



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité



RAPPORT DE LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE SPORT-SANTÉ

'DELANDRE'



Chef de mission :

Dr Dominique Delandre

Membres :

Mme Nathalie Bonnefoy

Pr François Carré

Mme Odile Diagana

Mr Stéphane Diagana

Pr Martine Duclos

Dr Alexandre Feltz

Mr Olivier Dupuy

Dr Didier Ellart

Pr François Genet

Mme Line Malric

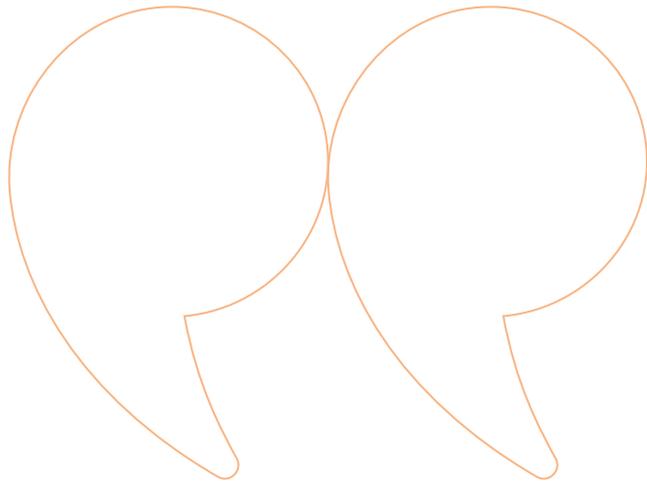
Remis le 7 avril 2025

Travaux conduits de novembre 2022 à 2023

SOMMAIRE

1.	SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS	5
2.	DÉFINITIONS ESSENTIELLES	11
3.	PROBLÉMATIQUE DE LA SÉDENTARITÉ ET DE L'INACTIVÉ PHYSIQUE ET DE LEUR PRÉVENTION, ÉTAT DES LIEUX	13
3.1	PRÉAMBULE	14
3.2	RETENTISSEMENT HUMAIN ET ÉCONOMIQUE DES MALADIES CHRONIQUES	14
3.3	SÉDENTARITÉ ET INACTIVITÉ PHYSIQUE EN FRANCE, UN ÉTAT DES LIEUX ALARMANT	15
3.4	BÉNÉFICES SANITAIRES DE LA PRÉVENTION PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	16
3.5	RETENTISSEMENT ÉCONOMIQUE DE LA PRÉVENTION PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	18
3.6	PRIORITÉS ACTUELLES	20
3.7	LES PRÉCONISATIONS PROPOSÉES POUR LE DÉVELOPPEMENT DU SPORT-SANTÉ EN FRANCE	21
4.	OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION 'DELANDRE'	23
4.1	SAISINE DE LA MISSION ET CONSTITUTION DU GROUPE D'EXPERTS	24
4.2	MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION	24
4.3	ÉTAT DES LIEUX DES ACTIONS PRÉCONISÉES ET MISES EN PLACE DANS LE DOMAINE DU SPORT-SANTÉ	24
4.4	RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES	25
5.	RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS	35
5.1	RECOMMANDATIONS POUR LA JEUNESSE	36
5.2	RECOMMANDATIONS POUR LES PERSONNES ÂGÉES	38
5.3	ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE	39
5.4	FORMATION, SENSIBILISATION ET RECONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS	42
5.5	FINANCEMENT DU SPORT-SANTÉ ET DES MAISONS SPORT-SANTÉ	44

5.6	GOUVERNANCE ET STRUCTURATION DU SPORT-SANTÉ	45
5.7	INFORMATION - COMMUNICATION - SENSIBILISATION	47
5.8	PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	48
5.9	POPULATION GÉNÉRALE ADULTE	49
5.10	PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE EN MILIEU PROFESSIONNEL	49
5.11	ÉQUIPEMENTS SPORTIFS ET URBANISME	51
5.12	FACILITER LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES	51
6.	EN CONCLUSION	53
7.	ANNEXES	55
7.1	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PRÉ-AUDITION SUR LE SPORT-SANTÉ	56
7.2	ANNEXE 2 : LISTE ET CONTACT DES ENTITÉS ET PERSONNES AUDITIONNÉES DANS LE CADRE DE LA MISSION	57
7.3	ANNEXE 3 : PROPOSITIONS PHYSIQUE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE ET LES MAISONS SPORT-SANTÉ. DES RAPPORTS ET ENQUÊTE ANTÉRIEURES CONCERNANT L'ACTIVITÉ	60
7.4	ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE ARS / DRAJES	61
8.	BIBLIOGRAPHIE	63



1

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

JEUNESSE

1. Évaluer chaque année avec le même test validé scientifiquement la capacité physique des élèves au moins en collège et lycée, et si possible en primaire (CM1, CM2) ainsi que leur niveau d'activité physique et de sédentarité.
2. Proposer des cours spécifiques de développement de la capacité physique par les enseignants en éducation physique et sportive aux élèves qui présentent un niveau de capacité physique le nécessitant.
3. Orienter, si nécessaire les élèves vers de l'activité physique adaptée extra-scolaire, via notamment les maisons sport-santé.
4. Mettre en place des certificats ou attestations temporaires justifiant des adaptations de la pratique de l'éducation physique et sportive dictées par l'état de santé de l'élève.
5. Faire la promotion du pass'sport en début et fin d'année scolaire via les écoles et les collèges pour inciter plus de jeunes à en profiter.
6. Former tous les enseignants aux méfaits de la sédentarité et de l'inactivité physique et aux bienfaits physiques, psychiques et cognitifs de l'activité physique et sportive régulière.

SÉNIORS

1. Évaluer la capacité physique et/ou la force musculaire des seniors et encourager la pratique d'activité physique ou sportive lors des sessions de préparation à la retraite.
2. Faire des campagnes de communication, tant au niveau local que national, destinées aux seniors pour promouvoir les bonnes pratiques des activités physiques et sportives.
3. Assurer un cadre de formation commun pour les professionnels de la santé et des activités physiques et sportives pour leur prescription et leur suivi, adaptées spécifiquement aux seniors.
4. Généraliser au moins un mi-temps de professionnel en activité physique adaptée au sein de chaque EHPAD et résidence pour les personnes âgées.
5. Remboursement par l'assurance maladie des séances d'activité physique adaptée pour la prévention des chutes chez les personnes âgées ou à risque.

FINANCEMENT DE L'APA À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

1. Faire reconnaître et financer par l'Assurance Maladie les programmes d'APA à visée thérapeutique prescrits à la suite d'une consultation médicale, selon les préconisations de la Haute Autorité de Santé.
2. Intégrer la prescription d'APA dans la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) qui sera prochainement remplacée par un forfait sur la prévention primaire et secondaire (FPPS).

FORMATION, SENSIBILISATION ET RECONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS

1. Inclure dans la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé des modules obligatoires sur l'impact de l'AP sur la santé, la promotion de l'AP et la prescription de l'APA à visée thérapeutique.
2. Charger les délégués formés de l'assurance maladie de sensibiliser les médecins à la promotion de l'AP et à la prescription de l'APA à visée thérapeutique.
3. Reconnaître les enseignants en activité physique adaptée santé en tant qu'auxiliaires médicaux.
4. Concevoir et mettre en place un socle commun national et validé de formation des éducateurs sportifs à l'encadrement des personnes concernées par le sport-santé.

FINANCEMENT DU SPORT-SANTÉ ET DES MAISONS SPORT-SANTÉ

1. Instaurer un financement de fonctionnement pérenne par l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).
2. Compléter le financement national du sport-santé par des financements locaux : Fonds d'Intervention Régional (FIR), ARS, DRAJES avec de fortes incitations ministérielles, les conférences régionales du sport et les collectivités territoriales.
3. Réaffecter une partie (30 %) de l'enveloppe des taxes affectées sur les paris sportifs (Française des Jeux) vers le sport-santé et en particulier pour le soutien financier aux Maisons Sport-Santé. Une participation des clubs sportifs professionnels pourrait également être envisagée.

GOUVERNANCE ET STRUCTURATION DU SPORT-SANTÉ

1. Nommer de façon pérenne un délégué interministériel en charge de l'activité physique et sportive pour la santé dans toutes ses dimensions, en prévention primaire, secondaire et tertiaire, avec un interlocuteur référent dans chaque ministère impliqué.
2. Établir un cahier des charges national et commun pour des plateformes numériques régionales qui centralisent les dispositifs sport-santé, les filières, les retours d'expériences et qui diffusent le langage commun et les messages forts du sport-santé.
3. Nommer des référents sport-santé territoriaux, régionaux et/ou départementaux, dans les structures déconcentrées de l'État bien identifiées par les collectivités et tous les acteurs du sport-santé.
4. Identifier des structures ressources territoriales et leur donner les moyens humains et financiers d'accompagner le développement du sport-santé, notamment dans les territoires ruraux et carencés.
5. Inscire l'information / la sensibilisation / la formation des professionnels de santé dans les missions socles des communautés professionnelles territoriales de santé.
6. Inciter les collectivités locales à développer une stratégie sport-santé selon une approche globale et transversale en s'appuyant sur la maison sport-santé ressource régionale et/ou la maison sport-santé d'appui départementale.
7. Inscire systématiquement la mise en place et le développement du sport-santé dans les contrats locaux de santé.
8. Travailler de manière collaborative en réseau.

INFORMATION - COMMUNICATION - SENSIBILISATION

1. Lancer des campagnes nationales sur les méfaits de l'inactivité physique et de la sédentarité et sur les bienfaits physiques, psychiques, cognitifs et sociaux de l'activité physique et sportive.
2. Étendre ou adapter systématiquement les messages aux personnes en situation de handicap visible ou invisible, de maladie chronique, de perte d'autonomie.
3. Organiser annuellement une semaine ou au moins une journée nationale du sport-santé
4. Créer un pool d'ambassadeurs du sport-santé qui sensibiliseraient la population sur les bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique ou sportive.
5. Sensibiliser et former les élus à la thématique du sport-santé avec désignation d'un référent-communicant dans chaque territoire.
6. Diffuser largement auprès des collectivités les fiches d'actions de l'Association Nationale des Élus en charge du Sport (ANSES) et de Paris 2024 dans le cadre de son Héritage.
7. Sensibiliser tous les professionnels de santé, en particulier les pharmaciens, les infirmières, les aides-soignants à la promotion de l'activité physique ou sportive.

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

1. Assurer le « zéro reste à charge » de l'appareillage de parasport.
2. Assurer la formation des professionnels de santé, mais également les techniciens du sport aux particularités et au suivi spécifique des personnes vivant avec un handicap.
3. Généraliser les accès « Personnes à Mobilité Réduite » des équipements sportifs et mener une réflexion sur leur accessibilité depuis les lieux de vie des personnes en situation de handicap.
4. Intégrer dans le cahier des charges des maisons sport-santé des critères spécifiques au parasport-santé.
5. Créer des groupes de réflexion territoriaux multidisciplinaires incluant les usagers afin que les réponses à la pratique du parasport se rapprochent au plus près du territoire (forces et faiblesses) et des usagers.
6. Établir un data hub national des données de pratique afin de pouvoir s'appuyer sur des données fiables permettant d'adapter les politiques de développement.

POPULATION GÉNÉRALE ADULTE

1. Évaluer la capacité physique et/ou la force musculaire de la population générale adulte lors du service national universel (SNU) et lors des rendez-vous bilan prévention à 25, 45 et 65 ans.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE EN MILIEU PROFESSIONNEL

1. Concevoir et diffuser le plus largement possible, en privilégiant la forme numérique, un kit de sensibilisation et de promotion des activités physiques et sportives et de diminution du temps de sédentarité en milieu professionnel.
2. Inciter à améliorer l'ergonomie des bureaux pour diminuer la sédentarité sans bouger.
3. Étendre la portée du décret n°2021-680 du 28 mai 2021 relatif à la pratique du sport en entreprise et à l'exonération des cotisations et contributions sociales dont elle bénéficie, aux prestations d'accompagnement des employeurs à la mise en place de dispositifs d'activité physique ou sportive en milieu professionnel selon l'approche de l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.
4. Favoriser l'implication du médecin du travail, médecin de prévention par excellence dans la prescription de l'activité physique adaptée en particulier aux personnes présentant des facteurs de risque en accord avec l'élargissement de celle-ci selon le décret n° 2023-234 du 30 mars 2023.
5. Étudier la possibilité de valoriser, par un label ou autre outil, les structures professionnelles qui respectent le cahier des charges de la norme de l'Association Française de normalisation (AFNOR) « Activités Physiques en milieu professionnel ».

ÉQUIPEMENTS SPORTIFS ET URBANISME

1. Créer des voies sécurisées pour faciliter les mobilités actives dans la vie quotidienne.
2. Créer des espaces sportifs de plein air en accès libre.
3. Rénover et construire de nouveaux équipements sportifs en particulier dans les territoires sous-dotés.
4. Mutualiser les équipements à l'échelle d'un territoire pour optimiser leur fréquentation et limiter les coûts.

FACILITER LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

1. Favoriser la mise en place par les collectivités locales d'ateliers d'APS ouverts à tous les publics et ne nécessitant pas de certificat médical de non contre-indication.
2. Accueillir et organiser des événements sportifs grand public, de niveau régional, national.
3. Valoriser les labels favorisant la pratique sportive pour tous et qui récompensent des collectivités locales pour leur politique sportive.
4. Créer une application numérique unique centralisant les offres des associations sportives et les sites de pratique au niveau d'un territoire, avec les horaires d'ouverture et d'accès au grand public.
5. Promouvoir et développer le parasport.
6. Simplifier les démarches administratives du sport amateur pour aider au maintien des épreuves sportives qui associent à la pratique sportive nombre d'animations et d'activités sociales bénéfiques pour la collectivité.
7. Réformer la législation sur les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive en la simplifiant au maximum. La généralisation d'un questionnaire de santé et d'une attestation de décharge de responsabilité pourrait être proposée sauf pour les disciplines sportives à contraintes particulières.



**DÉFINITIONS
ESSENTIELLES**

La première démarche du groupe d'experts de la Mission Delandre a été, face à la diversité de certaines définitions du champ lexical du sport-santé dépendant des catégories d'acteurs (universitaires, médicaux, institutionnels, ...), de proposer des définitions consensuelles et compréhensibles par tous (professionnels comme grand public). L'objectif étant de parler dorénavant un langage commun et d'encourager la diffusion d'une culture partagée du sport-santé. Le groupe d'experts préconise que ces définitions soient, non pas imposées à tous, mais largement diffusées et utilisées dans les futures communications institutionnelles des ministères et de ses structures déconcentrées.

- **L'activité physique (AP)** se définit comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos.
- **L'inactivité physique** désigne un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé par l'OMS.

Exemple : de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine ou de 25 à 30 minutes d'AP intensité élevée au moins 3 jours par semaine pour les adultes.

- **La sédentarité ou le comportement sédentaire** est une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée.

Exemples : les déplacements en véhicule automobile, la position assise sans activité autre que regarder des écrans, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée comme lire, écrire, converser par téléphone...

- **Les Activités Physiques Quotidiennes (APQ)** désignent les activités physiques liées au travail, aux déplacements et aux tâches domestiques.
- **Les activités physiques et sportives (APS) ou le sport** désignent toutes les formes d'activités physiques, organisées ou non, ayant comme objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux.
- **Le Parasport** désigne toutes les formes d'activités physiques, organisées ou non, ayant comme objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux destinées ou adaptées aux personnes en situation de handicap physique ou psychique inclut le « handisport » et le « sport adapté »
- **Le Sport-santé et le Parasport-santé** recouvrent les politiques et actions visant à promouvoir et faciliter la pratique d'activités physiques quotidiennes ou sportives comme outil de santé, (conformément à la définition de la santé par l'OMS).
- **Les dispositifs Sport-santé sur Ordonnance (SSO)** désignent les parcours visant à inciter la pratique d'un programme d'activité physique adaptée des personnes atteintes ou à risque de maladies chroniques et de perte d'autonomie (cf : La loi du 2 mars 2022), grâce à une prescription délivrée par les médecins traitants ou spécialistes.
- **L'Activité Physique Adaptée (APA)** est selon la Haute Autorité de Santé (HAS 2022) une thérapeutique non médicamenteuse validée par la même Haute Autorité de Santé en 2011 basée sur un programme structuré d'exercices physiques et encadré par des intervenants formés qui tient compte de la **condition médicale et physique**, des **limitations fonctionnelles** (locomotrices, cognitives, sensorielle) et des **motivations** de ses bénéficiaires.
- **Les programmes d'Activité Physique Adaptée à visée thérapeutique** sont des programmes qui respectent le cahier des charges du guide de la HAS 2022, concernant notamment la durée du programme, les invariants de son contenu et sa supervision par un professionnel formé. Ils sont destinés aux malades chroniques dont la condition médicale nécessite une adaptation de la pratique et un accompagnement psycho-comportemental renforcé.

3

PROBLÉMATIQUE
DE LA SÉDENTARITÉ
ET DE L'INACTIVÉ
PHYSIQUE
ET DE LEUR PRÉVENTION,
ÉTAT DES LIEUX

3.1 PRÉAMBULE

Les maladies chroniques, aussi appelées maladies non transmissibles, représentent la première cause de mortalité mondiale. Elles résultent d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. Sur un fond de vieillissement de la population et de progrès médical, l'apparition et les complications de ces maladies chroniques sont grandement favorisées par des facteurs de risque (inactivité physique et sédentarité, tabac, nutrition déséquilibrée, alcool, sommeil) liés au mode de vie et donc modifiables.

Comme le souligne l'organisation mondiale de la santé (OMS) une véritable politique nationale de prévention volontariste apparaît comme la seule solution pour espérer endiguer l'afflux exponentiel attendu de malades chroniques.

3.2 RETENTISSEMENT HUMAIN ET ÉCONOMIQUE DES MALADIES CHRONIQUES

3.2.1 Coût humain des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont à l'origine de 41 millions, 17 millions avant 70 ans, de décès chaque année dans le monde, soit 74 % de l'ensemble des décès. En Europe, elles concourent à 86 % des décès annuels et on estime à 10% le nombre de morts liées à l'inactivité physique.

En France, entre 40 000 et 50 000 décès sont annuellement attribuables à la sédentarité et à l'inactivité physique.

Entre 2020 et 2030, l'OMS prévoit 500 millions de malades chroniques de plus au niveau mondial.

En France, les projections du ministère de la santé et de la prévention annoncent entre 2020 et 2025 de 750 000 à 1 million de malades chroniques en plus. Lesquels patients risquent grandement de déclarer leur maladie chronique plus tôt (30 à 40 ans) que les patients (45-50 ans) actuels.

