer sur un modèle de « guichet unique »

[249] Une coordination générale de type « guichet unique » doit être organisée. Elle peut être confiée à des structures variées, quelle qu'en soit la forme juridique, en fonction du contexte territorial comme en attestent les expériences existantes. Elle doit permettre de créer et d'animer un réseau d'acteurs :

- du champ médical (médecins traitants, spécialistes hospitaliers ou non), paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, infirmiers, pharmaciens, etc.) ;
- des collectivités locales au titre des compétences d'urbanisme et d'aménagement du territoire, des compétences sociales, des compétences en matière de développement et d'accompagnement des activités physiques (équipements sportifs, encadrement, etc.) ;
- du champ sportif (associations, clubs sportifs, voire structures commerciales).

4.1.2 Les maisons « sport santé » doivent être un lieu d'accueil et de mutualisation des ressources

[250] Cette maison doit constituer un lieu ressources tant au titre de la promotion de l'activité physique pour tous qu'au titre de la mise à disposition d'outils et des différentes productions en la matière.

[251] A ce titre, la mise en réseau des maisons « sport santé » coordonnée par le pôle ressources national « sport santé » est indispensable, sous réserve que ce dernier puisse être reconfiguré sous la double tutelle des ministères de la santé et des sports et doté des moyens de fonctionnement nécessaires (cf 3.4).

4.1.3 Les maisons « sport santé » doivent permettre l'orientation du public vers une activité adaptée à partir d'une évaluation préalable de la condition physique et de la motivation

[252] L'évaluation de la condition physique, qu'il s'agisse d'une reprise d'activité après une longue interruption, notamment pour des publics susceptibles de présenter des risques alors même qu'ils ne rentrent pas dans une pathologie déclarée ou qu'il s'agisse de patients relevant de maladies chroniques ou d'ALD est essentielle.

[253] Pour les personnes ne présentant pas de contre-indication particulière, la maison « sport santé » doit permettre d'informer sur l'offre de pratique prenant en compte leur appétence et leur choix.

[254] Pour les autres, il apparaît que les médecins traitants ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour procéder au bilan médico-sportif et motivationnel.

[255] La possibilité de décharger les médecins traitants de cette étape essentielle réalisée, en fonction du profil du patient, par un médecin, un autre professionnel de santé ou un éducateur sportif spécialisé en APA, constitue un service apprécié, préalable à l'orientation vers une activité physique déterminée à partir des recommandations attendues de la Haute autorité de santé.

[256] L'orientation doit permettre de proposer au médecin de prescrire l'accès à une pratique physique selon 2 modalités possibles :

- une offre dans un cadre collectif « de transition » organisé sous forme d'« ateliers passerelles », en particulier lorsqu'il s'agit de publics très éloignés de la pratique sportive pour lesquels la dimension sociale doit être prise en compte avant d'envisager une pratique en autonomie ;
- une offre en autonomie au sein de structures repérées comme susceptibles d'accueillir un public qui peut présenter des spécificités et des risques particulier (voir supra 1.2).

Recommandation n°16: Etablir un cahier des charges précis et partagé entre professionnels de santé et du sport à partir des diverses initiatives déjà existantes en la matière pour définir un bilan médico-sportif et motivationnel commun.

4.1.4 Les maisons « sport santé » doivent garantir, dans le respect du secret médical, un lien formalisé entre le médecin (qu'il prescrive ou recommande), le patient et l'éducateur sportif

[257] La question du suivi du parcours est essentielle ; la réussite du système repose sur la relation de confiance établie entre tous les acteurs à chaque étape du parcours et, en conséquence, sur la fluidité du mode de communication établi entre eux.

[258] Différents outils ont pu être mis en place du type « carnet de liaison » qui, outre l'intérêt qu'ils présentent pour mesurer l'évolution du patient, sont indispensables pour conduire à plus

grande échelle des évaluations d'impact des activités physiques pratiquées. Dans ce dernier objectif, la question de la standardisation et de la numérisation de l'outil est posée.

4.1.5 Un suivi du public concerné est nécessaire pour s'assurer de sa fidélisation et influencer sur la poursuite d'une activité physique régulière

[259] Les expériences existantes ont montré l'intérêt d'entretenir un lien avec le public concerné ; il s'agit de s'assurer du suivi de l'activité physique prescrite ou recommandée mais aussi de l'engagement à s'inscrire dans une pratique régulière.

[260] Cette relation entretenue permet également le suivi des cohortes et l'évaluation de l'impact sur la pratique à moyen et long terme.

Encadré 11 : Les étapes incontournables du parcours du patient sous prescription d'activité physique

La prescription

Le médecin prescripteur sera le déclencheur d'un parcours que devra suivre le patient.

L'évaluation

Le médecin prescripteur orientera le patient vers un évaluateur qui déterminera une proposition de programme d'activité⁷³ à l'issue d'un bilan de l'état de sa condition physique et d'un entretien sur son niveau motivationnel. Le bilan motivationnel va permettre de mieux connaître les attentes du patient en termes de pratique et de mieux organiser son orientation. Cette étape peut ainsi éviter des abandons prématurés en cours de cycle.

L'orientation

L'évaluateur, en accord avec le médecin prescripteur, orientera le patient vers un lieu d'organisation de l'AP disposant d'un encadrement qualifié. Dans certains cas, lorsque les personnes n'ont jamais pratiqué d'AP, on orientera les patients vers un programme « passerelle » qui constitue une phase transitoire à des fins de mise à niveau nécessaire.

Le suivi du patient

L'évaluateur organisera un suivi régulier du patient lors de sa pratique afin de mesurer la constance de ce dernier à suivre l'activité, son niveau de progression et enfin anticiper sa future sortie du programme par l'organisation de son adhésion à une pratique régulière en autonomie.

4.1.6 La question des lieux de pratiques se pose

[261] La maison de santé n'a pas vocation à devenir un lieu de pratique d'activité physique, l'accueil dans les équipements sportifs existants devant être privilégié afin d'éviter le risque de médicalisation de l'activité sportive pour des personnes qui ne sont pas malades.

[262] Pour autant, l'intérêt de disposer d'une salle adaptée à un travail d'évaluation, voire d'activité physique a été signalé de manière à réaliser dans de bonnes conditions les évaluations et de proposer le cas échéant des « ateliers passerelle » relevant d'une activité physique adaptée.

⁷³ Eventuellement soumis au médecin pour validation avant orientation du patient vers un lieu d'organisation de l'AP.

4.1.7 Un financement pérenne de l'organisation est nécessaire

[263] Les expériences mises en place reposent sur une fragilité des financements, dont les critères dépendent des stratégies régionales et locales.

[264] S'il ne s'agit évidemment pas de remettre en question les partenariats qui ont pu être opportunément tissés, il revient à l'Etat d'assurer une homogénéité des financements qu'il entend mobiliser au titre de la coordination des réseaux, de la labellisation de l'offre, de l'évaluation de la capacité physique et de l'orientation, au sein de structures existantes ou non. La question du financement des prestations d'activités physiques est un autre sujet (cf. recommandation 11).

Recommandation n°17 : Définir au niveau national les modalités de financement par l'Etat de la mission de coordination des maisons « sport santé ».

Tableau 21 : Schéma d'organisation d'une maison « sport santé »



[265] La présentation schématique ci-dessus permet de montrer différentes formes d'organisation susceptibles d'être mises en place et pouvant prendre appui sur des structurations existantes. Le respect du cahier des charges des services rendus doit en effet l'emporter sur une organisation standardisée au niveau national.

4.2 La nécessité de garantir la qualité de l'offre d'activités physiques au regard des différents publics accueillis soulève la question de la labellisation

[266] Un des services attendus des maisons « sport santé » est de pouvoir orienter vers une offre sportive de qualité répondant aux besoins des différents publics, recensée et actualisée comme le demande l'instruction interministérielle du 3 mars 2017.

[267] Certaines ARS et DRJSCS ont déjà engagé une démarche de recensement de type « annuaire » des structures susceptibles de proposer une offre « sport santé », allant jusqu'à préciser le type de pathologies concernées comme en Normandie selon un mode déclaratif.