3.2.2 Coût financier des maladies chroniques

Outre leur coût humain, l'inactivité physique et la sédentarité représentent aussi un fardeau financier considérable pour l'État français. En effet les maladies chroniques, dont elles favorisent le développement et les complications, impactent très lourdement les dépenses de santé. Selon l'assurance maladie, en 2020, les pathologies et les traitements chroniques ont représentés 63 % des dépenses de santé du régime général (environ 86 milliards d'euros) et concernent 36 % de la population (soit près de 21 millions de personnes pour le régime général de la sécurité sociale).

Le coût attribuable des 40 000 à 50 000 décès attribuables à la sédentarité et à l'inactivité physique est de 13,4 milliards d'euros d'après le Ministère de la Santé (2018, méthode FAP : Fraction Attribuable dans la Population).

L'ensemble de ces données ne peut que nous questionner avec inquiétude sur les possibilités de notre système de soins à supporter humainement, vu la difficulté d'accès aux soins croissante, et financièrement ces incidences et prévalences incontrôlées de maladies chroniques.

3.3 SÉDENTARITÉ ET INACTIVITÉ PHYSIQUE EN FRANCE, UN ÉTAT DES LIEUX ALARMANT

Les nombreux rapports sont unanimes, notre société est face à un tsunami d'inactivité physique et de sédentarité sans réelle prise de conscience des risques sanitaires majeurs associés.

Le niveau de pratique d'activité physique (AP) régulière, incluant le sport, ne fait que baisser et le temps de sédentarité journalier, le plus souvent associé au temps d'exposition aux écrans, ne fait qu'augmenter. La population développe une nouvelle addiction, la chaise.

Les pratiques d'AP et sportives (APS) ont très fortement baissé ces dernières années du fait des évolutions sociétales (individualisation et consumérisme des pratiques, moindre investissement bénévole, urbanisation, émergence du numérique et de nouvelles activités sportives, sédentarité de plus en plus importante, vieillissement de la population...) et aux mesures de confinement durant la crise sanitaire, expliquant et aggravant les niveaux de sédentarité et d'inactivité physique.

Le constat du rapport (Report Card 2022) de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) est alarmant (voir Tableau 1).

- Concernant l'inactivité physique, 47 % des femmes, 29 % des hommes, 37 % des 6-10 ans, et 79 % des 11-17 ans sont en dessous des seuils recommandés d'AP par l'OMS (150 à 300 min/semaine d'AP au moins modérée sur au moins 5 jours pour les adultes et 60 min/ jour pour les 6-17 ans)
- Une sédentarité croissante est notée avec des adultes assis en moyenne 12 h/ jour assis les jours travaillés, et 9 h/jour les jours non travaillés. Chez les 6-17 ans 81% des garçons et 73% des filles de 6-17 ans passent plus de 2 heures par jour (durée supérieure recommandée) devant un écran. Ce pourcentage augmente avec l'avancée en âge chez les jeunes.
- Des inégalités marquées entre les sexes sur la pratique physique sont observées avec une atteinte des recommandations en matière d'AP, et de pratique sportive encadrée, moins importante à tout âge chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, chez les jeunes (6-17 ans), 51% des garçons et 33% des filles et chez les adultes, 71% des hommes et 53% des femmes atteignent les recommandations. Tous âges confondus, 62 % des licences sportives sont masculines et seulement 39% sont féminines.
- Des inégalités sociales aussi pour la pratique d'AP comme pour les comportements sédentaires. Le niveau de sédentarité et la non-atteinte des recommandations en matière d'AP sont globalement plus élevés en cas de niveau socio-économique de la personne (ou de son représentant chez les enfants) plus faible. Ces différences ont tendance à démarrer dès l'enfance, et de manière plus marquée chez les filles.
- Un cumul inquiétant de l'inactivité physique et de la sédentarité. Ainsi 2 jeunes sur 3 présentent un risque sanitaire préoccupant caractérisé par le dépassement simultané des deux seuils sanitaires : plus de 2 heures de temps écran et moins de 60 min/jour d'AP. Ce pourcentage est plus élevé chez les filles que chez les garçons. De la même manière, 1 adulte sur 3 associe un manque d'AP et un temps journalier de sédentarité trop élevé (24% chez les hommes et 40% chez les femmes)

Il faut souligner que les personnes en situation de handicap sont le plus souvent exclues des dispositifs existants. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap (entre 6 et 12 millions de Français en fonction des sources) comme celle de l'ensemble des populations vulnérables (vieillesse, démunis, population carcérale, ...), fait poser la question de l'accès à la pratique de l'activité physique et au sport sous un angle éminemment plus complexe que pour celui de la population générale. En effet ces populations fragiles sont toutes également concernées par le développement de la sédentarité et de l'inactivité physique et n'ont pas toutes accès aux stratégies de prévention (accès aux soins, spécificité des prises en charge par des professionnels formés, notion du « cas par cas » ou de la singularité), induisant un angle mort sur le bien-vieillir sans « sur-handicap ». Il serait simpliste de penser que la problématique ne se cantonne qu'aux simples difficultés d'accessibilité, faisant peser une responsabilité exagérée sur les territoires et courir le risque d'un mauvais taux de transformation. Les réflexions portées doivent donc être multiples, approfondies, réunissant l'ensemble des acteurs et les nombreux professionnels gravitant autour de ces sujets.

Tableau 1 : Principaux chiffres de l'impact de l'inactivité physique et de la sédentarité en France

ADULTES

- 53 % : d'augmentation du temps passé par les adultes devant les écrans en 10 ans (ONAPS 2022)
- 95% : proportion de la population française adulte exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'AP, ou par un temps trop long passé assis (ANSES 2022)
- 51 000 décès prématurés dus à un temps de sédentarité trop élevé (Noël Racine A. et al 2022)
- 500 Millions d'€/ an : coût direct pour l'Assurance maladie des maladies chroniques liées à la sédentarité (Noël Racine A. et al 2022)
- 140 Milliards d'€/an* : coût socio-économique de l'inactivité physique correspondant à plus de 38 000 décès / an et 62 000 nouvelles pathologies /an (France Stratégie 2022)
- 500 Millions d'€/ an : coût direct pour l'Assurance maladie et

ENFANTS ET ADOLESCENTS

- 119/146 : place de la France pour le nombre de 11-17 ans respectant les recommandations de pratique journalière d'AP de l'OMS **
- 50% à 7 ans et 75% à 14-15 ans, c'est le temps journalier moyen passé assis par les enfants (ONAPS 2023)
- 2 jeunes sur 3 (11-17 ans) présentent un risque sanitaire préoccupant (ANSES 2020)***
- 25% à 30% : perte de capacité physique des adolescents en 40 ans (FF de Cardiologie).

* Estimation des dépenses de santé (coûts hospitaliers et ambulatoires et indemnités journalières) et des années de vie perdues par incapacité ou mortalité prématurée par une approche FAP (Fraction attribuable à la Population)

**Guthold, R. et al. (2020) doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2

***Pour la première fois de notre histoire, il a été mesuré que les enfants français peuvent être considérés comme physiquement inactifs et très sédentaires, avec des conséquences sur leur capital santé (incidence élevée et prévalence naissante et importante des maladies chroniques dès l'âge jeune adulte).

3.4 BÉNÉFICES SANITAIRES DE LA PRÉVENTION PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

La démonstration de l'importance de la pratique régulière d'AP, dont le sport n'est qu'une des nombreuses formes de pratique, pour la santé n'est plus nécessaire au regard du très haut degré d'évidence scientifique atteint. Les preuves scientifiques soutenant ces bienfaits atteignent en effet un niveau de preuve classé A¹ sont désormais indiscutables.

1. Le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) est une méthode utilisée pour évaluer la qualité et la force des preuves scientifiques dans le domaine de la médecine et de la santé. Ce système prend en compte plusieurs critères pour évaluer la qualité des données probantes, notamment la méthodologie de l'étude, la cohérence des résultats, la précision des mesures, les risques de biais et l'applicabilité des résultats à la pratique clinique. Le niveau de preuve GRADE est généralement classé en quatre niveaux principaux : Très haute qualité (Grade A) : Il s'agit de preuves provenant d'essais contrôlés randomisés (ECR) bien réalisés et présentant des résultats cohérents et précis / Haute qualité (Grade B) : Ces preuves proviennent également d'essais contrôlés randomisés, mais présentent des limitations mineures telles qu'un échantillonnage insuffisant ou des biais potentiels / Qualité modérée (Grade C) : Ces preuves proviennent généralement d'études observationnelles bien conçues ou d'essais contrôlés randomisés présentant des limitations importantes / Faible qualité (Grade D) : Il s'agit de preuves provenant d'études observationnelles non contrôlées ou d'essais cliniques présentant des biais majeurs ou des résultats contradictoires. L'utilisation du système GRADE permet aux praticiens de prendre des décisions éclairées en tenant compte à la fois des preuves scientifiques disponibles et de leur niveau de qualité.

L'AP régulière agit à tous les stades de prévention, primaire (avant l'émergence de tout facteur de risque), secondaire, tertiaire et quaternaire (effets délétères des traitements médico-chirurgicaux).

En prévention primaire (Figure 1) la survenue de plus de 40 maladies chroniques et de leurs complications peut être diminuée de 30% en moyenne par une pratique régulière d'AP (Inserm expertise 2019).

En prévention secondaire et tertiaire (Figure 2), elle diminue les complications et leurs corollaires : apparition de comorbidités, hospitalisations, examens complémentaires de la plupart des maladies chroniques.

Enfin, en prévention quaternaire, l'AP a un effet bénéfique en permettant de diminuer souvent les prises médicamenteuse et/ou autre gestes thérapeutiques.

Au total, l'AP améliore le trépied (physique, mental et social) d'une santé optimale. En renforçant les capacités physiques cognitives, elle prolonge (de 7 ans en moyenne) l'espérance de vie en bonne santé, joue un rôle crucial dans le maintien de l'autonomie lors du vieillissement, et améliore toujours la qualité de vie.

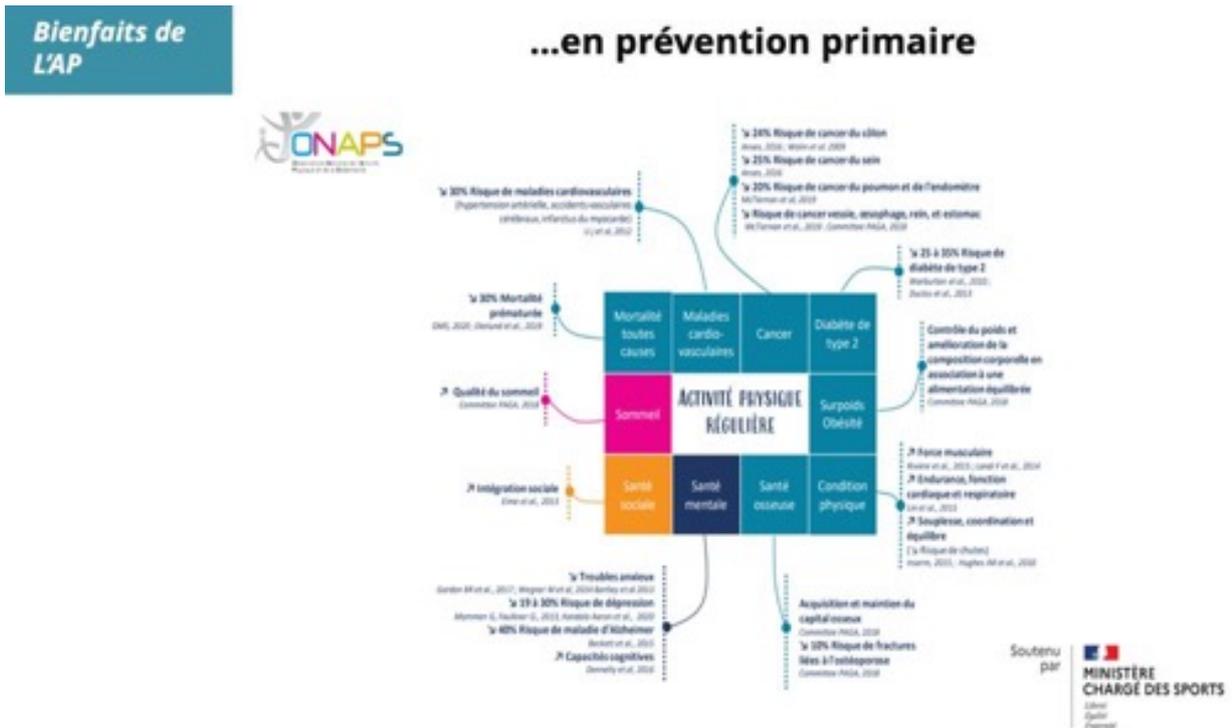


Figure 1 : Effets bénéfiques de l'activité physique sur plusieurs paramètres de santé (Rapport HAS 2019)

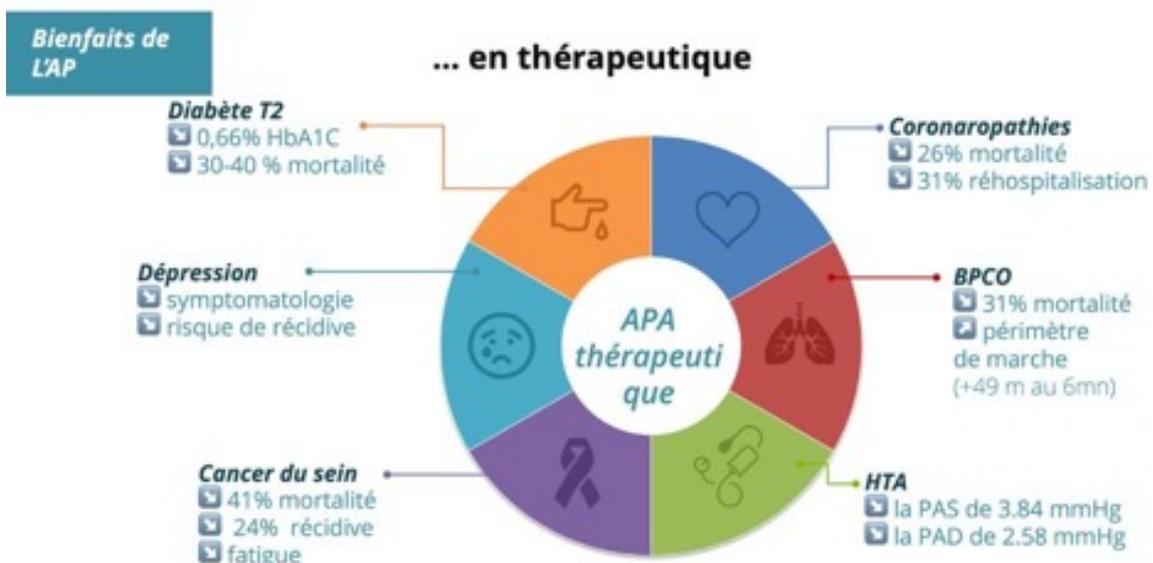


Figure 2 : Effets bénéfiques de l'activité physique adaptée à visée thérapeutique sur plusieurs maladies (Rapport HAS 2019)

3.5 RETENTISSEMENT ÉCONOMIQUE DE LA PRÉVENTION PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Si les preuves scientifiques sur les effets bénéfiques de l'AP sur la santé en prévention, primaire, secondaire et tertiaire sont incontestables, il en est de même pour certains de ses impacts socio-économiques :

3.5.1 En prévention primaire

- En 2022 France Stratégie dans son rapport estime le coût socio-économique du manque de pratique d'activité physique à 140 milliards d'euros par an*correspondant à plus de 38 000 décès et 62 000 nouvelles pathologies par année.
- En 2022 en France on estime qu'annuellement la sédentarité est responsable de 51 193 décès prématurés/an avec un coût annuel pour l'assurance maladie estimé à 494 millions d'euros. Cette mortalité prématurée est responsable d'une perte de productivité annuelle qui coûte 507 millions d'euros. Le coût de la perte de productivité annuelle due à la morbidité liée à la sédentarité est évalué entre 43 et 147 millions d'euros.
- En 2022 une étude italienne menée dans la région de Vénétie, avec un système sanitaire proche du nôtre, concernant 4 pathologies chroniques (maladie coronaire, cancer colo-rectal, bronchite chronique obstructive et fracture du fémur) évitables par la pratique d'une AP régulière et la diminution de la sédentarité, a évalué l'économie annuelle réalisable entre 5 310 179 et 17 411 317 € (*Ortolan S et al 2022*)
- Enfin, en 2023 l'OMS et l'OCDE dans un rapport commun estiment qu'1 euro investi dans l'activité physique génère 1,7 euros de bénéfices économiques. Il y est précisé que l'Allemagne, l'Italie et la France sont les pays où le fardeau du manque d'activité physique pèse le plus lourdement sur les dépenses de santé dans l'Union européenne. En l'absence d'action efficace pour la lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité de la population, selon ce rapport la dépense moyenne attendue en France pour soigner les maladies liées à une activité physique insuffisante chaque entre 2022 et 2050 sera de 110 milliards d'€ par an. À l'inverse, une action de l'état volontariste contre la sédentarité permettrait une économie moyenne de 0,6% de leur budget santé.

Au total, le bénéfice économique d'une politique volontaire de prévention primaire pour l'ensemble de la population, qui est, rappelons-le, seul moyen de diminuer le nombre de malades à venir, est bien prouvé.

3.5.2 En prévention secondaire et tertiaire

Une revue de la littérature rapporte des preuves formelles en faveur des programmes d'AP surtout dans les troubles musculosquelettiques et rhumatologiques, les maladies cardiovasculaires surtout coronaires et l'insuffisance cardiaque chronique (*Guillon, M et al. 2018*).

Pour la prévention des chutes chez les personnes âgées, la plupart des études (17/24) concluent à une rentabilité économique. Le meilleur bénéfice concernant les personnes âgées avec un risque élevé de chute. L'efficacité du renforcement musculaire, de la supervision des exercices est soulignée. (*Adietev C et al. 2023*)

En 2018, l'étude scientifique française « As du Cœur » publiée dans BMC Cardiovascular a montré une baisse des dépenses de santé de 30% pour des patients atteints de pathologies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, maladie coronarienne) suivant un programme d'activité physique conforme aux recommandations de l'OMS pour ce type de public par rapport à un groupe témoin n'ayant pas bénéficié de ce programme.

En 2023, le rapport « Évaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France » publié par le Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP) 2024 a répertorié et analysé une quinzaine d'études d'impact médico-économiques de l'AP et sportive (dont celle de France Stratégie citée plus haut).

La plus récente de Costa Santos et al (2022), commanditée par l'OMS, estime qu'en France si rien n'est fait pour améliorer le niveau d'activité physique de la population dans cette décennie, plus de 6 millions de nouveaux cas de maladies auront été développés, dont environ 2,8 millions cas de dépression, 2,8 millions

de cas d'hypertension, 137 000 cas de maladies coronariennes, 76 000 cas de cancers, 70 000 cas de diabète de type 2 et 47 000 cas d'AVC. En tenant compte de l'inflation, le coût direct pour le système de santé, (Assurance Maladie) associé à ces maladies est estimé à plus de 10 milliards d'euros entre 2020 et 2030.

Ce rapport souligne aussi la nécessité de développer de nouvelles études pour estimer plus précisément l'ampleur des économies qui pourraient être générées en fonction des milieux et des populations ciblées. Dans ce cadre, un rapport du parlement sur les expérimentations innovantes en santé a été publié par le ministère de la santé et de la prévention en octobre 2022. Il signale que plus d'une dizaine d'expérimentations article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) en 2018 ont proposé un parcours de santé intégrant l'activité physique adaptée (APA), supervisée par un professionnel de l'APA, réalisée essentiellement en groupes, dans la prise en charge de patients porteurs de pathologies cardiovasculaires, respiratoires, obésité, cancers (objectif cible : 34 472 patients, budget : 58,4 millions d'euros). Un évaluateur externe du projet devait répondre à 3 questions principales concernant sa faisabilité, sa reproductibilité à plus grande échelle et son efficience économique. En 2023, soit en moyenne plus de 4 ans après la mise en route des expérimentations, des ateliers de capitalisation regroupant 5 ou 6 expérimentateurs ont dégagé quelques enseignements résumés ici.

Les principaux atouts des programmes d'APA encadrée retenus sont : les données très rassurantes de sa pratique pour ses prescripteurs, l'importance de la coordination et de la collaboration entre les équipes médicales et les enseignants en APA pour le maintien de l'engagement des patients dans une dynamique active et durable de soins et un taux d'observance généralement supérieur à 60 % pour des patients atteints de maladies chroniques dont le taux d'observance thérapeutique est plutôt de 40 %.

Les principaux leviers soulignés sont le financement forfaitaire qui facilite l'accès aux programmes d'APA avec une modulation individualisée du contenu des séances, une efficacité optimale observée pour des groupes de 6 à 8 patients, et un apport des séances d'activité physique en autonomie et/ ou à domicile pour une inscription durable de l'APA dans le changement de comportement.

Les prérequis pour une bonne observance sont l'accessibilité, l'entretien motivationnel, des créneaux horaires adaptés, et la prise en charge financière du programme d'APA. Enfin, des freins persistent comme le nombre limité de prescripteurs dû à la méconnaissance des modalités d'intervention en APA et de ses enseignants malgré les campagnes de communication, et le manque de visibilité et de lisibilité de l'offre d'APA sur les territoires tant par les professionnels de santé que par les patients.

A notre connaissance plus de 5 ans après le lancement de ces études aucune conclusion n'est encore disponible. Vu l'importance des informations attendues, ces délais prolongés apparaissent comme un frein important au développement de la prise en charge de l'APA attendue par les patients et les prescripteurs.

Au total, la prescription de l'activité physique est recommandée par l'ensemble des sociétés savantes avec le niveau IA (I la thérapeutique doit être prescrite et A selon le niveau GRADE du niveau de preuves scientifiques décrit précédemment). Au point que l'expertise INSERM de 2019 a souligné que la non prescription d'une APA à un malade chronique stable était une perte de chance pour lui.

Malgré ces preuves indéniables de son efficacité et l'incitation faite aux médecins par la loi du « sport sur ordonnance » à la prescrire il s'avère que les décideurs, qui se disent pourtant convaincus de son efficacité, se refusent à rembourser l'APA dans les maladies chroniques. Ceci malgré un guide de prescription établi par la HAS (*Guide de consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Juillet 2022*) en accord avec les demandes de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Pour justifier cette frilosité pénalisante, les décideurs rappellent régulièrement le faible niveau de preuves en termes de bénéfice du rapport coût-efficacité des interventions basées sur l'APA dans le traitement des maladies chroniques. Concernant ce manque de preuves, il faut souligner d'une part le faible nombre d'études économiques à disposition et d'autre part leur grande hétérogénéité méthodologique :

- hétérogénéité des populations suivies avec plus ou moins de comorbidités,
- hétérogénéité des programmes d'APA (type, quantité, durée, intensité, supervision ou non...),
- hétérogénéité des critères d'évaluation économiques choisis,
- tous paramètres qui gênent la publications de revues et de méta-analyses de bonne qualité.

Une autre limite majeure de ces études concerne le choix des critères économiques retenus qui ne prennent le plus souvent en compte, parfois sciemment, que les effets sur les coûts sanitaires directs oubliant les coûts indirects, comme le nombre et la durée des ré-hospitalisations, la répétition des examens complémentaires, la qualité de vie (gain d'années de vie ajustées en fonction de sa qualité (QALY) et l'absentéisme au travail, qui ont un impact économique majeur sur le système de santé et la société.

Enfin, en raison des grandes différences existantes entre leurs systèmes de santé les économies de coûts rapportés varient considérablement selon les pays concernés. Il est donc illusoire de vouloir proposer aujourd'hui des études économiques exemptes de toutes critiques applicables partout.

Cependant, lorsque l'on retient objectivement les preuves concernant la diminution prouvée des durées d'hospitalisations post-opératoires des patients préparés physiquement avant leur intervention, la diminution des ré-hospitalisations et des examens complémentaires prouvée dans de nombreuses pathologies, la prévention prouvée de la survenue de comorbidités associées à la maladie chronique initiale, la diminution des traitements rapportée chez un grand nombre de malades chroniques bénéficiant d'un programme d'APA, la meilleure qualité de vie et la diminution d'absentéisme rapportée par tous ces patients, il paraît raisonnable de penser que des économies non négligeables sont associées à la prescription d'une APA chez ces patients.

3.6 PRIORITÉS ACTUELLES

Selon l'OMS (2020) inactivité physique et sédentarité sont la première cause de mortalité évitable par une prévention.

L'OMS exhorte les pouvoirs publics de tous les pays à mettre en place des politiques pour une prévention efficace de ce problème majeur de santé publique. L'objectif proposé est de diminuer la sédentarité dans le monde de 15 % entre 2020 et 2030. Moins de la moitié des États ont répondu présents et moins d'un tiers ont proposé des actions pour tous les groupes d'âge en particulier pour les plus jeunes, population pourtant très touchée. Parmi ces actions, 40% ne sont pas opérationnelles voire pour certaines même pas financées.

Au total, l'inactivité physique et la sédentarité constituent un enjeu majeur de santé publique. La pandémie mondiale récente liée à l'infection par la Covid 19 a illustré le mauvais état général de nos populations comme en témoignent les nombreuses études qui ont montré que la gravité (hospitalisation, séjour en réanimation, mortalité) de l'infection a été inversement proportionnelle au niveau d'AP régulière pratiqué par les malades et à leur niveau de capacité physique.

En France en 2022, l'Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), établissement public à caractère administratif sous la tutelle des ministères de la santé, de l'environnement, de l'agriculture, du travail et de la consommation a tiré la sonnette d'alarme. La conclusion de sa saisine n° 2017-SA-0064_b) « *Indéniablement, la baisse de la qualité de vie et de l'augmentation du risque de mortalité résultant de modes de vie inactifs et sédentaires concerne aujourd'hui la majorité de la population française adulte et se traduit en cela par une préoccupation majeure de santé publique. A ce titre, la réduction de ces expositions doit constituer sans délai et dans la durée une priorité de santé publique.* » est particulièrement claire. Le tableau 1 propose des données chiffrées inquiétantes.

En France la Stratégie Nationale Sport-santé (SNSS) 2019-2024, inscrite dans le plan national de santé publique « Priorité Prévention » a été mise en place. Portée par le ministère en charge des sports, son objectif était d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en favorisant la pratique d'APS de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie.

Il est vrai que les méfaits sanitaires de l'inactivité physique et de la sédentarité n'épargnent personne. Cependant, trois populations sont particulièrement préoccupantes (tableau 1).

- Les jeunes chez qui une baisse continue depuis 1980 du capital santé individuel, évalué par la capacité physique (Tomkinson GR, et al Sports Med. 2003;33:285–300 et étude « *Inverser les courbes* » du collectif pour une France en forme), est observé. Ceci se traduisant par une augmentation très marquée du surpoids et de l'obésité et l'apparition avant 18 ans de maladies concernant jusqu'ici l'adulte de 45 ans et plus comme le diabète de type 2, des chiffres tensionnels plus élevés, des dépressions, avec la survenue d'accidents cardiovasculaires avant 30 ans. L'école et plus globalement le milieu de l'enseignement favorisent grandement les comportements sédentaires des jeunes dans notre pays.
- Les patients porteurs d'une maladie chronique qui rappelons-le, devraient tous dans le cadre du SSO bénéficier d'une prescription d'APA à visée thérapeutique. Nous avons vu que sans conteste l'un des principaux freins actuels à la prescription d'APA est sa non prise en charge financière.
- Les personnes âgées, dont la hausse prévue entre 2020 et 2030 est de 2,1 millions (+34%) avec un nombre attendu de personnes âgées de plus de 60 ans supérieur à celui des moins de 20 ans d'ici 2040 (selon le rapport du haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, branche de Santé Publique France 2024). Une baisse de la capacité physique, donc du capital santé, des adultes de

près de 8 % a été observée entre 1967 et 2016 (*Lamoureux N et al. Sports Med. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-1017-y>*). L'âge d'apparition des chutes, première cause de perte d'autonomie, diminue régulièrement (un tiers des personnes de plus de 65 ans) faisant craindre une perte d'autonomie de plus en plus précoce. L'AP régulière a une efficacité préventive prouvée (Inserm expertise 2019) avec une diminution des chutes en moyenne de 30 %. La prise en charge des personnes âgées dépendantes représente donc un défi majeur dans les années qui viennent. Dans ce cadre la prévention de la perte d'autonomie par l'AP régulière est un outil majeur dont l'utilisation doit être privilégiée.

3.7 LES PRÉCONISATIONS PROPOSÉES POUR LE DÉVELOPPEMENT DU SPORT-SANTÉ EN FRANCE

Le rapport INSERM de 2009 et la validation en 2011 par la HAS de l'AP comme une thérapeutique non médicamenteuse ont été les déclencheurs d'un certain nombre d'avancées sur le plan des stratégies nationales, régionales et locales (plans nationaux et régionaux sport-santé bien-être, naissance ou développement de réseaux sport-santé bien-être, émergence de projets, d'actions et d'offres de pratiques sport-santé, ...).

Mais il a fallu attendre le 31 décembre 2016 pour connaître une véritable avancée législative en matière de sport-santé avec la loi dite « sport-santé sur ordonnance » et son décret d'application en 2017.

La loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France a élargi la prescription de l'APA à tous les médecins et à d'autres publics. Soulignons que deux ans après sa publication certains décrets d'application de cette loi sont toujours attendus, comme celui de l'article 71 concernant le diabète de type 2, et que celui concernant l'après cancer est très inégalement mis en œuvre sur le terrain.

Depuis 2017 cinq rapports parlementaires ou institutionnels de très bonne qualité, ont fait des constats et émis des propositions qui ne seront pas détaillées ici.

Il s'agit des rapports IGAS N°2017 – 126 / IGJS N° 2028-I-07 par Dupays S. et al sur l'évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé (2018), la mission Flash du député B. BELHADDAD. (2019, 10 recommandations), le rapport sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique par les députés R. JUANICO et M. Tamarelle (2021, 18 recommandations), et le rapport sur l'AP au secours de la santé publique par Querton V (2023, 5 recommandations).

Deux points méritent d'être soulignés concernant ces rapports : d'une part les cinq documents ont préconisés la prise en charge financière de l'APA en proposant différents leviers financiers et d'autre part, très peu de recommandations ont été suivies de mesures concrètes.

Une expertise Inserm (2019) concernant la prescription de l'AP dans les maladies chroniques a aussi proposé plusieurs recommandations et a surtout souligné l'absolue nécessité de la prescription de l'APA à tout malade chronique stable.

Enfin la HAS a édité entre 2018 et 2022 des guides sur les preuves et mécanismes des bienfaits de l'APA et sur sa prescription médicale chez l'adulte et 19 référentiels de prescription de l'APA dans des maladies chroniques ainsi qu'un référentiel pour la prescription de l'APA chez les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, et lors de la grossesse et le post-partum.

La HAS a ainsi effacé deux freins majeurs à la prescription de l'APA rapportés par les médecins, leur manque de connaissance concernant d'une part l'impact de l'APA et d'autre part les modalités de sa prescription.

Le troisième frein concernait le coût que représente l'APA pour le patient.

Il faut saluer la naissance en 2019 de la première Stratégie Nationale Sport-santé (SNSS 2019-2024) portée par les institutions, État et collectivités.

Des initiatives notables, avec des conventions et expérimentations signées entre les mondes du sport et de la santé, la création des Maisons Sport-santé (MSS) ont été proposées.

Le sport-santé, une des actions phares de la SNSS, est présenté par l'État comme une politique de développement des AP et sportives à des fins de santé. Il est surprenant de constater que cette stratégie nationale très ambitieuse n'a été portée initialement que par le seul ministère des sports enthousiaste mais avec un bien trop maigre budget. Ceci, alors que l'ensemble de la population sans exception d'âge, de sexe et d'état de santé est exposée en permanence dans la vie de tous les jours aux risques sanitaires de

la sédentarité et inactivité physique, aucun autre ministère impliqué, santé, travail, éducation nationale, enseignement supérieur, environnement, urbanisme, n'a jugé nécessaire de s'impliquer réellement dans la mise en place et le développement de la politique transversale et intégrée qu'est le sport-santé.

L'exemple le plus marquant étant celui du ministère de la santé dont la participation au SNSS est restée longtemps très marginale avec des Agences Régionales de Santé (ARS) qui n'utilisent que modérément le Fonds d'Intervention Régional (FIR) pour le développement des AP et qui de plus se refuse toujours à suivre les recommandations de l'HAS qui a validé l'AP comme une thérapeutique non médicamenteuse (2011), a proposé des guides et référentiels (2018- 2022) pour sa prescription dans les maladies chroniques et préconise la nécessité de son remboursement encadré dans celles-ci. Il est vrai que pour le secteur de la santé, le sport reste perçu comme une source de blessure donc coûteux...



**OBJECTIFS ET
MÉTHODOLOGIE DE
LA MISSION 'DELANDRE'**

4.1 SAISINE DE LA MISSION ET CONSTITUTION DU GROUPE D'EXPERTS

Fin novembre 2022, le ministre de la Santé et de la Prévention François Braun, la ministre des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques 2024 Amélie Oudéa-Castéra, le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées Jean Christophe Combe et la ministre déléguée chargée des personnes handicapées Geneviève Darrieussecq ont décidé de confier au Dr Dominique Delandre une mission de réflexion sur les stratégies à mener pour accélérer le déploiement du sport-santé en France.

Un groupe d'experts comprenant Mme Nathalie Bonnefoy, le Pr François Carré, Mme Odile Diagana, M Stéphane Diagana, la Pr Martine Duclos, M Olivier Dupuy, le Dr Didier Ellart, le Dr Alexandre Feltz, Pr François Genet, Mme Line Malric a été mis en place pour accompagner le Dr Delandre dans cette mission

4.2 MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION

Quatre groupes de travail, composés de 2 à 4 membres du groupe d'experts, ont été constitués. Ils avaient toute latitude pour consulter d'autres experts ou acteurs du sport-santé pour enrichir leurs réflexions et préconisations.

Les quatre axes retenus ont été

- Le sport-santé sur ordonnance et les maisons sport-santé.
- Le sport-santé et la jeunesse.
- Le sport-santé et le milieu professionnel.
- Le sport-santé et les seniors.

Pour chacun de ces axes une vision transversale des thématiques suivantes sera proposée :

- Actions exemplaires existantes sur les territoires.
- Financement des actions préconisées.
- Évaluation des actions préconisées.
- Place du Parasport.
- État de l'aménagement des territoires : équipements, accessibilité, urbanisme...
- Place du numérique : réseaux sociaux, applications connectées, aides à la mise en place des actions...
- Sensibilisation, communication et formation.
- Bénéfices financiers et sociaux des activités physiques et sportives.

4.3 ÉTAT DES LIEUX DES ACTIONS PRÉCONISÉES ET MISES EN PLACE DANS LE DOMAINE DU SPORT-SANTÉ

Un recueil d'informations sur les caractéristiques des actions préconisées ou mises en place dans le domaine du sport-santé a été réalisé en s'appuyant sur des questionnaires spécifiques et sur l'analyse des rapports et bilans accessibles.

Un questionnaire (annexe 1) a été adressé le 18 janvier 2023 à 70 entités significativement impliquées dans le sport-santé (annexe 2). Celles-ci ont été proposées par les experts des groupes ou ont elles-mêmes sollicité la mission pour être entendues. Le questionnaire renseignait sur le dispositif de sport-santé mis en place.

Dans un second temps, une audition complémentaire téléphonique ou physique a été proposée aux répondants lorsque les experts des groupes l'ont jugé nécessaire.

Un questionnaire (annexe 3) sur l'état des lieux du sport-santé dans les territoires a été envoyé le 9 février 2023 par la Direction Générale des Sports (DS) et la Direction générale de la Santé (DGS) aux agences régionales de santé (ARS) et les Directions de Région Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES).

Pour rappel en 2020 l'État a réalisé une enquête auprès des territoires (14 réponses sur 19) sur l'aide au développement du sport-santé. Les principales préconisations recueillies sont rapportées dans l'annexe 3.

Les ministères ont par ailleurs été sollicités pour que le groupe d'experts puissent prendre connaissance des rapports et bilans existants sur les stratégies sport-santé bien-être et les MSS.

4.4 RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

4.4.1 Entités impliquées dans le sport-santé

L'analyse des informations fournies par les questionnaires et les auditions des entités impliquées dans le sport-santé a révélé une grande hétérogénéité de ces structures dans leur statut juridique, leur organisation et leur financement.

Ces données confirment les faiblesses et les points forts que le groupe d'experts avaient déjà identifiés.

Le défaut de prescription du sport-santé sur ordonnance par les médecins est un élément fréquemment retrouvé par manque de connaissances, de conviction, et de visibilité des filières sport-santé.