[268] La labellisation présente l'avantage d'offrir une lisibilité auprès du public et auprès des médecins prescripteurs.

[269] Plusieurs questions doivent être posées pour répondre à la question de l'opportunité d'une démarche de labellisation. Outre la reconnaissance que procure un label, il peut aussi devenir la condition d'un financement, ou au moins être perçu comme tel par les structures concernées.

4.2.1 Le statut du responsable de la labellisation doit être précisé

[270] S'agissant d'une politique publique visant notamment les publics les plus fragiles, une labellisation ne pourrait relever que des services de l'Etat (ARS/DRJSCS) sous réserve de disposer des moyens humains nécessaires à sa mise en place et au contrôle des structures/personnes labellisées.

[271] Certains réseaux, comme en Champagne-Ardenne, après avoir conduit une politique de labellisation délivrée par l'ARS et la DRJSCS sur demande des clubs sportifs, l'ont désormais soustraite dans le cadre d'une démarche conjointe associant un membre du réseau et un acteur local du territoire.

[272] L'articulation avec des labellisations – nombreuses – existantes ne manquera pas de se poser ; la généralisation d'une labellisation « sport santé » sans cibler les publics reviendrait à médicaliser les activités physiques relevant de la prévention primaire, ce qui n'est pas souhaitable et alors même que des labels ont déjà été mis en place par les acteurs eux-mêmes, et notamment les fédérations sportives (critères liés au projet du club incluant parfois les conditions financières d'accès, à la qualification, à la formation continue obligatoire).

4.2.2 L'objet de la labellisation doit être défini

[273] Certains considèrent qu'il s'agit de labelliser les structures, d'autres les personnes dans la mesure où le critère essentiel de la qualité de la prestation est la qualification de l'encadrement ; d'autres encore estiment que ce sont les réseaux qui doivent être labellisés alors que la réussite du dispositif repose sur le lien entre les acteurs médecin/éducateurs sportifs (c'est ce que font les réseaux CAMI ou SIEL bleu par exemple).

4.2.3 Les modalités du contrôle des structures labellisées et le degré d'exigence des critères doivent être déclinés dans un cahier des charges

[274] Ce contrôle comprend :

- le contrôle a priori permettant de vérifier le respect des critères indispensables à la délivrance du label ;
- le contrôle après labellisation pouvant entraîner, le cas échéant, une dé-labellisation.

[275] D'expérience, toute démarche de labellisation est lourde à mettre en œuvre ; elle nécessite de disposer des moyens humains indispensables pour en assurer le sérieux dans la durée.

[276] Différents degrés d'exigence des critères de labellisation sont à prévoir au regard d'une diversité de publics potentiellement concernés.

[277] La mission considère qu'une démarche de reconnaissance (voire labellisation) nationale de la qualité de l'offre est indispensable à la prescription d'activités physiques justifiant un financement de la solidarité nationale.

[278] En revanche, il convient d'exclure de cette démarche toutes les initiatives visant à proposer une offre sportive adaptée aux publics relevant de la prévention primaire, dont les publics potentiellement à risques.

Recommandation n°18 : Créer un site internet national « sport santé », guichet unique de recensement de l'offre d'activité physique pour les professionnels de santé et du sport mais aussi pour le grand public qui pourrait être géré par la nouvelle structure regroupant l'ONAPS et le pôle Ressources (cf. recommandation n°14).

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation
1	Promouvoir les politiques en faveur de l'APS en distinguant mieux la prévention primaire s'adressant à la population générale de la prévention secondaire et tertiaire ciblant les patients atteints de pathologies.
2	Développer des modules de formation à l'APS dans la formation initiale des études de médecine.
3	Développer les études scientifiques sur la mise en œuvre opérationnelle de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse
4	Créer une campagne de communication nationale promouvant l'APS comme « grande cause nationale »
5	Définir un socle commun de compétences « sport santé » pour les intervenants non titulaires d'une certification délivrée par l'Etat en cas de limitation modérée.
6	Développer les évaluations des programmes financés par les PRSSBE en lien avec des équipes scientifiques.
7	Renforcer l'exigence de reporting auprès des opérateurs financés.
8	Financer un travail de synthèse des modèles de programme par pathologie afin d'avoir une vision synoptique des actions conduites.
9	Construire une grille commune de bilan des PRSSBE avec les ARS et les DRJSCS et faire analyser ces bilans conjointement par la DGS et la Direction des sports.
10	Concentrer l'effort des PRSSBE sur les publics socialement défavorisés d'une part et la prévention secondaire et tertiaire d'autre part.
11	Expérimenter un financement par l'Assurance maladie de programmes dédiés aux patients en ALD atteints de certaines pathologies sur le fondement des référentiels attendus de la HAS.
12	Engager une réflexion avec le mouvement sportif sur les modalités de décompte des pratiquants « sport-santé » non licenciés.
13	S'inspirer des réseaux de coordination existants pour définir un parcours « sport santé » dont l'organisation pourrait être confiée aux futures maisons « sport santé ».
14	Consolider la démarche d'expertise et de pilotage des actions « sport santé » en mobilisant les moyens humains et financiers nécessaires au niveau national dans une nouvelle structure regroupant l'ONAPS et le pôle ressources national « sport santé bien-être ».
15	Créer les « maisons sport santé » à partir des réseaux de coordination existants au niveau local ou des structures de santé pluridisciplinaires (MSP ou CPTS).

16	Etablir un cahier des charges précis et partagé entre professionnels de santé et du sport à partir des diverses initiatives déjà existantes en la matière pour définir un bilan médico-sportif et motivationnel commun.
17	Définir au niveau national les modalités de financement par l'Etat de la mission de coordination des maisons « sport santé ».
18	Créer un site internet national « sport santé », guichet unique de recensement de l'offre d'activité physique pour les professionnels de santé et du sport mais aussi pour le grand public qui pourrait être géré par la nouvelle structure regroupant l'ONAPS et le pôle Ressources (cf. recommandation n°14).

LETRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

MINISTÈRE DES SPORTS

La Ministre



Paris, le 17 AOUT 2017

Note à l'attention de

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur Hervé CANNEVA
Chef de l'Inspection générale de la jeunesse et des sports

Objet : Mission d'évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive et de santé

L'activité physique et sportive est bénéfique : les études épidémiologiques modernes le confirment. Elles montrent que le risque de décès prématurés est moindre chez les personnes physiquement actives. L'OMS a d'ailleurs mis au point des recommandations « mondiales en matière d'activité physique pour la santé » dans le but de fournir aux décideurs politiques nationaux et régionaux et des professionnels du secteur des indications sur la relation dose/effet entre la fréquence, la durée, l'intensité, le type et la quantité totale d'activité physique nécessaire pour prévenir les maladies non transmissibles.

Mais au-delà de ce bénéfice global, les bienfaits de l'activité physique dépendent aussi du parcours de vie de chaque pathologie. Elle est primordiale en prévention primaire des maladies cardiovasculaires mais également en prévention secondaire. A ce titre, l'OMS distingue trois groupes d'âge : 5/17 ans, 18/64 ans et 64 ans et plus. Néanmoins, on sait que la pratique régulière d'une activité physique peut augmenter le risque de lésions aiguës, ou chroniques et que chez l'enfant, il y a un risque de surmenage des cartilages de croissance, et qu'il existe un risque d'addiction à leur activité (4% des personnes pratiquant une activité physique de manière intense). Ainsi, la promotion de l'activité physique doit toujours être personnalisée, c'est à dire adaptée aux paramètres d'âge, de sexe, de santé et de condition de l'individu.¹

Dans ce contexte, suite à une communication en conseil des ministres, l'instruction n° 2012/434 du 24 décembre 2012 adressée aux directeurs généraux d'agence régionale de santé et des préfets, a permis la mise en œuvre de la prescription d'activités physiques par ordonnance. Son objectif est d'accroître le recours aux activités physiques et sportives (APS) comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé de chacun.

¹ Etude INSERM activité physique et sportive 2015

- 2 -

Ce plan d'action concerne plus particulièrement les publics dits « à besoins particuliers » : les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques. De nombreuses initiatives ont été prises par les acteurs territoriaux, notamment par le mouvement sportif. Un bilan annuel des plans régionaux est réalisé.

On recense, en 2016, 3591 actions soutenues pour près de 103 000 personnes bénéficiaires parmi lesquelles on retrouve des personnes atteintes de pathologies chroniques, des seniors et des personnes en situation de handicap.

Suite à cela, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a reconnu la possibilité, pour le médecin traitant de prescrire une activité physique : "la dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte". Concrètement le médecin traitant pourra prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient"

Cette disposition législative a été effective le 1^{er} mars 2017, le temps législatif de l'application de la loi.

L'adoption de cette disposition a été symboliquement importante et révèle une réelle attente de l'ensemble des acteurs (professionnels de santé, mouvement sportif, organismes mutualistes ...) afin d'amplifier la prise en compte de l'activité physique et sportive dans le cadre d'un parcours de santé. L'absence d'état des lieux sur les dispositifs mis en place suite à l'instruction n° 2012/434 du 24 décembre 2012, leur hétérogénéité et l'application réelle du décret au 1^{er} mars 2017 ne nous permet pas pour le moment de nous projeter sur la mise en place effective d'actions en matière d'activité physique, sportive et de santé.

Le Président de la République a proposé la mise en place des « maisons du sport santé » afin de garantir un accompagnement personnalisé des personnes atteintes d'affections lourdes (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.), mais aussi désireuses de se remettre en forme.

Il est important de définir l'intérêt de ces structures spécifiques et de savoir dans quel cadre elles pourraient prendre en charge les patients atteints d'affections de longue durée, mais aussi s'adresser au plus grand nombre.

Dans ce contexte, nous souhaiterions disposer d'une mission d'évaluation des différentes actions menées en matière d'activité physique, sportive et de santé.

L'objet de cette mission conjointe, confiée à l'IGAS et l'IGJS, est de dresser un état des lieux des actions menées dans le cadre du recours aux activités physiques et sportives (APS), tel que prévu par l'instruction n°2012/434 du 24 décembre 2012 (recensement, évaluation, identification des bonnes pratiques, le niveau de qualification du personnel dans le cadre de leur prise en charge, ainsi que le rôle de chacun).

Cette évaluation devra prendre en compte la publication fin 2017 début 2018 par la Haute Autorité de Santé de recommandations sur la prescription médicale de l'activité physique adaptée chez un patient atteint d'une pathologie chronique, ainsi que la production de référentiels de prescription par pathologie : diabète, obésité, pathologies neuro-cardio-vasculaires (cardiaques, maladies coronariennes, AVC), HTA, BPCO, cancers, dépression et la production d'outils d'évaluation de la condition physique utilisables par le médecin.

- 3 -

Ce rapport servira de base de travail qui permettra d'élaborer une stratégie dans le cadre de l'activité physique, sportive et santé adaptée à la prévention primaire et secondaire.

La mission remettra son rapport pour janvier 2018 et proposera une note d'étape courant novembre.

Nous vous demandons de nous alerter sur toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la conduite de cette mission.



Agnès BUZYN



Laura FLESSEL

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la ministre de la santé et des solidarités

M. Raymond LE MOIGN, directeur du cabinet

M. Gilles de MARGERIE, directeur de cabinet

M. Jacques-Olivier DAUBERTON, conseiller chargé de la sécurité sanitaire

Mme Anne BEINIER, conseillère parlementaire

Direction générale de la santé

M. Benoît VALLET, directeur

Mme Simona TAUSAN, médecin inspecteur de santé publique

Mme Carole Rousse, chef du bureau alimentation et nutrition

Mme Sylvie Dreyfuss, adjointe bureau alimentation et nutrition

M. Eric DOUCET, adjoint au chef de la mission appui aux ARS, partenariats et démocratie sanitaire

Direction générale de l'offre de soins

Mme Katia JULIENNE, cheffe de service adjointe à la directrice générale

Secrétariat général

Mme Béatrice TRAN, chargée de mission Santé publique

Haute autorité de santé

Mme Stéphanie SCHRAMM, adjointe au chef du service Evaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours,

Dr Albert SCEMAMA, chef de projet

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Dr François-Xavier BROUCK, médecin conseil et directeur de la direction des assurés

M. Pierre GABACHE, Médecin conseil

M. F. GREBOT, Médecin conseil

Cabinet de la ministre des sports

Mme Chantal de SINGLY, directrice du cabinet

Direction des sports

Mme Laurence LEFEBVRE, directrice

Mme Nadine RICHARD, sous-directrice de l'action territoriale, du développement des pratiques sportives et de l'éthique du sport

M. Michel LAFON, chef du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage

M. Yves RANCON, adjoint au chef du bureau

Dr Gilles ENSARGUEIX, chargé de mission

Mme Nadia MIMOUN, chargée de mission

Société française de médecine du sport

Pr Xavier BIGARD, Président

Syndicat national des médecins libéraux

Dr Pierre VERMERSCH, Président

Union régionale des médecins libéraux de Normandie

Dr Bruno BUREL, secrétaire général adjoint de l'URML Normandie

MG France fédération française des médecins libéraux

Dr Jacques BATISTONI, Président

Dr Claude LEICHER, ancien Président

Centre national pour le développement du sport (CNDS)

Mme Armelle DAAM, directrice générale

Mme Agathe BARBIEUX, cheffe du département des services déconcentrés

Institut national du cancer (INCA)

M. T. BRETON, secrétaire général

Mme Julie GAILLOT-de SAINTIGNON, responsable du département Prévention

Fondation du sport français

Mme Edwige AVICE, présidente, ancienne ministre des sports

Mme Dominique SPINOSI, administratrice

Mutuelle des sportifs

Mme Isabelle SPITZBARTH, directrice générale

Groupe Vyv

Grégory CZAPLICKI, responsable de projet, Direction de la Recherche et l'Innovation (en début de mission, direction de l'innovation sociale et de la santé – MGEN)

Comité national olympique et sportif français (CNOSF)

M. Denis MASSEGLIA, Président

Dr Alain CALMAT, président de la commission médicale, ancien ministre des sports

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Dr Luc DUQUESNEL, président

Dr Stéphane LANDAIS, secrétaire général

Fédération

Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)

Nicolas Machuret, administrateur national

Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

M. Olivier MARTY, vice-président

CAMI SPORT ET CANCER

M. Jean-Marc DESCOTES, directeur général

M. Nadir ALLALI, praticien en thérapie sportive

M. Olivier LAPLANCHE, responsable régional Ile de France

Mon stade

M. Roland KRZENTOWSKI, président

M. Stéphane SUZZONI, directeur général

Siel bleu

M. Jean-Michel RICARD, directeur général

Dr. Jean-Christophe MINO, médecin chercheur en santé publique

ARS Occitanie

Dr MORFOISSE, directeur général adjoint

Mme Catherine CHOMA, directrice adjointe de santé publique

M. Eric REIGNAULT, responsable du pôle prévention et promotion de la santé

Mme Laurence BERTHERAT, référente nutrition, alimentation et promotion de la santé