Le niveau de formation et de compétence des différents intervenants dans le sport-santé engendre également des interrogations et représente un frein au développement du sport-santé.

L'inquiétude liée à un manque de financement pérenne des filières est retrouvée dans quasiment tous les questionnaires et auditions.

Par contre lorsque les professionnels de santé sont formés et convaincus, lorsque les filières sont bien identifiées et organisées, constituées de personnels compétents et suffisamment financées, le développement du sport-santé est réelle et efficace.

4.4.2 État des lieux des politiques sport-santé régionales ARS-DRAJES

Treize régions métropolitaines sur 14 pour (manque l'Occitanie) et 8 territoires hors métropole sur 10 (manquent Mayotte et Wallis et Futuna) ont répondu.

Cette nouvelle enquête, 4 ans après le lancement des MSS vient enrichir les premiers éléments rapportés dans l'enquête de 2020. Il apparaît ainsi beaucoup de concordance sur les freins, les préconisations déjà rapportés. De nombreux exemples d'actions territoriales remarquables ont aussi été rapportés.

4.4.3 Inégalités territoriales des financements.

Des inégalités territoriales manifestes impactent l'égalité de recours aux soins préventif et thérapeutique qu'apporte l'AP.

Le tableau 1 récapitulent les financements régionaux ARS/DRAJES sport-santé globaux et MSS en 2022.

Tableau 2 : Financements respectifs des territoires du sport-santé et des MSS en 2022

Données 2022	Nb hab.	Montant annuel total sport santé			Montant / ha	Quote part MSS			nb MSS 2022	nb ha/MSS	montant moyen/MSS
		DRAJES	ARS	TOTAL		DRAJES	ARS	TOTAL			
ILE DE FRANCE	12 395 148	615 000 €	1 211 840 €	1 826 840 €	0,15	415 000 €	0 €	415 000 €	66	187 805	6 288 €
AURA	8 153 233	260 000 €	1 200 000 €	1 460 000 €	0,18	260 000 €	0 €	260 000 €	38	214 559	6 842 €
NOUVELLE AQUITAINE	6 081 985	610 000 €	1 976 762 €	2 586 762 €	0,43	294 000 €	0 €	294 000 €	43	141 442	6 837 €
OCCITANIE*	6 053 548								36	168 154	
HAUTS DE FRANCE	5 987 172	1 020 956 €		1 020 956 €	0,17	918 480 €		918 480 €	37	161 815	24 824 €
GRAND EST	5 542 094	1 547 700 €		1 547 700 €	0,28	1 364 333 €		1 364 333 €	35	158 346	38 981 €
PACA	5 131 187	339 000 €	942 288 €	1 281 288 €	0,25	219 000 €	0 €	219 000 €	31	165 522	7 065 €
PAYS DE LA LOIRE	3 873 096	284 000 €	2 882 813 €	3 166 813 €	0,82	167 500 €	260 000 €	427 500 €	34	113 915	12 574 €
NORMANDIE	3 307 286	343 088 €	819 000 €	1 162 088 €	0,35	252 900 €	167 500 €	420 400 €	27	122 492	15 570 €
BRETAGNE	3 402 932	680 690 €	963 900 €	1 644 590 €	0,48	145 000 €	240 000 €	385 000 €	20	170 147	19 250 €
BOURGOGNE -FC	2 785 393	256 000 €	155 000 €	411 000 €	0,15	135 000 €	0 €	135 000 €	19	146 600	7 105 €
CENTRE VAL DE LOIRE	2 564 915	135 000 €	151 900 €	286 900 €	0,11	125 000 €	5 500 €	130 500 €	18	142 495	7 250 €
MOYENNE METROPOLE					0,31					157 774	13 871 €
REUNION	868 846	455 000 €	335 000 €	790 000 €	0,91		318 700 €	318 700 €	8	108 606	39 838 €
GUADELOUPE	372 939	NR	136 480 €	232 000 €	0,62	NR	NR	54 000 €	6	62 157	9 000 €
CORSE	349 465	84 000 €	159 009 €	243 009 €	0,70	30 000 €		30 000 €	2	174 733	15 000 €
MARTINIQUE	350 373	500 000 €		500 000 €	1,43	130 000 €		130 000 €	8	43 797	16 250 €
GUYANE	294 436	22 300 €	173 500 €	195 800 €	0,67	20 000 €	15 000 €	35 000 €	2	147 218	17 500 €
MAYOTTE*	299 348								2	149 674	
POLYNESIE FRANCAISE	283 147	25 000 €	383 190 €	408 190 €	1,44	0 €	0 €	0 €	3	94 382	0 €
NOUVELLE CALEDONIE	271 407			0 €	0,00			0 €	1	271 407	0 €
WALIS ET FOUTOUNA	11 558			0 €	0,00			0 €	0		
SAINT PIERRE ET M.	6 092	15 750 €		15 750 €	2,59			0 €	0		
TOTAL**		5 659 156 €	13 025 010 €	18 684 166 €		3 269 807 €	2 148 107 €	5 417 913 €			
MOYENNE HORS METRO					0,96					131497	12 198 €

* pas de retour de questionnaire
NR : non renseigné
** Total théorique, les montants pour les ARS/DRAJES de HDF/GE et MAR étant été donnés au global ont été répartis pour le total à parts égales côté ARS et DRAJES

	région/territoire au dessus de la moyenne pour le montant / ha
	région / territoire au dessus de la moyenne pour le montant / MSS
	région / territoire cumulant bon ratio montant / ha et montant / ha au dessus de la moyenne

L'indicateur le plus pertinent est le montant par habitant. Sa moyenne métropolitaine est de 0.31€ avec de grandes disparités (0.11€ pour le Centre Val de Loire et 2.59 € pour St Pierre et Miquelon). Les territoires ultra-marins se distinguent fortement par leur engagement avec un montant moyen de 0.92 €.

Il faut aussi relever la très forte disparité d'une région à l'autre pour le soutien aux MSS (en moyenne 6500 € dans les 3 plus grandes régions de France contre 38 000 € dans le Grand-est ou à La Réunion).

Ce sont les ARS qui contribuent le plus au financement global des politiques du sport-santé (environ 13 millions € pour les ARS et 5,6 millions € pour les DRAJES, si on considère que les montants globaux ARS/DRAJES de Hauts de France, Grand-est et Martinique proviennent à parts égales des 2 institutions, ce qui n'est peut-être pas le cas).

Par contre les DRAJES soutiennent davantage les MSS que les ARS (3,3 millions € contre 2,15 millions €). Il existe une très forte disparité d'une région à l'autre pour le soutien aux MSS (6500 € en moyenne dans les 3 plus grandes régions de France contre 38 000 € dans le Grand-est ou à La Réunion).

4.4.4. Importance de la qualité de structuration

Bien évidemment, les moyens financiers alloués à la politique sport-santé sont déterminants mais ne constituent pas le seul critère d'efficacité. La structuration des stratégies territoriales sport-santé est essentielle. Dans les régions où les politiques sont financées, structurées et bien identifiées, elles sont globalement plus efficaces. La collaboration, le travail en réseau des acteurs du sport-santé et des institutions sont des critères essentiels de réussite.

Donc dans les territoires où le financement est adaptée, la mise en place d'une structuration cohérente et collaborative avec une bonne visibilité des acteurs et des actions est très efficace

Certaines régions se distinguent : Pays de la Loire, Bretagne, Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Normandie, la Martinique et La Réunion sont des exemples positifs. On y retrouve des ingrédients communs :

- Bonne entente et gouvernance ARS/DRAJES s'appuyant sur un document stratégique commun.

- Le plus souvent collaboration avec les grands partenaires territoriaux : Région, mouvement sportifs (CROS / CRES), STAPS et monde médical (CHU, URPS, CPTS...)
- Pour certaines régions, l'accompagnement d'une structure experte en sport-santé (structure d'appui, centre ressources ou réseau sport-santé comme la SRAE dans les Pays de la Loire, Efformip en Nouvelle Aquitaine, différentes structures ou réseaux SSBE dans le Grand-Est) et / ou la mise en place d'un dispositif type « sport sur ordonnance » coordonné (« On y va » pour les Pays de la Loire, « Prescimouv » pour le Grand Est, « PEPS » pour la Nouvelle Aquitaine, « PASS » pour Bourgogne Franche Comté, « Prescriforme » en Ile de France et des cartographies en PACA et Normandie).

4.4.5 Freins et préconisations pour améliorer le financement du sport-santé

Les freins et les préconisations considérées comme les plus pertinents par les experts de la mission sont rapportés. L'énumération ci-dessous peut paraître inhabituelle dans un rapport de mission. Elle est cependant apparue indispensable aux experts pour d'une part faire connaître aux ministères demandeurs le ressenti fort des territoires qui pour la plupart essaient de développer le sport-santé et d'autre part pour bâtir leurs recommandations sur des informations du « terrain ».

PRINCIPAUX FREINS :

- Manque de financement pérenne avec inquiétudes sur la viabilité économique des structures du sport-santé.
- Absence de prise en charge financière de l'APA à visée thérapeutique par l'Assurance Maladie.
- Nécessité de professionnalisation des structures qui engendre des coûts difficilement supportables, sans visibilité économique à moyen terme.

PRÉCONISATIONS :

Ile de France :

« Financements pérennes des structures clefs et des Prescripteurs : Incitation forte à prioriser le sujet « Sport-santé » dans les Conférences Régionales du Sport, avec un angle aussi de réduction des inégalités d'accès.

Afin d'améliorer la prescription d'AP et de tracer cet acte, il faudrait en faire un acte spécifique de la CCAM pour permettre de suivre la montée en charge des politiques nationales (cf décret sur la prescription d'activité physique) ».

Auvergne-Rhône-Alpes :

« Dans le cadre des soins de support notamment, il faudrait que la CPAM participe à la prise en charge des séances d'APA et pas uniquement des bilans pour favoriser l'adhésion des patients à l'AP et des prescripteurs ».

Nouvelle-Aquitaine :

« Prise en charge financière par la CPAM de la consultation médicale, de l'évaluation du patient avant orientation et de l'APA pour les patients nécessitant un encadrement par des professionnels du sport-santé ».

Hauts de France :

« Mieux accompagner les MSS financièrement ».

Grand Est :

« Passage dans le droit commun/financement de l'APA ou à défaut accompagnement à la reprise d'une AP pour les malades chroniques par la CPMA.

Allocation d'un budget annuel dédié au déploiement d'une politique AP à des fins de santé en région notamment pour permettre aux ARS et aux DRAJES de soutenir et de s'appuyer sur les MSS habilités ».

Provence-Alpes-Côte d'Azur :

« Mise en place d'une véritable politique de prévention incluant les APS, avec bilans physiques, accompagnement des personnes. Ne pas la faire dépendre uniquement des bonnes volontés. Impliquer davantage la CPAM pour ce qui est de l'APA thérapeutique et rembourser au moins la remise aux APS (ou augmenter « nos » budgets) » .

Normandie :

« Prise en charge financière (CPAM) des bilans et des séances d'APA prescrites notamment pour les publics prioritaires (personnes très sédentarisées, malades chroniques) lors des programmes passerelles ».

Pays de Loire :

« Remboursement de la pratique pour certaines catégories de personnes pour encourager les médecins à prescrire, motiver les patients les plus démunis à s'engager dans la pratique, et soutenir les MSS qui reposent trop sur la bonne volonté de quelques-uns ».

Bourgogne-Franche-Comté :

« Donner une vision stratégique du sport-santé à moyen terme des financements pour créer, maintenir ou développer cette stratégie par rapport au déploiement, son implantation en région ».

La Réunion :

« Prise en charge financière au titre du remboursement par la CPAM de la prestation de l'APA dans le cadre des dispositifs de sport-santé sur ordonnance prioritairement en lien avec les MSS ».

Guadeloupe :

« Fonds FIR dédiés et sanctuarisés pour la lutte contre les maladies métaboliques par le sport-santé ».

Martinique :

« Inscrire les MSS dans le dispositif d'exercice coordonné de premier recours (au même titre que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) par exemple) en prévoyant un cofinancement ARS/DRAJES/Sécurité sociale et des financements nationaux dédiés, de fonctionnement et d'activité. Financer davantage les clubs et ligues sportives ».

4.4.6. Freins et préconisations pour améliorer la stratégie et la communication nationale du sport-santé

PRINCIPAUX FREINS :

- Textes législatifs mal adaptés ou changeant trop fréquemment.
- Absence de directives nationales précises nationales en respectant les spécificités territoriales.
- Manque de visibilité des structures opérationnelles sport-santé.
- Manque de communication et de sensibilisation auprès des professionnels de santé, de la population, du monde sportif, du monde professionnel et des collectivités.

PRÉCONISATIONS :

Ile de France :

« Une plus grande couverture nationale, déclinée localement semble aussi être un levier. Trop peu de professionnels connaissent actuellement les dispositifs ».

Normandie :

« Mise en œuvre d'une communication nationale avec mise à disposition d'outils sur les bienfaits de l'AP et sur le rôle des MSS pouvant être déclinés au niveau régional ».

Pays de Loire :

« Information à grande échelle sur les risques de la sédentarité et de l'inactivité physique. Faire de la pédagogie avec des chiffres simples, connus des experts mais pas de la population comme « 30 minutes d'AP quotidienne peut diminuer son risque de mortalité précoce de 30%. Passer le plus de temps possible debout ou à marcher qu'assis ou allongé. Notre espérance de vie est corrélée à notre capacité physique, etc ». La réaction du grand public, des élus, des enseignants à ces notions simples (appuyées par des références médicales fortes), est toujours : « pourquoi n'est-on pas informé de ces connaissances ? ». Le message positif insistant sur le fait que l'on a des résultats importants avec des efforts raisonnables, apporte une touche optimiste qui doit convaincre le plus grand nombre ».

Centre Val de Loire :

« Faire connaître la stratégie sport-santé auprès des structures les plus proches des usagers ».

La Réunion :

« Déployer partout un dispositif de labellisation des créneaux sport-santé à l'instar de ce qui est fait à La Réunion. Cela permettrait de sécuriser les pratiques d'APA ».

Guyane :

« Animer et faire connaître le dispositif sport-santé auprès du grand public ».

4.4.7. Freins et préconisations pour améliorer l'organisation, la coordination et les ressources humaines dans le sport-santé

PRINCIPAUX FREINS :

- Défaut de coordination entre ARS/DRAJES et les acteurs du sport-santé au niveau territorial.
- Absence de travail en réseau en particulier avec les collectivités locales.
- Manque de coordination et de visibilité entre les acteurs au niveau local.
- Trop grandes régions géographiques qui sont éloignées des spécificités territoriales. Exemple de l'Auvergne qui sous l'impulsion du CHU de Clermont-Ferrand a été la première région à créer un site internet répertoriant tous les acteurs de l'APA financé par la DRAJES avec le soutien de l'ARS et des STAPS. La grande région AURA a voulu le gérer et tout s'est arrêté.
- Absence ou insuffisance de référents sport-santé au niveau régional et/ou départemental des organes déconcentrés de l'état.
- Confusion liée la multiplicité des dispositifs et manque de coordination.

PRÉCONISATIONS :

Hauts de France :

« Augmenter les moyens humains sur la thématique sport-santé en région et dans les départements ».

Grand Est :

« Réflexion à engager sur l'articulation et la coordination des MSS sur le territoire. Formation, expertise, innovation et recherche sont autant de sujets qui nécessitent une réflexion à une échelle plus large que celle des MSS ».

Provence-Alpes-Côte d'Azur :

« Donner les moyens légaux et financiers aux ARS pour développer et renforcer un réseau MSS, pour assurer un ancrage local, une coordination entre les acteurs du sport et de la santé et les confirmer en tant qu'acteurs incontournables du sport-santé ».

Bourgogne Franche-Comté :

« Asseoir la SNSS et conforter son déploiement régional en s'appuyant sur un opérateur régional assurant les missions suivantes : animer le réseau des acteurs du sport-santé (dont les MSS), promouvoir le sport-santé, développer des outils en appui des acteurs, veiller à la qualité des programmes et interventions, développer les partenariats (EN, CPAM, Collectivités, maison de santé pluridisciplinaire, CPTS...).

Garder, instaurer ou créer suivant les régions une dynamique ARS/DRAJES par des comités de pilotage au service de la politique du sport-santé ».

La Réunion :

« Tendre vers l'établissement de conventions entre les différentes parties prenantes : ARS/DRAJES, collectivités territoriales et structures MSS implantées dans les territoires. A l'instar des contrats locaux de santé, elles permettraient de poser les bonnes bases pour le maillage territorial. Autre mesure prioritaire, le renforcement des moyens humains en DRAJES et en ARS pour le pilotage de la politique sport-santé régionale ».

4.4.8 Freins et préconisations pour améliorer la formation dans le sport-santé

PRINCIPAUX FREINS :

- Déficit et hétérogénéité des formations initiales et continues dans le domaine du sport-santé à destination des professionnels de santé.
- Manque d'adhésion des médecins à la prescription du sport-santé.
- Manque d'information sur la formation, le rôle et la place des intervenants en sport-santé : masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en APA, éducateurs sportifs fédéraux formés au sport-santé.

PRÉCONISATIONS :

Auvergne Rhône Alpes :

« Favoriser l'information et la formation de l'ensemble des professionnels de santé et des professionnels du sport, en proposant des formations initiales et continues, sur les thématiques du sport-santé bien être et sur les thématiques de préservation de la santé des pratiquants ».

Nouvelle Aquitaine :

« Développer la formation à la prescription d'APA dans le cadre du cursus des médecins ».

Grand Est :

« Inclure une formation APA dans la formation initiale des professionnels de santé et notamment les prescripteurs. Encourager fortement les prescripteurs non formés à suivre une formation continue en la matière ».

Normandie :

« Formations qualifiantes sport-santé officielles des éducateurs sportifs titulaires de brevets d'État pour la prise en charge de publics spécifiques ».

Pays de Loire :

« Sensibiliser les médecins : qui restent, pour les plus de 40 ans, très frileux sur la prescription d'activité physique, quand ils ne méconnaissent pas tout bonnement le dispositif. De même sur l'existence des maisons sport-santé. Les tentatives d'information par l'ARS, l'URPS, la CPAM restent complexes à mettre en œuvre. L'action la plus efficace a été de passer par le réseau des CPTS et MSP, avec l'appui de l'ARS. Les formations continues restent très peu investies par les médecins en exercice (sauf pour les médecins du travail avec qui nous avons un programme de formation qui fonctionne assez bien). Une piste d'action pourrait s'appuyer sur les caisses d'assurance maladie, aptes à diffuser de l'information aux médecins sur les réseaux sport-santé et la prescription (via les D.A.M., par exemple), mais aussi aux patients en ALD : des flyers les renseignant sur les maisons sport-santé pourraient leur être remis en début de prise en charge ».