DRJSCS Occitanie

M. Pascal ETIENNE, directeur régional

Dr Olivier COSTE, médecin conseiller

Réseau EFFORMIP

Professeur RIVIERE, président

M. Frédéric RAME, vice-président

Mme Marie-Liesse DAUVERGNE

DRDJSCS Bourgogne Franche-Comté

Dr Jean-Luc GRILLON médecin conseiller

ARS Grand Est

M. Christophe LANNELONGUE, directeur général

Mme Annick DIETERLINCK, directrice de la santé publique

Mme Marine VUILLAUME, chargée de mission santé publique

DRDJSCS Grand est

Mme Brigitte DEMPT, directrice régionale adjointe

Dr Martine ROEGER, médecin conseiller

Dr Patrick LAURE, médecin conseiller

Réseau sport santé bien être Champagne-Ardenne

Dr CANOT, président

M. Vincent BOUCHEROT, chef de projet technique

M. Guillaume DELIOT, chef de projets développement territorial

Réseau SAPHYR – CROS Lorraine

Mme Clara CHRIST

Réseau ODE – Haut Rhin

M. Renaud OBINO, directeur administratif

Réseau RCPO

Dr Odile BONOMI, vice-présidente

Ville de Strasbourg

Dr FELTZ, maire-adjoint

Mme Elodie SIGNORINI, cheffe de projet

DRDJSCS Normandie

Mme Sylvie MOUYON-PORTE, directrice régionale

Mme Sylvie GUERENTE, médecin conseiller

ARS Normandie

M.me Christine Gardel, directrice générale

Mme Nathalie VIARD, directrice de la santé publique

Mme Christelle GOUJON, chargée de prévention

Institut régional de médecine du sport (IRMS) Normandie

M. Alain DELAMARRE, président

Dr. Mehdi ROUDESLLI, directeur

DRJSCS Ile-de-France

M. Eric QUENAULT, directeur régional

M. Laurent DELAMARRE, directeur régional adjoint

ARS Ile-de-France

Mme Lise JANNEAU, directrice du pôle offre en promotion de la santé

Mme Béatrice SERRECCHIA , DPSRI-Parcours diabète-Prévention obésité-Sport santé

CREPS de Vichy-Auvergne

Mme Catherine RONCIER, directrice

Mme Mélanie RANCE, chargée de mission au pôle ressources et responsable du pôle médical sportif

M. Jacques BIGOT, responsable du pôle ressources national « sport santé bien-être »

Fédération française d'athlétisme

M. Philippe BOIDE, directeur du département adhérents et nouvelles pratiques

Fédération française d'aviron

M. Gilles PURIER, directeur technique national adjoint

Fédération française d'escrime

M. Didier LEMENAGE, conseiller technique national

Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV)

M. Nicolas MULLER, directeur technique national

Fédération française de badminton

M. Philippe LIMOUZIN, directeur technique national

Fédération française de canoë-kayak

M. Ludovic ROYE, directeur technique national

Mme Céline RECULET, responsable du service formation

Fédération française de tennis de table

Dr Sylvie SELLIEZ, médecin fédéral

Mme Béatrice PALIERNE, directrice technique nationale adjointe

Fédération française sport pour tous

Mme Betty CHARLIER, présidente

M. Julien GRIGNON, cadre fédéral sport santé

Fédération française de lutte

Mme Fanny MASSIDA, référente nationale des politiques publiques

Fédération française du sport en entreprise

M. Frédéric DELANNOY, directeur technique national

Fédération française de basket-ball

Mme Jackie BLANC-GONNET, responsable des pratiques sportives

Conférence des directeurs et doyens d'UFR STAPS

M. Didier DELIGNIERES, président

Fédération française des diabétiques

M. Gérard RAYMOND, président

M. Georges PETIT, vice-président

Mme DESFORGES, chargée d'affaires publiques

Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS)

Professeur Martine DUCLOS, présidente du conseil scientifique, conseillère scientifique de la ministre des sports

Association des régions de France (ARF)

Mme Claire Bernard, conseillère culture, sport, jeunesse, santé, égalité femmes hommes

Association nationale des élus du sport (ANDES)

M. Cyril CLOUP, directeur

Personnalité qualifiées

Mme Valérie FOURNEYRON, ancienne ministre des sports

Professeur François CARRE, cardiologue et médecin du sport CHU RENNES

M. Stéphane DIAGANA, projet Campus sport santé à MOUGINS

Pr Christian PRADIER, chef du département de Santé Publique, Chu de Nice

Dr Laurent BAILLY, Praticien hospitalier Département de Santé Publique, Chu de Nice

ANNEXE 1



Ministère du travail, de l'emploi de la Formation professionnelle et du Dialogue social
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

SECRETARIAT GENERAL
DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES
Dossier suivi par : Eric LEDOS et Nicolas PRISSE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction de la prévention des risques
liés à l'environnement et à l'alimentation
Bureau alimentation et nutrition
Dossier suivi par : Michel CHAULIAC
Tél : 01 40 56 41 24

DIRECTION DES SPORTS
Sous direction de l'action territoriale
Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage (DS/B2)
Dossier suivi par : Stéphanie LABAU/ Dr Sondès ELFEKI-MHIRI
Tél : 01 40 45 93 27/ 01 40 45 97 15

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE
Service des politiques sociales et médico-sociales
Sous-direction de l'autonomie des personnes
handicapées et des personnes âgées
Bureau de l'insertion et de la citoyenneté
Dossier suivi par : Cyrille MARTIN
Tél : 01 40 56 83 44

La ministre des affaires sociales et de la santé,

La ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation
populaire et de la vie associative

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

copie
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la
jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
Mesdames et Messieurs les préfets de département

INSTRUCTION N° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012.

Date d'application : Immédiate

NOR : SPOV1243368J

Classement thématique : Sports

Validée par le CNP, le 21 décembre 2012 - Visa CNP 2012-298

Examinée par le COMEX, le 19 décembre 2012

<p>Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.</p>
<p>Résumé : La promotion et le développement des activités physiques et sportives sont une priorité de santé publique qui a fait l'objet d'une communication en conseil des ministres. Il vous est demandé de décliner au niveau régional, un plan « sport santé bien-être » dont les lignes stratégiques ainsi que les modalités organisationnelles et financières de sa mise en œuvre sont précisées dans la présente instruction.</p>
<p>Mots-clés : Activités physiques, sports, santé, prévention.</p>
<p>Textes de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DIRECTIVE NATIONALE D'ORIENTATION 2013 annexe 6 priorités ministérielles du programme 219 « Sport » déclinées au niveau territorial pour 2013.
<p>Textes abrogés : néant</p>
<p>Textes modifiés : néant</p>
<p>Annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. • Communication de la ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et la ministre des Affaires sociales et de la santé en conseil des ministres du 10 octobre 2012.
<p>Diffusion : auprès des ARS et des DRJSCS</p>

A l'occasion du conseil des ministres du 10 octobre dernier, la ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et la ministre des affaires sociales et de la santé ont présenté une communication relative à la pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique.

La présente circulaire a pour objet d'en organiser la mise en œuvre dans les régions.

1- La contribution des activités physiques et sportives (APS) à l'amélioration de la santé des populations n'est plus à démontrer.

Les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le rappellent et précisent pour trois classes d'âge (5-17 ans, 18-64 ans et 65 ans ou plus), les niveaux recommandés d'activité physique pour la santé. Par ailleurs, un récent rapport de l'Académie de médecine datant d'octobre 2012 renforce les résultats de l'expertise collective INSERM commanditée par le ministère chargé des sports en 2007.

Au niveau national, plusieurs plans et programmes nationaux de santé publique ont intégré dans leur volet prévention, la promotion et le développement des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé. Aussi, le Programme National Nutrition Santé (PNNS), dont la mise en

œuvre repose sur une coopération interministérielle, consacre un de ses axes à ce sujet et prévoit une place particulière aux publics éloignés de cette pratique, notamment les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes avançant en âge.

Au niveau local, plusieurs projets et actions concrètes ont été élaborés et mis en place grâce à l'implication active de l'Etat et la collaboration des Agences Régionales Santé (ARS), des collectivités territoriales, du secteur associatif sportif et de certains comités olympiques. Malgré cet effort, de nombreuses populations restent encore éloignées de toute pratique, ce qui concourt à renforcer les inégalités en matière de santé.

2- Il vous est donc demandé de mettre en place un plan « sport santé bien-être » décliné au niveau régional.

Son objectif est d'accroître le recours aux activités physiques et sportives (APS) comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé de chacune et de chacun.

Ce plan d'action concernera plus particulièrement les publics dits « à besoins particuliers » : les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes avançant en âge...

Il s'organisera autour des lignes stratégiques suivantes :

- a. promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, cancer...);
- b. promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes avançant en âge quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et quel que soit le degré de perte de leurs capacités ;
- c. généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- d. renforcer l'offre de pratiques de loisir pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et intégrer les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements ;
- e. renforcer la prise en compte de la promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville, en utilisant particulièrement, les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé et en mettant en cohérence les politiques publiques de prévention avec le soutien de l'assurance maladie ;
- f. développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux, et notamment les « réseaux régionaux sport-santé » afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs.

3- Vous veillerez à mettre en place un comité de pilotage co-organisé par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'ARS.

Ce comité de pilotage régional se réunira dès le début de l'année 2013. S'il existe déjà, dans une région un comité de pilotage autour des sujets de la prévention, il conviendra d'y intégrer les acteurs identifiés pour la mise en œuvre du plan « Sport santé bien être » en évitant de multiplier les instances de concertation régionales. A ce titre, le mouvement sportif devra y être associé.

Ce plan devra s'articuler avec le PRS qu'il a vocation à compléter et renforcer sur la thématique « sport santé bien être ». A terme, ces actions ont vocation à être intégrées de façon pérenne dans le PRS.

Le comité de pilotage adoptera le plan d'action pluriannuel avant la fin du premier trimestre.

Vous transmettez ce plan à la direction des sports (DS.B@jeunesse-sports.gouv.fr) et à la direction générale de la santé (DGS-PNNS-PO@sante.gouv.fr).

Le comité de pilotage s'assurera de la bonne mise en œuvre tout au long de l'année 2013 et en établira le bilan 2013 pour le 30 janvier 2014 au plus tard, date à laquelle ce bilan devra être transmis aux deux services précités. Il a vocation à s'inscrire dans le temps pour assurer le suivi de la déclinaison des actions mises en œuvre dans le plan « sport santé bien être ».

4- Pour déployer cette stratégie au niveau régional, vous disposerez des moyens suivants.

Au plan des outils, vous veillerez à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par cette politique en vous appuyant plus particulièrement sur les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé. L'articulation, notamment avec la commission de coordination des politiques de santé de l'ARS, et les différentes commissions existantes doit être recherchée.

Au plan financier, vous disposerez de moyens spécifiques : ainsi, 1,5 M€ ont été mobilisés par le CNDS au niveau national et répartis au niveau régional afin de financer les projets de ces plans d'actions.

Les crédits du fonds d'intervention régional pourront donc être mobilisés au profit des actions du plan « sport santé bien-être ». Leur mobilisation fera l'objet d'un suivi spécifique au sein du FIR.

Le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la direction des sports, la direction générale de la santé et la direction générale de la cohésion sociale restent à votre disposition pour toute précision complémentaire.

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales
Haut Fonctionnaire de défense*

Signé
D. MORIN

Le Directeur des sports

Signé
T. MOSIMANN

Le Directeur général de la santé

Signé
J.-Y. GRALL

La Directrice générale de la cohésion sociale

Signé
S.FOURCADE

ANNEXE 2



**Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports**

Direction générale de la santé	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle	Direction des sports
Sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	Service de la stratégie des formations et de la vie étudiante	Sous-direction de l'action territoriale, du développement des pratiques sportives et de l'éthique du sport
Bureau alimentation et nutrition (EA3)	Sous-direction des formations et de l'insertion professionnelle Département des formations du cycle licence	Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage (DS B2)

La ministre des affaires sociales et de la santé
La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
Le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Copie

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale,

Madame et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Mesdames et Messieurs les préfets des départements

Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale

Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations

Mesdames et Messieurs les recteurs d'académie, Chanceliers des universités

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Date d'application : immédiate

NOR : AFSP1707708J

Classement thématique : santé publique

Validée par le CNP le 3 mars 2017 - Visa CNP 2017 - 27

Examinée par le COMEX JSCS le 16 mars 2017

Résumé : La présente instruction a pour objectif de vous donner des orientations et recommandations pour le déploiement sur le territoire national du dispositif de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée qui résulte de l'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et du décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016. A cet effet, elle est accompagnée d'un guide visant à donner aux services de l'Etat et aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils pour : faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant ; recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, et construire le cas échéant des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre ; contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre, et la faire connaître des médecins traitants et des patients.

Mots-clés : médecin traitant, parcours de soins, activité physique adaptée à la gravité de la pathologie, patients en affection de longue durée (à limitations sévères, modérées, minimales, sans limitations), professionnels de santé, professionnels du sport, titulaires d'un diplôme en activité physique adaptée (enseignants en activité physique adaptée), éducateurs sportifs, diplômes, titres à finalité professionnelle, certificats de qualification, certifications délivrées par les fédérations sportives, Comité national olympique et sportif français (CNOSF), dispositifs intégrés.

Textes de référence :

Code de la santé publique : articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5

Rapport du groupe de travail du Pr Xavier Bigard "*Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?*" remis au Directeur général de la santé le 20 juin 2016

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf

Programme National Nutrition Santé 2011-2015

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

INSTRUCTION N°DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les Agences Régionales de Santé (ARS)

INSTRUCTION N°EA3/DGS/2012/45 du 29 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la déclinaison pour l'Outre-mer du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les Agences Régionales de Santé (ARS)

<p>INSTRUCTION N°DS/DSB2/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012</p>
<p>INSTRUCTION N°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé</p>
<p>Circulaires abrogées : néant</p>
<p>Circulaires modifiées : néant</p>
<p>Annexe : Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée</p> <p>Annexe 1 - Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants</p> <p>Annexe 2 - Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée</p> <p>Annexe 3 - Tableau des compétences nécessaires aux professionnels et personnes habilités à dispenser l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant aux patients atteints d'affections de longue durée</p> <p>Annexe 4 - Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants</p>

1. L'activité physique, un déterminant reconnu pour l'amélioration de la santé et promu dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), du Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE) et du Plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA)

L'activité physique est un déterminant de santé en soi comme l'attestent les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et les différentes expertises menées : de nombreuses études montrent qu'elle contribue à réduire les risques de survenue de la plupart des maladies chroniques en particulier: diabète de type 2, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires, cancer. De plus, la pratique de l'activité physique permet d'améliorer l'état clinique, de réduire les complications et les risques de récurrences de plus de 26 pathologies chroniques. A titre d'exemple, la pratique régulière de l'activité physique après diagnostic de cancer est associée entre autres à une réduction de 40% de la mortalité globale et à une amélioration de la qualité de vie et de la fatigabilité. Elle s'accompagne aussi d'une réduction de 25 à 30% de la mortalité cardiovasculaire des patients coronariens, d'une amélioration de l'état clinique et d'une réduction des hospitalisations des patients insuffisants cardiaques. Enfin, elle permet d'améliorer l'équilibre glycémique de patients diabétiques de type 2 et de réduire de manière importante la morbidité cardiovasculaire de ces patients.

La Haute Autorité de Santé reconnaît depuis 2011 le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de cette thérapeutique non médicamenteuse et travaille actuellement à définir des recommandations de prescription de l'activité physique par le médecin traitant pour ces patients, recommandations qui devraient paraître dans le courant de l'année 2017.

Le PNNS 2011-2015 a développé un axe spécifique sur le développement de l'activité physique qui est le socle du Plan national sport, santé, bien-être initié fin 2012 en lien avec le ministère des sports. Il en est de même pour le PNAPPA qui prévoit également la promotion

et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives en direction des séniors.

Le Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE), co-piloté par le ministère chargé des sports et le ministère chargé de la santé, a fait l'objet d'une instruction commune n° DS/DSB2/SG/DGS/2012/434 du 24 décembre 2012, aux ARS et DR-D-JSCS, leur demandant de lancer la constitution de réseaux sports – santé - bien-être au niveau régional, en mettant à profit les ressources humaines et financières des deux côtés.