Polynésie française :

« La Polynésie française a mis en place pour les éducateurs sportifs de niveau IV ou supérieur, qui souhaitent investir le champ de l'APA, un certificat complémentaire (CC) « sport-santé » leur permettant d'être intégrés à la liste des enseignants pouvant dispenser des APA dans la cadre de la Loi de Pays APA ».

4.4.9 Freins et préconisations pour améliorer l'équipement et l'environnement pour le développement du sport-santé

PRINCIPAUX FREINS :

- Déficit en équipements sportifs

PRÉCONISATIONS :

Globalement

Favoriser la mutualisation des équipements avec les collectivités locales, le secteur sportif marchand, favoriser les déplacements actifs.

Coordination avec les établissements scolaires pour favoriser la pratique sportive des élèves sur les différents temps scolaires, péri et extra scolaires.

Guadeloupe :

« Un programme volontariste pour rendre l'environnement favorable à l'APS, afin de rendre accessible (gratuit et proche) des lieux d'exercice d'AP. »

Corse :

« Aménagement du territoire (nb d'infrastructures, proximité, mobilités actives) développer le sport-santé au travail, possibilité de pratiquer sur un même lieu pour les enfants et les parents. »

Martinique :

« Rendre l'avis de l'ARS en matière d'aménagement du territoire favorable à la santé décisif et non uniquement consultatif (pour favoriser les transports en commun, les espaces sportifs dans les grands espaces urbains, les trottoirs et pistes cyclables). »

4.4.10 Autres préconisations remarquées

Les experts de la mission ont remarqué d'autres préconisations spécifiques dans le milieu scolaire et professionnel qui méritent d'être rapportées.

MILIEU SCOLAIRE :

Dans le cadre du soutien des politiques de prévention des ARS, il serait intéressant d'avoir des retours sur le déploiement de l'activité physique en milieu scolaire et de pouvoir impulser dans la formation initiale et continue des enseignants d'activité physique des notions de sport-santé, promotion de la santé.

Revoir l'organisation de la promotion de l'APS en milieu scolaire et la place de la médecine scolaire dans ce cadre.

Mettre en place des parcours de « dépistage » chez les enfants en âge scolaire.

MILIEU PROFESSIONNEL :

Soutenir financièrement ou développer davantage les politiques incitatives pour l'APS en milieu professionnel.

4.4.11 Actions et dispositifs exemplaires mis en place dans les territoires

Chaque région présente un ou plusieurs dispositifs intéressants, qui tous risquent de disparaître du fait d'un manque de financements et de ressources humaines

Les plus exemplaires, selon les experts de la mission, sont présentés ci-dessous.

Pays de la Loire :

Proposition d'un parcours régional proposé aux médecins pour faciliter la prescription d'APA et la pratique d'APS adaptée à leurs patients. Depuis 2020 le soutien financier de l'ARS et de la DRAJES s'est porté sur le déploiement de ce parcours. Ce parcours baptisé « On y va ! » onyva-paysdelaloire.fr a été conçu par un groupe technique élargi associant des représentants du champ de la santé, du sport, des collectivités territoriales, des représentants de la CPAM et des mutuelles. Sa mise en œuvre a ensuite été confié à la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) Nutrition, partenaire et opérateur du Plan Régional du Sport-santé Bien Être (PRSSBE). « On y va ! » a déjà permis le référencement des offres d'APS sportive adaptée, l'orientation de nombreux patients vers l'APA, la sensibilisation, l'information et la formation de professionnels de santé et des collectivités, des éducateurs sportifs, de la CPAM de Loire Atlantique suivie d'une campagne des délégués auprès des médecins généralistes, le regroupement en collectif des MSS du Maine-et-Loire, le soutien par l'ARS à la mise en place d'ateliers d'activité physique dans des EHPAD / SSIAD.

Toutes les informations sur le parcours et les outils de « On y va ! » sont disponibles sur son site : onyva-paysdelaloire.fr

Nouvelle Aquitaine :

Le dispositif PEPS (<https://www.peps-na.fr>) Au 1^{er} janvier 2023, 1616 médecins ont prescrit de l'AP au moins 1 fois sur l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine. Plus de 8000 prescriptions ont été reçues. 661 structures proposent 1241 possibilités d'activités.

Hauts de France :

Le dispositif DK Pulse (bus sport-santé).

Grand Est :

Le dispositif Prescimouv (<https://www.prescimouv-grandest.fr/>) et le développement des APS en périnatalité (enquête, ligue des mamans, MOM fit..).

Normandie :

Le dispositif MAPAC (<https://imapac.fr/>) pour « Initier et maintenir une activité physique après cancer ».

Bretagne :

Un partenariat avec le Stade Rennais Football Club (<https://bouge.staderennais.com>) et « bouge ta classe » (<https://bouge.staderennais.com/bouge-ta-classe>).

Le développement du programme « bougeons ensemble » avec l'académie de Rennes et l'appui de pédiatres du CHU de Rennes pour la délivrance de certificats médicaux quand justifiés.

Le programme « D marche » de motivation en partenariat avec des infirmières Azalée sur des groupes de personnes âgées.

Bourgogne Franche Comté :

Un parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS) créé en 2011. Il permet un accompagnement personnalisé des patients ciblés par loi du SSO de 2022 dans une pratique régulière d'APA à proximité de leur domicile. En 2022 le PASS c'était 2731 personnes accompagnées, 130 structures conventionnées, 177 praticiens du sport-santé, 468 créneaux à visée thérapeutique et 1084 prescripteurs.

Le site EsPASS (<https://espas-bfc.fr>) qui propose un référencement de l'offre sport-santé bien-être et thérapeutiques, formations des professionnels de santé...

La Réunion :

Labellisation des créneaux SSBE, SS pour tous et SSO. A ce jour, 494 créneaux de SS ont été labellisés. Pour garantir un niveau de qualité et de sécurité à la population bénéficiaire l'ARS et la DRAJES ont établi avec les acteurs locaux un référentiel de formation qui s'appuie sur le cadre réglementaire en vigueur.

Guadeloupe :

Mise en place des Parcours Sportifs de Santé Sécurisé (P3S), avec 1 parcours par commune, ces parcours comprennent un espace pour échauffement et gymnastique, un parcours pour la marche et un parcours avec 8 ateliers d'activité physique. Une animation hebdomadaire de 2 heures encadrée par des éducateurs sportifs formés dans le domaine « Sport-Santé » est proposé sur chaque parcours du territoire. Le tout en respectant les normes de sécurité AFNOR.

Polynésie Française :

La Direction de la santé a mis en place le en 2015 dispositif « entreprise active pour la santé de mes salariés » pour réduire les facteurs de risques des maladies chroniques. Sur la base du volontariat, le programme offre pour deux ans, l'opportunité aux entreprises d'être accompagnées dans une démarche citoyenne en les invitant à promouvoir et à mettre en place des actions (alimentation, AP, et sevrage tabagique) à destination de leurs salariés, favorisant leur bonne santé. Actuellement le réseau concerne près d'une trentaine d'entités soit près de 6 600 salariés potentiels. Un dispositif complémentaire sur le secteur public, « Mon Administration Active », est à l'étude

Le projet de loi du pays, actuellement en discussion, a pour objet d'instaurer un cadre réglementaire permettant la prescription et la dispensation d'activité physique adaptée (APA) au bénéfice des patients de Polynésie française.

5

**RECOMMANDATIONS
DU GROUPE D'EXPERTS**

Le groupe d'experts tient à saluer la décision du Président de la République de déclarer l'activité physique et sportive comme Grande Cause Nationale en 2024.

Le ministère de la Santé et de la Prévention a expressément demandé au groupe d'experts de présenter ses premières recommandations, centrées prioritairement sur la prescription de l'APA dans le cadre du SSO, le 17 février 2023 pour leur intégration éventuelle au Projet de Loi de Financement de Sécurité Sociale (PLFSS) programmé au mois de juin 2023.

Malgré ce calendrier très serré, le groupe d'experts, après analyse des premiers questionnaires reçus, des rapports, bilans et auditions sur ces questions, a clairement identifié des recommandations prioritaires qui font consensus, en son sein comme pour les entités auditionnées et dans les rapports et bilans existants analysés.

Ces premières recommandations ont été remises au ministre de la santé et de la prévention et à la ministre des sports et des JOP 2024 le 17 mars 2023 et rediscuté le 4 juillet 2023.

Elles ont secondairement été confortées, enrichies et détaillées après analyse des réponses des ARS et DRAJES et des auditions complémentaires. Plusieurs réunions avec les services des ministères et leurs cabinets, la CPAM et La Mutualité Française ont aussi été tenues.

Devant l'urgence sanitaire que représente l'impact de la sédentarité et de l'inactivité physique sur les générations futures, le groupe d'experts, considère à l'unanimité que la priorité est de mettre en place des mesures concrètes et fortes concernant la jeunesse. La seconde population à prendre en considération en priorité est celle des seniors. La problématique la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, pour laquelle l'AP régulière a un effet préventif majeur, a déjà été présenté dans ce rapport.

5.1 RECOMMANDATIONS POUR LA JEUNESSE

5.1.1 Contexte et argumentaire :

La santé physique, psychique et cognitive de notre jeunesse constitue une des premières préoccupations du groupe d'experts. Les différents rapports (ANSES, ONAPS, Haut conseil de la Santé Publique) montrent l'urgence de la situation.

Plusieurs mesures gouvernementales ont déjà été prises :

- Les 30 minutes d'activité physique quotidienne dans les écoles primaires.
- L'expérimentation de deux heures hebdomadaires supplémentaires d'EPS dans les collèges.
- Le dispositif Retrouve ton Cap pour les enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité et en surpoids.
- Le label Génération 2024

Ces mesures rencontrent des difficultés manifestes dans leur mise en place efficace. Une réflexion conjointe entre les ministères de l'Éducation Nationale, des Sports et des JOP 2024 et de la Santé et de la Prévention est nécessaire pour permettre de lever les obstacles à leur généralisation.

Le 6 février le Pr Carré, membre du groupe d'experts a présenté les résultats de l'étude scientifique intitulée "Inverser les courbes" portée par le Collectif Pour Une France en Forme et financée par la Fondation Matmut, la Fédération Française de Cardiologie et le ministère des sports. Débutée en 2021 et finalisée en 2022, elle concerne plus de 9000 collégiens de 10 à 12 ans des 3 régions Auvergne Rhône-Alpes, Bretagne et Hauts de France de niveaux socio-économiques différents. Cette étude est à la fois source d'inquiétude car le niveau de capacité physique, reflet de leur capital santé, initiale de ces collégiens est extrêmement dégradé, mais également source d'espérance car grâce à un programme de réentraînement individualisé simple et court (2 séances d'1/4 heure par semaine pendant 5 semaines) ces collégiens ont très significativement amélioré leur capacité physique. La situation semble ainsi facilement réversible.

Il est donc essentiel de mettre en place pour tous les élèves une évaluation annuelle de leur capacité physique, marqueur majeur d'espérance de vie en bonne santé, le plus tôt possible et jusqu'à la terminale, ainsi qu'un dispositif d'AP adapté pour les élèves qui en bénéficieraient.

5.1.2 Recommandations :

- 1. Évaluer chaque année avec le même test validé scientifiquement la capacité physique des élèves au moins en collège et lycée, et si possible en primaire (CM1, CM2) ainsi que leur niveau d'activité physique et de sédentarité.**

Le questionnaire *Children and Adolescents Physical Activity and Sedentary Questionnaire* (CAPAS-Q) validé pour les 8-18ans par l'ONAPS pourrait être utilisé pour évaluer les niveaux d'AP et de sédentarité

L'évaluation de la capacité physique sera faite par les professeurs des écoles, les Educateurs Territoriaux des Activités Physiques et Sportives (ETAPS) et/ou les professeurs d'EPS, formés à l'utilisation du test validé retenu. La date de l'évaluation réalisée pendant le mois de la rentrée scolaire sera fixée et imposée par le Rectorat. Les résultats de l'évaluation seront notés dans le cahier de correspondance et le carnet de santé pour un suivi permettant de détecter précocement une altération de la santé de l'enfant. Les données anonymisées seront conservées dans un fichier et constitueront une base de données nationales pour un suivi longitudinal permettant en cas de baisse significative de la capacité physique moyenne une intervention corrective.

Il apparaît indispensable que le test utilisé soit simple, validé et reproductible avec des normes selon l'âge et le sexe. Cela permettra une comparaison avec les données des autres pays, ce qui permet de comparer les freins et les leviers.

Un compte-rendu simple sera donné aux enfants sans classement ni stigmatisation, pour que les enfants de chaque niveau (faible, normal, au-dessus de la moyenne) reçoivent un message positif et encourageant.

Cette proposition a été présentée à la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) à deux reprises en mai 2023 et le 14 décembre 2023 qui nous a rendu la réponse suivante : « La mesure du niveau de condition physique des élèves à l'entrée en 6^e sera proposée à toutes les académies volontaires, à partir de l'outil développé dans l'académie de Créteil. Sur les enjeux de formation, nous avons prévu un séminaire national sur l'APS dans le premier degré l'année prochaine, ainsi qu'un enrichissement des ressources pédagogiques directement adressées aux professeurs. Les contraintes inhérentes au temps de formation des professeurs des écoles rendent difficile d'imposer une formation obligatoire pour tous »

Le groupe d'experts estime que cette réponse ne répond pas aux risques sanitaires auxquels notre jeunesse est confrontée. La mesure de capacité physique doit être proposée à tous les élèves de 6^{ème} et non sur la base du volontariat des académies qui engendre une nouvelle inégalité territoriale.

Lors de la présentation de l'étude « Inverser les courbes » par le Pr Carré en février, le ministre de l'Education Nationale avait exprimé son inquiétude face à la dégradation du niveau de capacité physique des élèves. Une directive claire de sa part incitant à la généralisation de cette mesure sur l'ensemble du territoire apparaît souhaitable.

- 2. Proposer des cours spécifiques de développement de la capacité physique par les enseignants en éducation physique et sportive aux élèves qui présentent un niveau de capacité physique le nécessitant.**

L'option Éducation Physique et Sportive Sport-santé mise en place au collège de la Somme à Ailly sur Somme par Thomas Cuisset, professeur d'EPS, est très intéressante et pourrait être citée en exemple à des fins de généralisation.

3. Orienter, si nécessaire les élèves vers de l'activité physique adaptée extra-scolaire, via notamment les maisons sport-santé.
4. Mettre en place des certificats ou attestations temporaires justifiant des adaptations de la pratique de l'éducation physique et sportive dictées par l'état de santé de l'élève.

La teneur de ces documents serait établie en collaboration par l'Éducation Nationale et le monde médical (Ordre National de Médecins, médecins du sport, pédiatres, ...)

5. Faire la promotion du pass'Sport en début et fin d'année scolaire via les écoles et les collèges pour inciter plus de jeunes à en profiter.
6. Former tous les enseignants aux méfaits de la sédentarité et de l'inactivité physique et aux bienfaits physiques, psychiques et cognitifs de l'activité physique et sportive régulière.

5.2 RECOMMANDATIONS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

5.2.1 Contexte et argumentaire :

L'APS a démontré ses bienfaits sur la santé physique, psychique et cognitive des personnes âgées. Elle diminue fortement le risque de chutes et retarde la perte d'autonomie. Elle autorise un gain de plusieurs années de vie en bonne santé.

Des informations de prévention et d'éducation à la santé en particulier grâce à l'APS devrait être proposées aux seniors lors des sessions de préparation à la retraite, des visites médicales de pré-retraite ou d'aptitude physique de même qu'une évaluation systématique de leur condition physique.

À côté des AP de la vie quotidienne il est essentiel d'encourager et d'aider toute cette population pour la pratique d'APS adaptées à leur situation, leur âge, leur capacité physique et potentielles limitations. De plus en plus d'associations et de clubs sportifs proposent des créneaux spécifiques dans ce but.

Pour les seniors atteints de pathologies chroniques et/ou de facteurs de risque marqués il faut distinguer la population en institution et la population hors institution. Les personnes hors institution, peuvent bénéficier des dispositifs d'APA à visée thérapeutique. Les personnes en institution devraient toutes pratiquer de l'AP régulière en accord avec les recommandations.

La loi de démocratisation du 2 mars 2022 préconise qu'un référent APA soit présent dans les structures type EHPAD. Ce temps d'APA doit être pris en charge par un professionnel compétent. Cette loi est loin d'être appliquée dans toutes les structures concernées et devrait concerner chaque établissement médico-social.

Ainsi, l'absence de politique publique dédiée au sport-santé pour les personnes âgées vivant en établissement explique pour une grande part que le recours à des professionnels pour réaliser de l'APA en EHPAD est extrêmement hétérogène témoignant encore d'une inégalité de soins pour ces personnes fragiles.

Un plan antichute pour les personnes âgées a été proposé. La dispersion de ses modes de financement nuit sûrement à son efficacité. En effet, certains financements proviennent des conférences des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA) portées par les départements, d'autres proviennent des caisses de retraites et d'autres organisations qui contribuent financièrement à ces appareils.... Enfin, une recommandation inscrite dans l'instruction DGCS/DSS/CNSA du 12 avril 2022 sur les orientations de la campagne budgétaire annuelle « Les ARS pourront mener des actions ciblées sur la prévention des chutes à partir des crédits délégués les trois dernières années au titre de la prévention en EHPAD ». En somme, il n'y a pas de véritable impulsion sur le sujet et le groupe d'experts est convaincus que le sport-santé doit inclure tous les âges, jusqu'au dernier âge. Une prise en charge par l'assurance maladie des séances d'APA pour la prévention des chutes doit donc être recommandée.

5.2.2 Recommandations :

1. Évaluer la capacité physique et/ou la force musculaire des seniors et encourager la pratique d'activité physique ou sportive lors des sessions de préparation à la retraite.
2. Faire des campagnes de communication, tant au niveau local que national, destinées aux seniors pour promouvoir les bonnes pratiques des activités physiques et sportives.
3. Assurer un cadre de formation commun pour les professionnels de la santé et des activités physiques et sportives pour leur prescription et leur suivi adaptés spécifiquement aux seniors.
4. Généraliser au moins un mi-temps de professionnel en activité physique adaptée au sein de chaque EHPAD et résidence pour les personnes âgées.
5. Remboursement par l'assurance maladie des séances d'activité physique adaptée pour la prévention des chutes chez les personnes âgées ou à risque.