Conformément à cette instruction, les ARS et les DR-D-JSCS se sont mobilisées pour promouvoir l'activité physique comme facteur de santé, avec la signature des conventions-cadre, afin de déterminer les modalités de collaboration entre les deux institutions et l'élaboration conjointe des Plans Régionaux « Sport, Santé, Bien-être » avec pour perspectives la mise en place des réseaux « sport-santé ». Cette démarche a également été inscrite comme priorité du Schéma Régional de Prévention, élément du Projet Régional de Santé. De nombreuses collectivités ont développé des projets locaux de type « sport sur ordonnance » en s'articulant notamment avec les contrats locaux de santé. Par ailleurs, nombreux sont les réseaux de santé et les plateformes « sport-santé » qui proposent un cycle éducatif en activité physique adaptée (APA) pour aider les personnes les plus fragilisées à combler un déficit de ressources physiques, psychologiques et sociales avant d'être orientées vers une pratique dans des dispositifs de droit commun. De même certains établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap développent la pratique d'une activité physique sportive adaptée encadrée par un professionnel spécifiquement formé.

2. Le renforcement du recours à l'activité physique opéré par la loi de modernisation de notre système de santé

L'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé consacre à l'article L.1172-1 du code de la santé publique la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée (ALD), adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru. Les modalités d'application de cet article ont été précisées par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (codifié aux articles D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique). Dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, il est prévu d'accroître le recours aux activités physiques comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la prescription de l'activité physique, qui soit adaptée aux capacités fonctionnelles, aux risques médicaux des patients en ALD, et aux bénéfices attendus, par les médecins traitants.

A cette fin, il est mis à la disposition des ARS et des DR-D-JSCS un guide visant à donner aux services de l'Etat, aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux, de l'Activité Physique Adaptée et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils et des éléments pour impulser, faciliter et accompagner le recours à l'activité physique pour les patients en ALD, à co-construire des réseaux capables de proposer une offre pérenne d'activités physiques par des personnes et des structures disposant des moyens et des compétences nécessaires, à mobiliser les fonds publics et privés nécessaires et à permettre l'information des autorités et du public sur l'offre disponible en matière d'activités physiques.

Les plans régionaux « Sport, Santé, Bien-être » ont permis le développement de structures relevant du monde de la santé et du sport (réseaux sport-santé) qui présentent des modes de fonctionnement différents et qui font appel à des intervenants ayant des niveaux différents de formation. Néanmoins, le point central du dispositif demeure le médecin traitant qui oriente le patient vers une pratique d'activité physique qui soit adaptée à son état clinique et

aux bénéfiques attendus, et en assure le suivi médical. La variété de l'offre constitue un avantage pour le développement de la prescription d'une activité physique qui se pratique dans des environnements divers (secteur de soins, du médico-social, du sport, de la ville, etc.).

Le mode de financement annuel des actions et dispositifs d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques, tels que les réseaux sport-santé constitue un des freins à leur développement. Une sécurisation de ces actions et dispositifs, avec une inscription dans la durée, serait envisageable dans le cadre de financements pluriannuels. La poursuite du financement permettra aussi aux personnes éloignées de la pratique en raison des difficultés financières et sociales de poursuivre ce type de programme dans la durée.

3. Pilotage et animation du dispositif

Dans le cadre du déploiement, de l'accompagnement et de l'évaluation du dispositif précités, nous vous demandons de renforcer son animation, en permettant et en assurant un co-pilotage renforcé par les ARS et les DR-D-JSCS dans chaque région.

Ce pilotage renforcé, visant à faciliter, impulser et dynamiser toutes les initiatives et tous les projets en cours au niveau régional, s'organisera sous l'égide de l'ARS et de la DR-D-JSCS.

Il devra associer tous les acteurs concernés (services de l'Etat, représentants du monde sportif et de la santé, représentants du secteur médico-social, représentants de l'activité physique adaptée, de l'assurance maladie, des collectivités locales, représentants d'usagers, mutuelles, assurances et complémentaires santé et tout partenaire intéressé et mobilisé par ce dispositif).

En fonction des contextes et enjeux territoriaux, un comité de pilotage spécifique, co-présidé par l'ARS et la DR-D-JSCS et associant tous les partenaires concernés, pourra utilement être créé.

Il aura pour mission :

- d'assurer la coordination et la synergie des acteurs concernés et en lien avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental ;
- de mobiliser les financeurs possibles y compris les moyens mobilisables dans le cadre de la conférence des financeurs ;
- d'être le réceptacle et la diffusion d'échanges de bonnes pratiques ;
- d'assurer la cohérence avec les plans, programmes, et schémas en cours ou à venir (Projet Régional de Santé, Plan Régional Sport Santé Bien Etre, Schéma régional de développement du sport,) ainsi que le programme coordonné de la prévention de la perte d'autonomie établi par la conférence des financeurs ;
- de coordonner les besoins des prescripteurs et des offreurs d'activités physiques et sportives adaptées ;
- de piloter l'évaluation générale du dispositif et d'assurer les synergies avec le monde de la recherche en région ;
- d'être le garant du dispositif « Sport et Santé » régional.

Pour ce faire, il pourra être réalisé, plus précisément :

1) Le recensement de l'offre disponible au niveau de chaque région en matière d'activité physique adaptée aux limitations fonctionnelles des patients. Le recensement opéré devrait permettre aux médecins traitants d'orienter les patients en

fonction des compétences d'encadrement présentes, ainsi qu'aux patients de choisir l'activité de leur choix ;

2) La mise à disposition sur les sites internet des ARS et DR-D-JSCS de cette offre ;

3) La mise en place de dispositifs intégrés associant activité physique et santé.

Dans ce cadre, il est recommandé de poursuivre et d'intensifier l'utilisation des contrats locaux et/ou territoriaux de santé et d'y inscrire un axe sport-santé, mais également de mobiliser tous les outils à disposition (plateformes territoriales d'appui, réseaux sports et santé, conventions de partenariats (Etat/collectivités locales), actions innovantes et d'expérimentation, actions individuelles et collectives de prévention du programme coordonné de la conférence des financeurs).

4) Le soutien des projets concourant à la mise en œuvre du dispositif d'activité physique adaptée pour les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée. Le décret pris en application de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé doit favoriser le recours à la pratique d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse. Une montée en puissance d'une telle offre de prise en charge des patients est à encourager.

Vous voudrez bien procéder à une large diffusion du guide ci annexé à tous vos partenaires concernés notamment aux professionnels de santé par l'intermédiaire des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Il vous est demandé de dresser un premier bilan du dispositif mis en place pour la fin de l'année 2017. Des éléments complémentaires vous seront transmis ultérieurement afin de vous aider dans l'élaboration de ce premier bilan et prendront en compte la nécessaire progressivité de mise en œuvre de ce nouveau dispositif. Celui-ci constituera la première base d'un dispositif d'évaluation d'ensemble.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout complément ou échange d'information que vous souhaiteriez obtenir.

Pour la ministre et par délégation :
Le secrétaire Général des ministères
chargés des affaires sociales,

signé

P. RICORDEAU

Pour la ministre et par délégation :
Le Directeur général de la santé,

signé

B. VALLET

Pour la ministre et par délégation :
La Directrice générale de l'enseignement
supérieur et de l'insertion professionnelle,

signé

S. BONNAFOUS

Pour la ministre et par délégation :
La Directrice des sports,

signé

L. LEFEVRE



Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports

**Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de
l'activité physique adaptée**

Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée.

Le présent guide a pour vocation d'expliciter les dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique et de favoriser la mise en place de systèmes intégrés permettant le développement de l'activité physique adaptée à l'état clinique **et aux capacités physiques** au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) de patients en affection de longue durée.

Il convient tout d'abord de rappeler les dispositions législatives et réglementaires dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1er mars 2017.

1. Qu'est-ce que l'activité physique adaptée à l'état clinique de patients ?

En application de l'article L1172-1 du CSP, il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

L'article D.1172-1 du CSP introduit par le décret du 30 décembre 2016 précité dispose que cette activité physique, adaptée à l'état clinique du patient, consiste en la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une activité physique supervisée a pour but à terme, de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière, afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques (pouvant inclure des activités sportives), et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

2. Qui peut prescrire une activité physique, quelles en sont les indications et quelles sont les modalités de suivi de l'activité physique ?

Aux termes de l'article L.1172-1 du CSP, c'est le médecin traitant qui prescrit une activité physique dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée. Il s'agit du médecin traitant au sens des articles L.324-1 et L.162-5-3 du code de la sécurité sociale pour les personnes reconnues en affection de longue durée au bénéfice desquelles est établi un protocole de soins. Il faut entendre le parcours de soins comme étant un parcours coordonné des soins (soins ambulatoires, soins hospitaliers, recours à des professionnels de santé etc.). Le médecin traitant déclaré à la sécurité sociale par le patient oriente ce dernier dans le parcours de soins. Il peut lui recommander la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie.

Le dernier alinéa de l'article D.1172-2 du code de la santé publique prévoit que le médecin traitant doit utiliser un formulaire spécifique. Ce modèle est joint en annexe 1. Ce formulaire peut être téléchargé sur le site du ministère chargé de la santé et des ARS. Il peut également être téléchargé sur le site des DR-D-JSCS ainsi que sur celui du pôle ressources « sport, santé, bien-être ».

Il est à noter que ni la prescription, ni la dispensation d'une activité physique ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

La pratique d'une activité sportive, toujours adaptée aux limites fonctionnelles des patients, peut nécessiter la présentation d'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport lorsqu'elle nécessite que le pratiquant soit titulaire d'une licence délivrée par une fédération sportive. Le certificat médical est alors délivré dans les

conditions prévues par les articles L. 231-1 à L. 231-2-3 et D. 231-1-1 à D. 231-1-5 du code du sport.

Conformément à l'article D.231-1-1, le certificat médical qui permet d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport mentionne, s'il y a lieu, la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée. Il peut, à la demande du licencié, ne porter que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

Selon l'article D.1172-4 du code de la santé publique, « *La prise en charge du patient est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice* ».

En application de l'article D.1172-5 du code de la santé publique, l'intervenant doit transmettre "périodiquement" un compte rendu du déroulement de l'activité au médecin traitant, avec l'accord du patient, qui doit recevoir copie de ce compte rendu. L'intervenant "peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents de celle-ci". Le médecin traitant peut, de son côté, adresser le patient vers d'autres professionnels et intervenants, conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article D.1172-3 du code de la santé publique.

3. Quels sont les professionnels pouvant dispenser sur prescription médicale une activité physique, adaptée à l'état clinique des patients ?

L'article D.1172-2 du code de la santé publique énumère les intervenants pouvant dispenser cette activité.

Il s'agit :

1° Des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1, à savoir les **masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens** (dans le respect de leurs compétences respectives) ; les masseurs-kinésithérapeutes, conformément à l'annexe II-1 de l'article A. 212-1 du code du sport, sont autorisés à encadrer la pratique de la gymnastique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physique et sportive et peuvent, dans les conditions précitées, exercer la fonction d'éducateur sportif.

2° Des professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée (APA) délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, à savoir les professionnels issus de la filière universitaire STAPS « activité physique adaptée et santé », autrement dit **les enseignants en activité physique adaptée (titulaires d'une licence mention STAPS, parcours-type APAS ou d'un master mention STAPS APAS)**.

3° Des professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée :

«-les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport ;
«- les professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles qui sont énumérés dans une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

Il s'agit des éducateurs sportifs, des fonctionnaires et des militaires figurant à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles. Il s'agit également des professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification

professionnelle (CQP), attestant de l'acquisition des compétences requises et figurant également sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles. Les TFP et les CQP figurent sur une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé.

4° Des personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 du décret du 30 décembre 2016 précité et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé, sur proposition du Comité national olympique et sportif français.

Il s'agit des personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée, garantissant les compétences permettant à l'intervenant d'assurer la pratique d'activité physique. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministères chargés des sports et de la santé.

S'agissant de la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge par l'activité physique des patients en ALD, et conformément aux recommandations du rapport du Pr Bigard, il vous est demandé d'encourager la mise en place de collaborations entre les différents acteurs locaux intervenant auprès des patients (professionnels de santé, enseignants en APA, éducateurs sportifs) dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

4. Quels sont les patients auxquels peut être prescrite et dispensée une activité physique ?

Les dispositions de l'article 144 (article L.1172-1 du CSP) et du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 précité concernent les patients en affection de longue durée.

Le décret précité fait une distinction importante entre la dispensation de l'activité physique, adaptée à l'état clinique pour les patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères et la dispensation pour les patients souffrant de limitations fonctionnelles moins sévères. En effet, les patients atteints d'affections de longue durée peuvent être considérés en fonction de leur état clinique et leur **profil fonctionnel**. Les affections de longue durée (ALD) peuvent se présenter avec différents niveaux de gravité, d'atteinte organique, de potentiel d'évolutivité qui retentissent sur leur autonomie.

Le rapport du Pr X. Bigard recense 4 principaux phénotypes fonctionnels reposant sur différents niveaux d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles, ainsi qu'en fonction de la perception de la douleur. Ces phénotypes sont envisagés selon 4 niveaux d'altérations : **sévère, modérée, minime** et **sans limitation** (extrait : rapport du Pr X. Bigard - annexe 2). **La détermination du profil fonctionnel revient au médecin traitant qui, pour ce faire, conformément aux règles de bonne pratique médicale, peut s'appuyer sur les critères reportés en annexe 2.** Le fait d'inclure initialement un patient dans un phénotype particulier n'est pas définitif. L'évolution de l'état clinique du patient retentira sur ses grandes fonctions, sur son niveau d'autonomie, ce qui impliquera une évolution de son phénotype fonctionnel dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation. Il est important, pour le médecin traitant, de suivre régulièrement l'évolution du phénotype fonctionnel des patients par un processus d'évaluation des fonctions locomotrices, cognitives et sensorielles qui peut prendre appui sur un bilan établi par les professionnels dispensant l'activité physique. Des exemples de bilan établi par des masseurs kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des psychomotriciens seront fournis à titre d'exemple ultérieurement et mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé.

4.1 La prescription et la dispensation de l'activité physique aux patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères

L'article D.1172-3 du code de la santé publique précise que « 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 (c'est-à-dire les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens) sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

« Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 (c'est-à-dire les enseignants en activité physique adaptée) interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers ».

Pour la qualification des limitations fonctionnelles sévères, il convient de se référer à l'annexe 11-7-2 infra qui est issue des recommandations du rapport du Pr X. Bigard (cf. annexe 2 - dernière colonne correspondant aux limitations sévères).

L'appréciation de ces limitations ou de leur atténuation revient toujours au médecin traitant qui est responsable de l'orientation du patient vers tel ou tel professionnel ; pour ce faire, il peut s'appuyer sur les critères reportés dans l'annexe 11-7-2. Il peut apprécier que le simple fait de présenter un de ces critères ne suffit pas à considérer le patient comme atteint de limitations sévères. Une limitation sévère peut résulter d'une combinaison de plusieurs de ces critères.

Annexe 11-7-2 : critères d'évaluation des limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée, au regard d'altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie mentionnée à l'article D. 1172-3
1. Fonctions locomotrices
-Fonction neuromusculaire : Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
-Fonction ostéoarticulaire : Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
-Endurance à l'effort : Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
-Force : Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
-Marche : Distance parcourue inférieure à 150 m
2. Fonctions cérébrales
-Fonctions cognitives : Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
-Fonctions langagières : Empêche toute compréhension ou expression
-Anxiété/ Dépression : Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ ou de dépression

3-Fonctions sensorielles et douleur
-Capacité visuelle : Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
-Capacité sensitive : Stimulations sensibles non perçues, non localisées
-Capacité auditive : Surdité profonde
-Capacité proprioceptives : Déséquilibres sans r��quilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
-Douleur : Douleur constante avec ou sans activité

Si l'on se réfère, au titre des recommandations de bonne pratique médicale, au tableau des interventions des professionnels et autres intervenants (annexe 4) qui a pour objet de fournir un cadre de référence sur l'orientation des patients selon leurs phénotypes (ou profils) fonctionnels, en fonction des différents cœurs de métiers des professionnels et autres intervenants, les masseurs kinésithérapeutes conformément à l'article R. 4321-13 du code de la santé publique et à l'article A 212-1 du code du sport encadrent la pratique de l'activité physique, les ergothérapeutes et les psychomotriciens peuvent intervenir respectivement sur la base des articles R.4333-1 et R.4332-1 du code de la santé publique pour pratiquer des actes de r  ducation qui leur sont autorisés et sur la base de l'article D. 1172-3 dudit code pour dispenser l'activité physique. **Pour les patients présentant "des limitations fonctionnelles sévères"**, les professionnels de santé cités au 1   de l'article D. 1172-2 réalisent un bilan fonctionnel permettant d'évaluer isolément ou conjointement les capacités locomotrices, cérébrales et sensorielles. Le cas échéant, ce bilan peut relever d'une évaluation pluridisciplinaire.