5.3 ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

5.3.1 Contexte et argumentaire :

Les publications scientifiques et les rapports parlementaires sont unanimes sur les bénéfices de l'APA comme une thérapeutique non médicamenteuse validée comme telle en 2011 par la HAS.

Au niveau national, le cadre est posé :

- la Loi du 26 janvier 2016, le Décret du 30 décembre 2016,
- l'Instruction ministérielle du 3 mars 2017 relative aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
- la Loi du 2 Mars 2022 visant à démocratiser le sport en France en facilitant le Sport-santé par l'élargissement de la prescription de l'APA à tous les médecins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique (diabète, cardiopathie, cancer...), présentant des facteurs de risques (hypertension, obésité...) ou en perte d'autonomie.

Au niveau des collectivités locales comme l'a signalé l'Association Nationale des Élus en charge du Sport (ANDES) dans son « État des lieux des politiques locales sport-santé », on constate un très fort intérêt et un engagement croissant pour le développement de l'APA à visée thérapeutique.

Malgré ces avancées majeures, la grande majorité des médecins restent en difficulté pour prescrire de l'APA à visée thérapeutique.

Dans son guide méthodologique 2022, la HAS identifie 5 freins majeurs à la prescription de l'APA à visée thérapeutique par le médecin traitant :

- Son manque de connaissances concernant l'APA et ses impacts sur la santé.
- Ses craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une APA, en particulier chez les personnes fragiles ou atteintes de maladies chroniques.
- L'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'APA.
- L'absence de parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'AP.
- Le coût pour le patient de cette APA prescrite.

Suite à l'analyse des questionnaires et des rapports cités précédemment, le groupe d'expert a identifié d'autres freins complémentaires à ceux cités par la HAS :

- La culture en France d'une médecine essentiellement curative, basée sur les médicaments, plutôt que préventive et basée sur des thérapies non médicamenteuses validées, associées ou non aux autres thérapeutiques (à l'instar des bonnes pratiques en Europe du Nord, en Europe du Sud, au Québec).
- Le manque de formation, initiale et continue, spécifique des professionnels médicaux et paramédicaux. Seul un médecin convaincu est convaincant va engendrer une meilleure adhésion et observance thérapeutique chez son patient.
- Le manque de visibilité et de définition d'un véritable « protocole d'APA thérapeutique » malgré l'existence de référentiels de l'HAS, hélas trop mal connus des médecins.
- Le manque d'information sur les filières et dispositifs SSO existants et leurs procédures parfois complexes ou insuffisantes.
- Le manque de connaissance et de lisibilité, donc de crédibilité, sur les formations et le métier des enseignants APAS, et des éducateurs sportifs formés susceptibles de prendre en charge les patients
- La non prise en charge financière par la CPAM ni de la consultation de prescription d'APA, ni des séances d'APA.
- La non valorisation financière des prescriptions des médecins, qui pourrait être introduite comme un indicateur pour les rémunérations conventionnelles de santé publique (ROSP ou futur FPPS). Cette valorisation contribuerait à faire évoluer les bonnes pratiques médicales, inciterait les médecins à se former, à prescrire et permettrait d'évaluer le volume annuel des prescriptions et le type de patients concernés.

Au regard du nombre de citations dans les réponses aux questionnaires, des rapports existants et de leurs propres expériences, le groupe d'experts a conclu que la non prise en charge financière de la consultation de prescription et des séances d'APA constitue le frein principal au déploiement des APA à visée thérapeutique.

5.3.2 La question de l'égalité territoriale d'accès au soin

Par ailleurs, compte tenu du haut niveau de preuve de son efficacité il apparaît indispensable que l'ensemble de la population ait accès à l'APA de façon équitable.

Ce n'est absolument pas le cas actuellement. Il existe en effet des inégalités territoriales majeures, du fait d'une grande hétérogénéité de financement du sport-santé en général et de l'APA à visée thérapeutique en particulier, d'une région à une autre, dépendant notamment des politiques des ARS et DRAJES en la matière. Les constats visibles dans les retours des questionnaires des différents acteurs sont confortés par les chiffres des montants alloués au sport-santé et aux MSS par les ARS / DRAJES (tableau 2). Les financements par habitant allant du simple au quintuple selon les régions en France Métropolitaine avec des financements fléchés sur les programmes d'APA à visée thérapeutiques permettant un reste à charge nulle pour le patient dans certaines régions et aucun dispositif proposé dans d'autres.

L'exemple de Strasbourg, avec près de 500 médecins prescripteurs, prouve que lorsqu'un système est organisé, financé et lisible, l'engagement des médecins est assuré, et le recours à la pratique d'APA important. Plus largement, le dispositif « Prescimouv » mis en place par l'ARS Grand Est qui permet une prise en charge financière du bilan et de 14 séances d'APA a démontré son efficacité et sa faisabilité. Mais cet exemple, où l'engagement en faveur du SSO est politique, historique et spécifique, avec un engagement financier fort de tous les acteurs, ne peut être transposable partout dans les conditions actuelles.

Il apparaît donc indispensable que pour assurer un égal accès au soin qu'est l'APA à visée thérapeutique, un financement équitable et solidaire soit mis en place sur l'ensemble des territoires, via une prise en charge par l'Assurance Maladie des programmes d'APA à visée thérapeutique sous prescription.

5.3.3 Conditions raisonnables de prescription et de réalisation d'un programme d'APA à visée thérapeutique pris en charge financièrement

Le groupe d'experts se base sur les conditions de prescription et de réalisation très strictes proposées par la HAS en 2022, avec 4 points essentiels²:

2. (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante)

Modalités du programme d'APA :

L'APA est prescrite sous forme de programmes dispensés par un professionnel de l'APA. Le professionnel de l'APA va adapter le programme à la (les) pathologie(s), aux capacités fonctionnelles et aux limites d'activités du patient, ainsi qu'à son degré d'autonomie et à ses risques à la pratique de l'APA.

Un programme d'APA à visée thérapeutique justifié par l'état de santé du patient se compose de 2 à 3 séances d'AP par semaine, sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable. Chaque séance d'APA dure entre 45 min à 60 min et associe des AP endurance aérobie et de renforcement musculaire. Il doit y avoir au moins un jour de repos entre les séances.

Selon la pathologie ou l'état de santé ciblé, d'autres types d'exercices peuvent être associés : des exercices d'équilibre (par exemple pour : les personnes âgées, la maladie de Parkinson, etc.), des exercices de coordination (par exemple pour : la maladie de Parkinson, etc.), des exercices d'assouplissement (par exemple pour : les arthroses périphériques, lombalgies chroniques, etc.) ou des exercices respiratoires (par exemple dans l'asthme ou la bronchopneumopathie chronique obstructive, etc...). Chaque séance est précédée par une phase d'échauffement et se termine par une phase de récupération

L'APA, lorsqu'elle est indiquée, doit se surajouter aux AP quotidiennes du patient.

- Conditions à réunir pour une prescription initiale d'une APA par un médecin, afin de garantir son efficacité, sa sécurité et la prise en charge médicale globale :

Le patient est atteint d'une maladie chronique stable, présente un facteur de risque ou est en situation de perte d'autonomie pour lequel l'APA a démontré des effets bénéfiques.

Il n'a pas un niveau régulier d'AP, égal ou supérieur aux recommandations de l'OMS.

Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et sécuritaire.

Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement physiquement plus actif et moins sédentaire est à terme envisageable.

Conditions de renouvellement du programme d'APA par un médecin ou un masseur kinésithérapeute :

Les quatre conditions de la prescription initiale sont respectées, et en particulier la stabilité de la maladie.

La maladie, son évolution ou l'état de santé général du patient ne lui permettent pas de passer à une pratique d'AP ordinaire, supervisée ou en autonomie.

La reprise ou la poursuite d'une APA permet une stabilisation ou une évolution favorable de la pathologie ou de l'état de santé du patient.

Conditions d'arrêt du programme d'APA :

Elles se réfèrent à la capacité de la personne à pratiquer des AP ordinaires autonomes de façon sécuritaire ou à son refus de suivre cette thérapeutique non médicamenteuse.

Le programme d'APA arrive à son terme. Le patient pratique des AP régulières ordinaires en autonomie ou encadrées.

Le programme d'APA est interrompu avant son terme à la demande du médecin dans les cas où la maladie est déstabilisée ou le patient présente une contre-indication à l'AP, le patient a la capacité de suivre des AP ordinaires et est en demande d'un relais avant la fin du programme d'APA.

Le programme d'APA est interrompu ou abandonné avant son terme par le patient qui renonce à cette thérapeutique de façon explicite ou de façon implicite (absences répétées non justifiées).

5.3.4 Recommandations

Pour supprimer l'inégalité d'accès à ce soin, le groupe d'experts avait présenté, à partir des éléments ci-dessus et de ceux identifiés dans les rapports existants, 2 préconisations prioritaires qui auraient pu être intégrées au PFLSS de juin 2023 et qui malheureusement n'ont pas été retenues par le gouvernement.

Malgré tout le groupe d'experts maintient ces deux recommandations essentielles pour le développement de la prescription de l'APA à visée thérapeutique et propose :

1. **Faire reconnaître et financer par l'Assurance Maladie les programmes d'APA à visée thérapeutique prescrits suite à une consultation médicale, en accord avec les préconisations de la Haute Autorité de Santé.**
2. **Intégrer la prescription d'APA dans la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) qui sera prochainement remplacée par un forfait sur la prévention primaire et secondaire (FPPS).**

5.4 FORMATION, SENSIBILISATION ET RECONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS

Concernant les professionnels de santé, le groupe d'expert souligne quelques points.

Dans le cadre de la formation initiale des médecins, le groupe d'experts note que dans le programme des Epreuves Classantes Nationales (ECN), actuellement sur les 3 items consacrés à la nutrition, un seul est véritablement consacré à l'AP et il concerne la nutrition du sportif et les risques du sport intensif. Un contact a été pris avec le CNU de nutrition pour qu'un item soit entièrement consacré à la nutrition, un item aux effets de l'APS en prévention I, II et III et à la prescription d'AP et le dernier resterait inchangé. Contacté le CNU n'a pas semblé défavorable à cette proposition, la Conférence des Doyens et le ministère de l'Enseignement Supérieur ont alors été saisis pour validation, malheureusement cette proposition est restée sans réponse de leur part.

Une bonne information des médecins sur les filières de prise en charge des patients apparaît indispensable pour dédramatiser au maximum la prescription de l'APS à visée thérapeutique.

L'utilisation de logiciels et/ou de dispositifs d'aide à la prescription de l'APS à visée thérapeutique devrait être généralisée. Nombre d'entre eux font l'objet d'un développement continu en partenariat avec des médecins, des scientifiques, des institutions et facilitent grandement la prescription des utilisateurs.

La même attitude devrait être adoptée vis-à-vis des programmes de formations de tous les autres professionnels de santé.

Concernant la formation des professionnels de santé le groupe d'experts recommande de :

1. **Inclure dans la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé des modules obligatoires sur l'impact de l'AP sur la santé, la promotion de l'AP et la prescription de l'APA à visée thérapeutique.**
2. **Charger les délégués formés de l'assurance maladie de sensibiliser les médecins à la promotion de l'AP et à la prescription de l'APA à visée thérapeutique.**

Concernant la formation et la reconnaissance des différents intervenants en APA le groupe d'experts a noté différents éléments importants.

Si les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychométriciens sont bien identifiés par les médecins pour la prise en charge en APA de leurs patients avec limitations fonctionnelles sévères, il n'en va pas de même pour les enseignants en APA Santé (EAPAS), ni pour les éducateurs sportifs formés à l'encadrement des personnes concernées par l'APA. Or si le recours à l'APA à visée thérapeutique se développe comme la situation sanitaire et le nombre croissant de malades chroniques le laisse pressentir, le besoin en intervenants en APA sollicités va aller croissant également. De l'avis de tous les acteurs de terrains, l'implication de tous les intervenants en APA formés à cette prise en charge est absolument nécessaire. Leurs rôles sont complémentaires, et l'implication de tous, en accord avec leur compétence précisée par la HAS, doit être favorisée.

Concernant la formation des EAPAS, cette dernière est adossée à des fiches inscrites au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) qui attestent de compétences précises et spécifiques. Acteurs de la prévention, les EAPAS sont depuis peu associés au Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) via

la publication des fiches métiers d'EAPA et de Coordinateur en APA pour la fonction publique hospitalière. En effet, beaucoup de prérogatives « médicales » sont intégrées dès leur formation initiale (physiologie, pathologies, anatomies, psychopathologies...).

Concernant la formation des éducateurs sportifs formés à l'AP-santé, il apparaît absolument nécessaire que les formations, pléthoriques et hétérogènes selon les conclusions de plusieurs fédérations sportives, qui leur sont destinées soient uniformisées et solidifiées (via un certificat complémentaire au Registre Spécifique par exemple) pour une prise en charge sécurisée des patients et une reconnaissance sans crainte par les médecins prescripteurs. Une certification complémentaire nationale pourrait ainsi être proposée.

Le dispositif de SSO place l'APA au sein du parcours de soins de la personne pour permettre une complémentarité avec les autres thérapeutiques, médicamenteuses ou non. L'APA comme toute thérapeutique non médicamenteuse nécessite l'implication directe du patient encadré si besoin par un professionnel de l'APA. Dans ce cadre l'ANSES, la HAS, l'INSERM, et le code de santé publique, référencent l'EAPAS comme un acteur dans la politique de développement de l'APA dans le domaine du sport-santé.

L'EAPAS est reconnu de longue date dans certains textes officiels comme la circulaire de 2008 réglementant l'activité des SSR et dans le cadre du décret de 2016. C'est un métier implanté depuis des années dans les milieux sanitaires et sociaux.

Les EAPAS participent grandement à la prévention secondaire et tertiaire dans le cadre de leur activité, et plus particulièrement via la législation sur la prescription d'APA par les médecins à de nombreux types de patients.

Malheureusement la méconnaissance des compétences des EAPAS en la matière peut parfois mener à des rivalités avec d'autres professionnels. Or la reconnaissance en tant qu'auxiliaire médical, au même titre que l'ambulancier, l'opticien, l'ergothérapeute, pourrait mener à mieux reconnaître le métier afin de mettre en lumière la complémentarité des compétences de chaque profession.

De plus concernant l'aspect financier, la reconnaissance des EAPAS permettrait une prise en charge financière de l'Assurance Maladie des bilans/entretiens complémentaires des patients sous prescription médicale, ainsi que des séances spécifiques d'orientation vers les structures sportives référencées. Cette reconnaissance permettrait également à de nombreux employeurs d'intégrer les EAPAS dans leur contrat pluri annuel d'objectif et de moyens (CPOM). Dans ce cadre, en tant que qu'auxiliaire médical, l'EAPA sera cadré par la prescription médicale, ce qui est déjà prévu par les conditions décrites à l'article L1172-1 du Code de la Santé Publique.

Ainsi, décider d'inclure dans le domaine de la santé les EAPAS, permettrait une réelle prise en compte de leur travail dans le parcours de soins des patients, facilitant le rôle de chacun en complément des autres thérapeutiques.

Le groupe d'experts propose donc en conséquence de :

- 3. Reconnaître les enseignants en activité physique adaptée santé en tant qu'auxiliaires médicaux.**
- 4. Concevoir et mettre en place un socle commun national et validé de formation des éducateurs sportifs à l'encadrement des personnes concernées par le sport-santé**

5.5 FINANCEMENT DU SPORT-SANTÉ ET DES MAISONS SPORT-SANTÉ

5.5.1 Contexte et argumentaire :

Initiées en 2019, les MSS constituent une avancée majeure indéniable.

Ces MSS ont vocation à être le guichet unique de toutes les actions autour du Sport-santé en prévention primaire, secondaire et tertiaire des maladies. Elles ont pour but d'accueillir, d'informer et d'orienter les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une APS à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge, leur état de santé ou de fragilité.

Actuellement, 573 MSS ont été habilitées sur le territoire. Il existe, d'après les bilans et les constats, une grande hétérogénéité dans les actions mises en œuvre, les publics ciblés, les missions réalisées, les objectifs et les financements de ces MSS. C'est une des raisons pour lesquelles le ministère des sports et des JOP 2024 et le ministère de la santé et de la prévention ont décidé de proposer un nouveau cahier des charges à l'occasion du processus d'habilitation des MSS, qui sera effective en janvier 2024. Afin d'assurer un maillage territorial des MSS permettant au maximum de français de bénéficier de leurs services, il apparaît indispensable que ce cahier des charges soit adapté aux spécificités des territoires, mais aussi qu'un financement suffisant leur permette de fonctionner et de se développer. Car la réalité remontée du terrain, c'est que nombre de MSS sont, faute de financement suffisant, soit au point mort, soit en péril de le devenir, ou bien survivent grâce à des « glissements d'activité » ou à un bénévolat parfois à bout de souffle.

Cette réalité a été confirmée par l'enquête réalisée par l'Union Nationale des Maisons-Sport-santé (UNMSS). En effet, parmi les 270 réponses recueillies sur les 573 MSS :

- 220 réalisent des actions réelles (nous pouvons imaginer que parmi celles qui n'ont pas répondu, d'avantage de MSS sont des « coquilles vides »)
- 94 % se considèrent avoir un modèle économique précaire et 20,8 % déclarent avoir un modèle déficitaire

Le financement national espéré pour développer / pérenniser leurs activités se situent entre 40 et 80 K€/an. Les membres du bureau de l'UNMSS estiment que le sport-santé en France, c'est du « bricolage » de financement, d'infrastructures, de moyens humains, de formation... Les besoins prioritaires qu'ils ont identifiés sont, un financement consistant et pérenne, un meilleur accompagnement (communication, outil, méthodologie), un accès à une plateforme nationale gratuite et ils appellent de leurs vœux la création d'un poste de délégué interministériel sport-santé.

Malgré l'effort financier du ministère des sports et des JOP 2024 via les DRAJES, et de certaines ARS depuis 2019, l'inégale répartition territoriale des moyens octroyés, l'absence de modèle économique solide et pérenne et les exigences du nouveau cahier des charges d'habilitation rendent l'avenir d'un grand nombre de MSS très incertain.

Selon le groupe d'experts, sans une mesure politique forte et pérenne venant en soutien des MSS, nombre d'entre elles risquent de disparaître, et l'initiative remarquable de création de ces maisons au regard des enjeux du sport-santé, n'aura été qu'un beau concept. Encore une fois, le modèle économique de la MSS de Strasbourg est exceptionnel et dépendant d'une volonté politique locale initiale forte ayant entraîné des co-financements multiples, mais il ne peut être transposable partout.

Le Groupe d'expert préconise donc un modèle économique des MSS reposant sur un socle de fonctionnement pérenne financé par l'état via l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), et des co-financement locaux (FIR/DRAJES/ Collectivités, conférences des financeurs départementales et régionales, CPAM, hôpitaux, mutuelles ...). La prise en charge par la CNAM des programmes d'APA à visée thérapeutique pourrait, si elle est mise en œuvre, contribuer à leur modèle économique. Dans tous les cas, les MSS qui dispensent ou coordonnent ces programmes d'APA à visée thérapeutique devraient être considérées comme des établissements de soins et se voir de ce fait attribuer un numéro Finess.

5.5.2 Recommandations :

Le groupe d'experts recommande plusieurs mesures de financement de toutes les MSS habilitées, avec comme objectifs d'éviter les inégalités territoriales de santé et de permettre à ces structures de se pérenniser et de se développer :

1. **Instaurer un financement de fonctionnement pérenne par l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).**
2. **Compléter le financement national du sport-santé par des financements locaux : Fonds d'Intervention Régional (FIR), ARS, DRAJES avec de fortes incitations ministérielles, les conférences régionales du sport et les collectivités territoriales.**
3. **Réaffecter une partie (30 %) de l'enveloppe des taxes affectées sur les paris sportifs (Française des Jeux) vers le sport-santé et en particulier pour le soutien financier aux Maisons Sport-Santé. Une participation des clubs sportifs professionnels pourrait également être envisagée.**

5.6 GOUVERNANCE ET STRUCTURATION DU SPORT-SANTÉ

5.6.1 Contexte et argumentaire :

De nombreux acteurs de terrain du sport-santé, professionnels de santé, élus locaux, patients, se sentent perdus. La mise en place d'une réelle coordination avec travail en réseau entre tous les acteurs du sport-santé paraît indispensable pour offrir une meilleure visibilité. Une complémentarité entre les institutions, les professionnels de santé, les collectivités locales, les acteurs du public et du privé, le secteur marchand du sport et des loisirs est essentiel pour une meilleure efficacité.

En l'absence de MSS sur un territoire, la place des professionnels et des structures effectrices d'APA à visée thérapeutique, centres médico sportifs de collectivités locales, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), voire professionnels privés de l'APA doivent pouvoir trouver toute leur place et bénéficier d'appuis et de ressources. Par ailleurs, d'après les retours des questionnaires des ARS et DRAJES, il apparaît que certaines régions et départements ne sont pas dotés de référent sport-santé, ce qui freine le développement du sport-santé et la collaboration avec les acteurs du territoire.

Le groupe d'experts estime qu'une gouvernance et une structuration nationale et territoriale claires sont nécessaires pour permettre le développement d'une véritable politique de sport-santé nationale égalitaire sur l'ensemble du territoire. Cette gouvernance devrait reposer sur la constitution d'un réseau sport-santé. La complémentarité entre les instances institutionnelles, les professionnels de santé, les EAPA-S, les éducateurs sportifs spécialisés en sport-santé, les collectivités territoriales, les associations, les clubs et autres structures sportives, associatives et privées impliquées dans le sport-santé et les entreprises motivées devrait en effet permettre l'instauration d'un maillage et d'une déclinaison territoriale pour une efficacité optimale.

Au niveau national, la nomination d'un délégué interministériel (ministères de la santé et de la prévention, des sports et des JOP 2024, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, du travail, de la transition écologique, de l'urbanisme, des personnes âgées, du handicap...) en charge du déploiement égalitaire des APS au sein des territoires nous semble nécessaire pour clarifier, dynamiser et coordonner les actions réalisées par tous les acteurs intervenants dans le domaine du sport-santé. Ce délégué *interministériel* devra pouvoir s'appuyer sur une équipe dédiée ou sur le pôle ressource national SSBE si celui-ci devient également interministériel. Parmi ces missions faire avancer et coordonner les mesures définies par une feuille de route nationale, en lien avec les différents ministères cités précédemment. Pour cela il devra identifier un interlocuteur sport-santé dans chaque ministère.

Au niveau territorial, les besoins en accompagnement, montée en compétence, animation des MSS et des acteurs, formation des professionnels de santé et du sport-santé (kinésithérapeutes, EPA-S, éducateurs sportifs formés), pour l'APA et pour l'animation et l'évaluation d'un réseau sport-santé sont importants et exprimés. Il existe actuellement de fortes disparités selon les régions et les départements pour ce qui est de

l'existence et de l'implication des référents sport-santé. Dans certains territoires, des centres ressources, des structures d'appui, des réseaux sport-santé historiques remplissent parfaitement ces missions. Mais la plupart des territoires sont démunis. Une feuille de route et une stratégie efficace, tenant compte des identités et des spécificités territoriales, devraient être mises en œuvre pour compenser ce manque pénalisant pour le développement du sport-santé. Les collectivités locales, peuvent jouer un rôle important pour la mise en place et le développement des dispositifs sport-santé pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les travaux récents de l'ANDES et du réseau sport des collectivités locales soutenus par la DGS sur l'état des lieux des politiques locales du sport-santé en France, avec la cartographie des actions de sport-santé sur ordonnance, et l'élaboration de 10 fiches pratiques thématiques peuvent accompagner les élus locaux dans l'élaboration de leur politique sport-santé.

5.6.2 Recommandations :

1. **Nommer de façon pérenne un délégué interministériel en charge de l'activité physique et sportive pour la santé dans toutes ses dimensions, en prévention primaire, secondaire et tertiaire, avec un interlocuteur référent dans chaque ministère impliqué.**
2. **Établir un cahier des charges national et commun pour des plateformes numériques régionales qui centralisent les dispositifs sport-santé, les filières, les retours d'expériences et qui diffusent le langage commun et les messages forts du sport-santé.**
3. **Nommer des référents sport-santé territoriaux, régionaux et/ou départementaux, dans les structures déconcentrées de l'État bien identifiées par les collectivités et tous les acteurs du sport-santé.**
4. **Identifier des structures ressources territoriales et leur donner les moyens humains et financiers d'accompagner le développement du sport-santé, notamment dans les territoires ruraux et carencés.**
5. **Inscrire l'information / la sensibilisation / la formation des professionnels de santé dans les missions socles des communautés professionnelles territoriales de santé.**
6. **Inciter les collectivités locales à développer une stratégie sport-santé selon une approche globale et transversale en s'appuyant sur la maison sport-santé ressource régionale et/ou la maison sport-santé d'appui départementale.**
7. **Inscrire systématiquement la mise en place et le développement du sport-santé dans les contrats locaux de santé.**
8. **Travailler de manière collaborative en réseau.**

5.7 INFORMATION - COMMUNICATION - SENSIBILISATION

5.7.1 Contexte et argumentaire :

Il convient d'éviter de trop institutionnaliser les pratiques sportives de la population générale « en bonne santé » car qui dit institutionnaliser dit contraintes réglementaires, moyens financiers, matériels et humains.

Il faut « banaliser » la pratique d'APS pour la rendre accessible au plus grand nombre et créer une véritable culture, il est classique de parler de littéracie, de la pratique physique et sportive en sensibilisant dès le plus jeune âge par l'intermédiaire des parents, des structures de garde d'enfants, de l'école, des entreprises...

Il serait bon pour cela de s'appuyer sur des structures spécialisées pour trouver les bons mots et les bons canaux en fonction des différentes populations. Santé publique France a une bonne expérience en la matière pour la population générale de même que la CPAM pour les personnes présentant des maladies ou en situation de handicap.

Des ambassadeurs du sport-santé, sportifs, professionnels de santé, élus, ou autres pourraient intervenir dans les écoles, les collectivités, auprès du grand public sous la forme de conférences et d'ateliers pratiques.

5.7.2 Recommandations :

1. Lancer des campagnes nationales sur les méfaits de l'inactivité physique et de la sédentarité et sur les bienfaits physiques, psychiques, cognitifs et sociaux de l'activité physique et sportive.
2. Étendre ou adapter systématiquement les messages aux personnes en situation de handicap visible ou invisible, de maladie chronique, de perte d'autonomie.
3. Organiser annuellement une semaine ou au moins une journée nationale du sport-santé
4. Créer un pool d'ambassadeurs du sport-santé qui sensibiliseraient la population sur les bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique ou sportive.
5. Sensibiliser et former les élus à la thématique du sport-santé avec désignation d'un référent-communicant dans chaque territoire.
6. Diffuser largement auprès des collectivités les fiches d'actions de l'Association Nationale des Élus en charge du Sport (ANSES) et de Paris 2024 dans le cadre de son Héritage.
7. Sensibiliser tous les professionnels de santé, en particulier les pharmaciens, les infirmières, les aides-soignants à la promotion de l'activité physique ou sportive.

5.8 PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

5.8.1 Contexte et argumentaire :

Les personnes souffrant de handicaps physiques, mentaux, visibles ou invisibles sont particulièrement à risque d'être touchés par les méfaits de l'inactivité physique et de la sédentarité.

De par leurs difficultés de déplacement, leur isolement physique et souvent social ces personnes sont très majoritairement éloignées de toute pratique d'AP qui doit être adaptée à leurs spécificités. Les équipements ne sont pas toujours adaptés, les éducateurs sportifs souvent insuffisamment formés.

Pour les usagers vivant avec un handicap et désireux de pratiquer une APS, le coût des appareillages de para sport est très souvent un frein pour sa pratique. Pour le groupe d'experts une aide à sa prise en charge est justifiée. Il conviendra de distinguer le grand appareillage (orthèse, prothèse, podo-orthèse et fauteuil roulant) qui doit rester sous couverture d'une prescription médicale et d'un suivi spécialisé, de l'aide technique à la pratique d'une APS (sécurité et contrôle des flux).

Les professionnels de santé, comme souvent les techniciens du sport sont insuffisamment formés aux particularités et au suivi spécifique des personnes vivant avec un handicap (notion de singularité et de risque spécifiques à la pratique).

La dimension santé des personnes en situation de handicap désireuses de pratiquer un sport est plus prégnante que celle de la population générale (réserves de pratiques, aides techniques, grand appareillage orthopédique, prise de médicaments, troubles cognitifs et psychiques, suivi santé spécifique et singulier). Des critères spécifiques au para-sport-santé devraient donc être inclus dans le cahier des charges de toutes les structures accueillantes comme les maisons sport-santé.

La population des personnes en situation de handicap est très hétérogène avec des enjeux et des freins à la pratique des APS complexes. Il est donc nécessaire d'aborder le sujet de la mise à la pratique à partir d'une réflexion globale incluant de nombreux acteurs (usagers, sport, santé, territoire, social,...).

La pratique régulière d'une APS à visée ludique, sportive ou sanitaire reste très faible dans la population des personnes en situation de handicap. Une mise en commun des informations dans ce cadre permettrait de faciliter la mise en place et le développement de structures d'accueil pour l'APS dans tous les territoires et ainsi de diminuer l'inégalité actuelle.

5.8.2 Recommandations :

- **Assurer le « zéro reste à charge » de l'appareillage de parasport.**
- **Assurer la formation des professionnels de santé, mais également les techniciens du sport aux particularités et au suivi spécifique des personnes vivant avec un handicap.**
- **Généraliser les accès « Personnes à Mobilité Réduite » des équipements sportifs et mener une réflexion sur leur accessibilité depuis les lieux de vie des personnes en situation de handicap.**
- **Intégrer dans le cahier des charges des maisons sport-santé des critères spécifiques au parasport-santé.**
- **Créer des groupes de réflexion territoriaux multidisciplinaires incluant les usagers afin que les réponses à la pratique du Parasport se rapprochent au plus près du territoire (forces et faiblesses) et des usagers.**
- **Établir un data hub national des données de pratique afin de pouvoir s'appuyer sur des données fiables permettant d'adapter les politiques de développement.**

5.9 POPULATION GÉNÉRALE ADULTE

5.9.1 Contexte et argumentaire :

Comme déjà évoqué précédemment, d'après une étude de l'ANSES, 95% de la population adulte française est exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou du fait d'une sédentarité excessive.

L'OMS estime qu'en France si rien n'est fait pour améliorer le niveau d'activité physique de la population c'est plus de 6 millions de nouveaux malades chroniques qui devront être pris en charge entre 2020 et 2030 avec un coût estimé à plus de 10 milliards d'euros.

Notre modèle sanitaire et social est donc en danger. Le risque à terme est de ne plus pouvoir le financer du fait de l'explosion des dépenses mais également d'un défaut de recettes lié à un nombre exponentiel de personnes en incapacité de pouvoir travailler. La désertification médicale que nous subissons actuellement étant un facteur aggravant indéniable.

Le dispositif « Mon Bilan Prévention » en cours d'expérimentation dans les Hauts de France doit être généralisé sur l'ensemble du territoire en juin 2024. Il propose aux assurés sociaux des bilans de prévention entre 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans et 70 et 75 ans. Il proposera à chaque visite un repérage des risques individuels et la décision partagée des priorités à traiter ainsi qu'un entretien motivationnel qui peut aider au changement des comportements vis-à-vis des habitudes de vie. Dans le cadre de la pratique régulière de l'APS ces visites pourraient avoir un impact important. L'évaluation lors de celles-ci des niveaux individuels d'activité physique et de sédentarité devra être systématique. Le groupe des experts pense que l'évaluation systématique de la capacité physique et/ou de la force musculaire avec un dynamomètre d'usage très simple lors des trois premières visites permettrait de renseigner à partir d'abaques validées chaque personne sur son état de santé réel par rapport à celui qu'il devrait avoir à son âge. Ce genre de comparaison encourage bien souvent à changer son mode de vie si cela est nécessaire.

5.9.2 Recommandation :

1. **Évaluer la capacité physique et/ou la force musculaire de la population générale adulte lors du service national universel (SNU) et lors des rendez-vous bilan prévention à 25, 45 et 65 ans.**

5.10 PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE EN MILIEU PROFESSIONNEL

5.10.1 Contexte et argumentaire

Le groupe d'experts préconise d'utiliser dans toute communication nationale, l'appellation « APS en milieu professionnel » plutôt que sport-santé en entreprise, afin de sensibiliser toutes les entités du monde professionnel, et pas que les entreprises, et la notion d'activité physique du quotidien, et pas uniquement le sport.

Comme le milieu de l'enseignement, le milieu professionnel est un haut lieu de sédentarité comme l'incidence sans cesse croissante des troubles musculo-squelettiques (TMS) le prouve alors que celles de la plupart des autres accidents du travail diminue. Par ailleurs, l'impact de l'inactivité physique et de la sédentarité sur les troubles psycho-sociaux et en particulier le burn-out est bien prouvé. La prévention de la sédentarité et de l'inactivité physique dans le milieu professionnel est donc essentielle.

La première étape indispensable à mettre en place dans le milieu professionnel est la lutte contre la sédentarité car c'est bien la station assise lors des activités professionnelles qui est la cause principale de la sédentarité d'une majorité des adultes qui travaillent (12h/jour en moyenne les jours travaillés et 9h/jour les jours non travaillés). Pour cela de nombreux outils existent déjà, produits par divers organismes privés

ou publics (sensibilisation par affiches, boîte à outils, vidéos de pauses actives, guide pratique du ministère des sports...) mais ils doivent être accessibles gratuitement et mis à disposition de l'ensemble du monde professionnel avec des messages de préférence positifs et inclusifs.

De façon unanime, le groupe d'experts considère qu'en plus d'actions de lutte contre la sédentarité, les employeurs devraient autoriser leurs collaborateurs à prendre 30 mn par jour, ou au moins 1 h par semaine sur leur temps de travail pour pratiquer une activité physique (sur ou en dehors de leur lieu de travail). Les études réalisées montrent les bénéfices en termes de qualité de vie, de santé, de cohésion, de productivité et de baisse de l'absentéisme. Mais, conscient qu'il sera très difficile d'imposer une telle mesure, il recommande que les modalités de prise en charge et de mise en œuvre de ces dispositifs soient de leur responsabilité (sociétale !)

Pour cela, les différents rapports étudiés sur la thématique mettent en évidence le besoin d'accompagnement qu'ont les employeurs pour mettre en place une politique d'APS en milieu professionnel, le groupe d'experts suggère qu'ils s'appuient sur les recommandations de l'ONAPS, qui prône une démarche globale d'accompagnement pour ce secteur : diagnostic de la structure (niveau d'AP et de sédentarité des collaborateurs, freins et opportunités), sensibilisation (du management puis de l'ensemble des collaborateurs), co-construction d'un dispositif, de préférence complet mais pouvant comprendre une ou plusieurs actions (lutte contre la sédentarité, mise en place de créneaux d'APS, de lutte contre les TMS, actions pour un environnement de travail favorable à la pratique d'AP.), mise en œuvre, suivi et évaluation.

Enfin la médecine du travail doit bien sûr participer à la promotion de l'activité physique, que ce soit au travail ou en dehors du travail, en prévention ou en thérapeutique non médicamenteuse. Elle doit toujours être en mesure de sensibiliser, recommander, orienter (notamment vers les MSS ou via les cartographies existantes) et donc être acculturée, voire formée au sport-santé. L'ordre national des médecins a par ailleurs confirmé qu'en accord avec la formulation de la loi du SSO de mars 2022 les médecins du travail pouvaient prescrire de l'APA qui est une thérapeutique non médicamenteuse

5.10.2 Recommandations :

1. **Concevoir et diffuser le plus largement possible, en privilégiant la forme numérique, un kit de sensibilisation et de promotion des activités physiques et sportives et de diminution du temps de sédentarité en milieu professionnel**
2. **Inciter à améliorer l'ergonomie des bureaux pour diminuer la sédentarité sans bouger.**
3. **Étendre la portée du décret n°2021-680 du 28 mai 2021 relatif à la pratique du sport en entreprise et à l'exonération des cotisations et contributions sociales dont elle bénéficie, aux prestations d'accompagnement des employeurs à la mise en place de dispositifs d'activité physique ou sportive en milieu professionnel selon l'approche de l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.**
4. **Favoriser l'implication du médecin du travail, médecin de prévention par excellence dans la prescription de l'activité physique adaptée en particulier aux personnes présentant des facteurs de risque en accord avec l'élargissement de celle-ci selon le décret n° 2023-234 du 30 mars 2023**
5. **Étudier la possibilité de valoriser, par un label ou autre outil, les structures professionnelles qui respectent le cahier des charges de la norme de l'Association Française de normalisation (AFNOR) « Activités Physiques en milieu professionnel »**

5.11 ÉQUIPEMENTS SPORTIFS ET URBANISME

5.11.1 Contexte et argumentaire :

Les équipements sportifs et l'urbanisme jouent bien évidemment un rôle essentiel dans la mise en place des politiques sportives que cela soit dans le cadre du sport fédéral, du sport loisir et du sport-santé bien-être en particulier dans le cadre des mobilités actives.