4.2 La prescription et dispensation de l'activité physique aux patients en ALD qui ne présentent pas de limitations sévères

Pour ces patients présentant d'autres limitations fonctionnelles que sévères (modérées, minimes ou aucune limitation), le médecin peut prescrire une activité physique et les orienter de préférence vers les professionnels mentionnés dans les recommandations issues du rapport du Pr X. Bigard (cf. : annexe 4) en fonction des compétences et savoir-faire qu'il estime nécessaires. Ces recommandations sont en effet appelées à être reprises par les sociétés savantes.

5. Quelles sont les structures proposant une offre d'activité physique ?

Les ARS et les DR-D-JSCS organiseront sur leur site internet respectif la liste des structures proposant une offre d'activité physique.

Il vous appartiendra d'organiser le cas échéant au niveau régional des comités de pilotage ARS – DR-D-JSCS avec leur différents partenaires afin d'aider à la mise en place du dispositif, de mobiliser les financeurs possibles et de lancer des appels à projets en vous appuyant sur les modèles existants, tels que les contrats locaux de santé.

ANNEXE 1 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

Tampon du Médecin	
--------------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

ANNEXE 2 – TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS						
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère	
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire	neuro	Normale	Altération minimale 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
	Fonction articulaire	ostéo	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou 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
	Endurance à l'effort		Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force		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
	Marche		Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec sexe=0 pour les femmes, sexe=1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.

ANNEXE 2 – TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE

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
	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 critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive 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
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familial	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familial
	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	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

ANNEXE 3 – TABLEAU DES COMPETENCES NECESSAIRES AUX PROFESSIONNELS ET PERSONNES HABILITES A DISPENSER L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE PRESCRITE PAR LE MEDECIN TRAITANT AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

TABLEAU DES COMPETENCES				
Limitations Compétences	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
- 1 - Assurer l'éducation pour la santé et/ou participer à une éducation thérapeutique.	Etre capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Etre capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Etre capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.	Etre capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.
- 2 - Savoir réaliser l'évaluation initiale de la situation du patient, en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels.	Mettre en œuvre des évaluations fonctionnelles propres à la pratique physique envisagée. Evaluation des freins, ressources individuelles, et capacités de la personne à s'engager dans une pratique autonome, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Etre capable, le cas échéant, d'adapter les évaluations fonctionnelles à la situation de la personne. Evaluation des freins, ressources individuelles, et capacités de la personne à s'engager dans une pratique adaptée aux limitations, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Etre capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Evaluation des freins, ressources individuelles, et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.	Etre capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Evaluation des freins, ressources individuelles, et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.
- 3 - Etre capable de concevoir, co-construire et planifier un programme d'activité	Etre capable de concevoir une séance d'activité physique en suscitant participation et adhésion de la part du patient.	Savoir opérer des adaptations simples sur les activités physiques, dans un objectif de tolérance et d'autonomie	Etre capable d'identifier les modalités de pratique et leurs adaptations pédagogiques les plus appropriées à l'état des	Etre capable de fixer des objectifs cohérents en termes d'amélioration de l'état de santé, et d'ajuster le programme

ANNEXE 3 – TABLEAU DES COMPETENCES NECESSAIRES AUX PROFESSIONNELS ET PERSONNES HABILITES A DISPENSER L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE PRESCRITE PAR LE MEDECIN TRAITANT AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

<p>physique individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne.</p>		<p>dans la pratique.</p>	<p>personnes et aux objectifs définis dans l'évaluation initiale. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.</p>	<p>d'activité physique en fonction des réponses du patient. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.</p>
<p>- 4 - Savoir mettre en œuvre un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique).</p>	<p>Etre capable d'animer une séance d'activité physique et sportive (APS), de repérer toute altération de la tolérance des séances, d'évaluer les progrès au sein de la pratique, d'entretenir la motivation des pratiquants.</p>	<p>Savoir transformer les APS pour les enseigner (mise en œuvre des apprentissages moteurs et développement des aptitudes), en tenant compte des contraintes associées aux activités physiques en rapport avec des limitations minimales. Savoir évaluer les séances pédagogiques au moyen d'outils adaptés aux déficits des patients (adhésion, motivation, progrès) et leur tolérance.</p>	<p>Etre capable d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à s'assurer d'une balance bénéfico-risque favorable. Maîtriser les méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés (approche ciblée et personnalisée).</p>	<p>Être capable</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à s'assurer d'une balance bénéfico-risque favorable. - de concevoir des adaptations permanentes et évolutives des AP adaptées, voire de construire de nouvelles modalités de pratiques compatibles avec des limitations fonctionnelles sévères. - d'utiliser des méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés.

ANNEXE 3 – TABLEAU DES COMPETENCES NECESSAIRES AUX PROFESSIONNELS ET PERSONNES HABILITES A DISPENSER L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE PRESCRITE PAR LE MEDECIN TRAITANT AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

<p>- 5 - Savoir évaluer à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels).</p>	<p>Etre capable d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients.</p>	<p>Etre capable - d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Etre capable - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients, - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Etre capable - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients, - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>
<p>- 6 - Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique.</p>	<p>Disposer des connaissances nécessaires à la bonne exécution des gestes de secours destinés à préserver l'intégrité physique d'une victime en attendant l'arrivée des secours organisés. (attestation PSC-1)</p>	<p>Etre capable de - sécuriser la zone de l'accident, - collecter et transmettre les renseignements importants sur la situation, l'état du blessé aux services de secours, - agir face à un blessé qui présente une hémorragie externe, une perte de connaissance, un arrêt cardiaque, un traumatisme d'un membre dans le cadre d'une activité sportive, en évitant l'aggravation de l'état du blessé.</p>	<p>Etre capable - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur), - de transmettre une alerte aux services de secours. - d'éviter l'aggravation de l'état du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>	<p>Etre capable - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur), - de transmettre une alerte aux services de secours. - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>

ANNEXE 3 – TABLEAU DES COMPETENCES NECESSAIRES AUX PROFESSIONNELS ET PERSONNES HABILITES A DISPENSER L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE PRESCRITE PAR LE MEDECIN TRAITANT AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

<p>- 7 - Connaître les caractéristiques générales des principales pathologies chroniques.</p>	<p>Connaissances très générales sur la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité.</p>	<p>Connaissances très générales sur - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité, - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients.</p>	<p>Connaissances très générales sur - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité, - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients, - les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients, - les effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>	<p>Connaissances très générales sur - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité, - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients, - les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients, - effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>
---	--	--	---	---

ANNEXE 4 - TABLEAU DES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS ET AUTRES INTERVENANTS

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Métiers	Limitations			
	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens <small>(dans leur champ de compétences respectif)</small>	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés

¹ Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

SIGLES UTILISES

ALD :	Affection longue durée
ARS :	Agence régionale de santé
APA :	Activité physique adaptée
APS :	Activité physique et sportive
CNDS :	Centre national pour le développement du sport
CROS :	Comité régional olympique et sport
CNOSF :	Comité national olympique et sportif français
DRJSCS :	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIR :	Fonds d'intervention régional
HAS :	Haute autorité de santé
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ONAPS :	Observatoire national de l'activité physique et sportive
OMS :	Organisation mondiale de la santé