Les collectivités locales jouent ici un rôle essentiel car pratiquement 80 % des équipements leur appartiennent et elles en sont de loin les premiers financeurs.

L'ANDES est un partenaire historique du monde sportif et est consultée par les autorités. Elle établit périodiquement des états des lieux, des guides pratiques qui sont très utiles aux élus locaux.

Un effort important sur la création d'espaces sportifs de plein air en accès libre comme les parcours santé, parcours de marche, espaces street workout, parcours connectés, Parcours d'Activités Santé Senior (PASS) en particulier à proximité des EHPAD doit être réalisé.

5.11.2 Recommandations :

1. **Créer des voies sécurisées pour faciliter les mobilités actives dans la vie quotidienne.**
2. **Créer des espaces sportifs de plein air en accès libre.**
3. **Rénover et construire de nouveaux équipements sportifs en particulier dans les territoires sous-dotés.**
4. **Mutualiser les équipements à l'échelle d'un territoire pour optimiser leur fréquentation et limiter les coûts.**

5.12 FACILITER LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

5.12.1 Contexte et argumentaire :

Le groupe d'experts considère que tout doit être fait pour motiver et faciliter la pratique des APS.

La pratique sportive pour tous repose essentiellement sur l'engagement de bénévoles. Les exigences et les contraintes réglementaires sont telles qu'elles finissent par les décourager. La professionnalisation progressive du sport amateur à laquelle nous assistons même si elle est parfois nécessaire, devient problématique du fait de la charge financière et des exigences de connaissances qu'elle impose. S'y ajoutent les risques juridiques qui rebutent nombre de dirigeants et organisateurs.

Concernant les pratiquants, la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France a spécifié que pour obtenir ou renouveler une licence et participer à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication (CACI) à la pratique sportive n'était plus obligatoire pour les personnes mineures. Il en est de même pour les personnes majeures sauf si la fédération du sport choisi l'exige. Cette restriction, compréhensible à la rigueur pour les disciplines à contraintes particulières (cf article D.231-1-5 du code du sport), est surprenante et ne repose pas sur de réelles données scientifiques. Elle est de plus pénalisante pour la pratique sportive.

Des règles devraient être établies et respectées pour faciliter l'accès aux différentes structures sportives lors de leurs horaires de sous-utilisation.

La mise en place d'ateliers d'APS d'intensité légère à modérée, au mieux gratuites, ne nécessitant pas de certificat médical de non contre-indication animés par des éducateurs des collectivités, des associations sportives et d'intervenants extérieurs est à encourager.

Encourager les collectivités à postuler pour l'obtention de labels favorisant la pratique sportive pour tous y compris les personnes en situation de handicap comme par exemple Terre de Jeux 2024 et Ville Active et Sportive qui récompensent les collectivités locales pour leur politique sportive.

Au niveau des départements ou régions, favoriser la création et le développement de sites internet ou d'applications numériques renseignant sur les sites, horaires et conditions

5.11.2 Recommandations :

1. Favoriser la mise en place par les collectivités locales d'ateliers d'APS ouverts à tous les publics et ne nécessitant pas de certificat médical de non contre-indication.
2. Accueillir et organiser des événements sportifs grand public, de niveau régional, national.
3. Valoriser les labels favorisant la pratique sportive pour tous et qui récompensent des collectivités locales pour leur politique sportive.
4. Créer une application numérique unique centralisant les offres des associations sportives et les sites de pratique au niveau d'un territoire, avec les horaires d'ouverture et d'accès au grand public.
5. Promouvoir et développer le parasport.
6. Simplifier les démarches administratives du sport amateur pour aider au maintien des épreuves sportives qui associent à la pratique sportive nombre d'animations et d'activités sociales bénéfiques pour la collectivité.
7. Réformer la législation sur les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive en la simplifiant au maximum. La généralisation d'un questionnaire de santé et d'une attestation de décharge de responsabilité pourrait être proposée sauf pour les disciplines sportives à contraintes particulières.



EN CONCLUSION

Face aux enjeux de santé publique liés aux conséquences de l'épidémie d'inactivité physique et de sédentarité qui touche l'ensemble de la population, il est essentiel que les pouvoirs publics prennent véritablement conscience de la gravité de la situation qui met en danger notre modèle sanitaire et social. Des mesures législatives et financières fortes sont donc urgemment **nécessaires**.

Il existe malgré tout dans de très nombreux territoires une véritable dynamique autour de l'activité physique et sportive. Il apparaît donc indispensable d'aider à **fédérer** tous les acteurs institutionnels, de la santé, du sport, de l'éducation et du monde du travail.

Il y a une complémentarité et une richesse de pratiques et de visions qui doivent permettre l'émergence d'une véritable culture de l'activité physique et sportive **à tous les âges et pour tous les publics** sans exception pour faire de la France une véritable nation culturellement sportive.



ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PRÉ-AUDITION SUR LE SPORT-SANTÉ

Quelles motivations vous ont conduit à vous intéresser au sport-santé ?

Descriptif du dispositif que vous avez ou voulez développer.

Votre dispositif a-t-il été évalué et comment ?

Quelles sont les forces de votre dispositif ?

Quelles sont les faiblesses de votre dispositif ?

Quelles mesures pourraient faciliter ou améliorer votre dispositif ?

Qu'attendez-vous des institutions locales, départementales, régionales, nationales ?

Citez 3 mesures prioritaires à prendre au niveau national en faveur du sport-santé.

Commentaires ouverts

Vos réponses seront examinées par le groupe de travail de la mission correspondant aux actions développées dans votre dispositif et/ou au(x) public(s) concerné(s).

Vous pourrez être recontacté pour des compléments d'informations.

7.2 ANNEXE 2 : LISTE ET CONTACT DES ENTITÉS ET PERSONNES AUDITIONNÉES DANS LE CADRE DE LA MISSION

1. Mme. C. Nunes, Cami sport et cancer, christine.nunes-manso@sportetcancer.com
2. Union nationale des infirmières en pratique avancée, president@unipa.fr
3. Pr. P. Menu, Association régionale des cardiologues de Poitou-Charente et projet « Let's girl » paul.menu2@gmail.com
4. Mr. F. Chorin, Plateforme fragilité du CHU de Nice chorin@chu-nice.fr
5. Mme. C. Le bolloch, Association Siel Bleu coline.lebolloch@sielbleu.org
6. Mr. T. Fauchard, Mutuelle des sportifs thierry.fauchard@mutuelle-des-sportifs.com
7. MGEN vschneider@mgen.fr
8. Mr. F. Berdougou, Mme. A. Baron, Société française de santé publique francois.berdougou@sfsp.fr, amandine.baron@sfsp.fr
9. Dr. M. Rozenblat, Syndicat national des médecins du sport-santé rozenblat.marc@gmail.com
10. Mme. C. Nordmann, Dr C. Besnier, application APA Sportsanteclic colette.nordmann@outlook.fr, docteurbesnierceline@gmail.com
11. Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs president@ffmkr.org, rivier@ffmkr.org
12. Mme. A. Gousset, union nationale des maisons sport-santé, annabelle@apadegeant.fr
13. Mr. M. Colas, syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs morgan.colas@gmail.com
14. Mr. V. Berger, application Mon bilan sport-santé, yb@monbilansportsante.fr
15. Mr. M. Savary Bouge app medhi@bouge.app
16. Pr. C. Perrin, responsable master IGEAPAS claire.perrin@univ-lyon.fr
17. Mme. C. Varlet EAPA indépendante claudie.varlet75@gmail.com
18. Mme A-J. Serry, Santé publique France anne-juliette.serry@santepubliquefrance.fr
19. Mr. J. Kramarz, Groupe VYV julien.kramarz@groupe-vyv.fr
20. Mr. G. Czaplicki, plateforme GOOVE, gc@goove.fr
21. Dr. F. Nassoy-Stehlin, Conseil National de l'ordre des médecins nassoy-stehlin.frederique@ordre.medecin.fr
22. Mme. A. Devaux, Mr V. Caillet, Union sport et cycle agnes.devaux@unionsportcycle.com, virgile.caillet@unionsportcycle.org
23. Mr L. Barassin EAPA ISP-synergies institut de santé parasport connecté- Université Paris Saclay leo.barassin@ispc-synergies.org
24. Mme. N. Enjalbert Association la Vie en Rose – La Bonne Echappée naenjalbert@live.fr, lateamdesroses@outlook.fr
25. Dr. Gesbert, Réseau sport-santé EFFORMIP dr.ghestem@laposte.net
26. Dr. J-P. Caron, Programme Actifpark jeanphilippe.caron@chu-lille.fr
27. Mr. M. de SINGLY adjoint à la ville d'AVRILLE (49) desingly.marc@gmail.com
28. Mme. I. Rodrigues-Albacar, Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes ines.rodrigues-albacar@euralia.eu
29. Pr. L. Bosquet, laboratoire MOVE, Univ. Poitiers, laurent.bosquet@univ-poitiers.fr
30. Mr. J-M. Serfaty, conseiller du ministère de l'éducation nationale jean-marc.serfaty@igesr.gouv.fr
31. Mr. J. Hubac conseiller DGESCO jean.hubac@education.gouv.fr
32. Mme. B. Dely conseillère éducation nationale berenice.dely@education.gouv.fr

33. Mr. S. Richard, Application Sport100t sebastien@sport100t.com
34. Dr. A. Scemama, Haute Autorité de Santé a.scemama@has-sante.fr
35. Mme. P. Duché conseillère scientifique ministère de l'enseignement supérieur pascale.duche@enseignementsup.gouv.fr
36. UFOLEP dispositif UFOBABY fsarrailbrassens.laligue@ufolep.org, aelouadehe.laligue@ufolep-usep.fr
37. Mr. L. Tarin, PANAKEIA sport en entreprise l.tarin@panakeira.fr
38. Mr. A. Blanchard, Mr. F. Delanoye, Fédération française du sport en entreprise alain@lcse-entreprise.fr, dtn@ffse.fr
39. Mme J. Braem, Univers de la forme et du sport- entreprise Roullier
40. Mr. B. Reibel Tests sport-santé Créteil -académie de Créteil bruno.reibel@ac-creteil.fr
41. Mr. Y. Bakhallou, DRAJES CVL gymnases itinérants sport en entreprise yassire.bakhallou@ac-orleans-tours.fr
42. Dr. J. Lecocq, Société française de médecine de l'exercice et du sport, président du comité médical du CNOSEF, dispositif Médicosport-santé jehan.lecocq@cnocef.org
43. Mme. C. Bonnichon, Mr. F. Bouix, Fédération française d'équitation catherine.bonnichon@ffe.com, frederic.bouix@ffe.com
44. Mme. M. Pinel, Décathlon Sport-santé marie.pinel@decathlon.com
45. Mmes. L-M. Issanchou et P. Hamon, Mutualité Française, laure-marie.issanchou@mutualite.fr, priscilla.hamon@mutualite.fr
46. Pr. J-P. LOTZ, Oncologie hôpital Tenon de Paris, Aquadémie Paris plongée, jean-pierre.lotz@aphp.fr
47. Mr. T. Manfredini, The daily mile France, thomas@thedailymile.fr
48. Mr. T. Cuisset, Professeur EPS collège AILLY sur SOMME, option éducation physique sport-santé scolaire thomascuisset1672@gmail.com
49. Mr. V. Querton, rapport « *L'activité physique au secours de la santé publique* » victor.querton@sciencespo.fr
50. Compte rendu d'une réunion du Collectif Pour Une France En Forme
51. Mr. R. Juanico, rapport « *Évaluation des politiques de prévention en santé publique* » regis.juanico@wanadoo.fr
52. Mr. B. Belhaddad, député responsable de la mission flash relative à la prescription d'activité physique à des fins thérapeutiques
53. Mme. C. Gautier, Ministère de la santé et de la prévention, rapport « *Évaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France* »
54. Dr. P. ROULT, Médecin chef du pôle haut niveau de l'INSEP
55. Mr. T. Cailleau Bilan sur les 30 minutes d'activité physique quotidienne dans les écoles primaires et les 2 heures supplémentaires d'éducation physique et sportive dans les collèges
56. Audition Mr Mazars, député de l'Aveyron. Assemblée nationale. Commission des affaires culturelles et de l'éducation du 7 juin 2023
57. Mr. G. Lallemand, Projet PROSCeSS sur l'étude des politiques nationales de promotion de la santé au sein des clubs sportifs gabriel.lallemand@santepubliquefrance.fr
58. Mme C. Grenier, CNAM catherine.grenier2@assurance.maladie.fr
59. Mr. P. Lamblin dispositif du stade vers l'emploi philippe.lamblin@lnpca.org
60. Mr. E. Lacroix Caisse des Dépôts, direction des politiques sociales emmanuel.lacroix@caissedesdepots.fr
61. Dr. A. Fuch, expérimentation article 51 « *As du Cœur* » fuch@azursportsante.fr
62. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS)
63. Association Nationale des Elus en charge du Sport (ANDES)
64. Conseil National des Villes Actives et Sportives (CNVAS)
65. Réseau français des Villes Sport-santé de l'OMS

66. Mr. A. Pichon Président de la conférence des Doyens (C3D STAPS) aurelien.pichon@univ-poitiers.fr
67. Mr. A. Varray Président de l'association francophone de l'activité physique adaptée (AFAPA) alain.varray@umontpellier.fr
68. Mr. M. Vergnaud Président de la société française des professionnels en activité physique adaptée (SFP APA) president@sfp-apa.fr
69. Mr. T. Brun, Président de l'association des étudiants en STAPS (ANESTAPS) timothee.brun@anestaps.org
70. Mme. L. Legourd, Association NIGHTLINE France lucile.legourd@nightline.fr

7.3 ANNEXE 3 : PROPOSITIONS PHYSIQUE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE ET LES MAISONS SPORT-SANTÉ. DES RAPPORTS ET ENQUÊTE ANTÉRIEURES CONCERNANT L'ACTIVITÉ

Rapport IGAS et IGJS de mars 2018 :

- Définition d'un socle commun de formation pour les intervenants du sport-santé. Bien définir le concept et le cahier des charges des MSS.
- Concentrer l'effort des PRSSBE sur les publics défavorisés et ceux relevant de
- la prévention secondaire et tertiaire.
- Développer les études pour affiner le contenu des activités physiques (intensité, durée et fréquence d'activité physique nécessaire pour infléchir le risque de maladie ou son évolution).
- Assurer l'homogénéité des financements pour garantir la pérennité des structures et éviter les inégalités territoriales.
- Créer un fonds de soutien aux MSS par l'attribution d'une part des taxes sur
- les paris sportifs.
- Expérimentation d'une prise en charge de l'activité physique à visée thérapeutique par l'assurance maladie.

Mission flash parlementaire de M. B. Belhaddad de janvier 2019

Parmi les 10 propositions

- Proposition 1 : Intégration de la consultation médicale dans le ROSP.
- Proposition 2 : Construction d'un modèle économique efficient et partenarial, piloté par les ARS et reposant sur la solidarité nationale, avec prise en charge par la **sécurité** sociale de séances d'APA, pendant une période limitée, même à un niveau symbolique .
- Proposition 5 : Amélioration de la formation et de l'information des médecins traitants.
- Proposition 6 : Révision des exigences en matière de formation des intervenants spécialisés.

Enquête territoriale menée en 2020 par l'État.

Principales préconisations rapportées à partir des réponses de 14 territoires sur les 19 interrogés sur le développement du sport-santé.

Financement du sport-santé :

- Implication financière (ARS et DJSCS) à juste hauteur et sur plusieurs années
- Enveloppe régionale financière dédiée (EN, ARS, DRDJS)
- Remboursement de l'APA par l'assurance maladie
- Reconnaissance de l'acte de prescription pour les médecins

Formation des acteurs du sport-santé :

- Formation des professionnels de sport-santé et reconnaissance de la formation complémentaire « sport-santé » pour permettre aux anciens diplômés d'actualiser leurs connaissances puis de s'orienter soit vers le sport-santé soit vers le sport sur ordonnance

Structuration et gouvernance du sport-santé :

- Éviter l'empilage de dispositifs source de confusion
- Stabilisation des organisations en place,
- Tenir compte des spécificités territoriales notamment pour les rôles des MSS et des réseaux SSBE

- Mener une instruction conjointe avec le ministère en charge de l'emploi pour permettre une déclinaison opérationnelle territoriale du sport en entreprise
- Développer une politique de sport-santé locale pour insuffler la création d'espaces dédiés à la santé (parcours santé, ville verte, piste cyclable)

Outils et animations pour le sport-santé :

- Apporter des outils facilement utilisables aux DJSCS à destination des collectivités.
- Élaborer un guide « comment favoriser la pratique d'APS au service de la santé » avec concepts, définitions, repères, recommandations, outils recommandés (questionnaires, tests d'évaluation et de suivi), références et sites.

Rapport Juanico-Varhaegue de juillet 2021

Parmi les 18 propositions :

- Proposition 14 : Rendre la prescription de l'AP plus accessible par la prise en charge par l'Assurance maladie de la consultation spécifique d'AP incluant bilan physique et motivationnel.
- Proposition 15 : Favoriser le financement de l'AP -Via une taxe de solidarité additionnelle réduite à 5% pour les organismes de complémentaires santé qui intègrent une prise en charge financière de l'APA pour leurs adhérents (dans le cadre du contrat responsable). -Via un crédit d'impôt pour les entreprises qui favorisent par des Investissements l'activité physique et sportive de leurs salariés.
- Proposition 17 : Préciser les rôles des MSS et les pérenniser

7.4 ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE ARS / DRAJES

Mission DELANDRE

Enquête sur le déploiement de la Stratégie nationale sport-santé par les ARS – DRAJES

Le questionnaire est renseigné par l'ARS et la DRAJES et retourné le 24 février 2023 au plus tard, à : dominique.delandre@sante.gouv.fr ; ds.1a@sports.gouv.fr

Nom de la région :				
Personnes en charge du renseignement de l'enquête				
Nom	Prénom	Service	Courriel	Téléphone

Q1 – Une stratégie territoriale sport – santé est-elle formalisée ?

Si oui,

- A quel(s) niveau(x) (régional, départemental...)?
- S'agit-il d'un copilotage conjoint ARS / DRAJES ?
- Joindre le(s) document(s) de référence et les éléments de bilan existants

Si non,

Une formalisation est-elle prévue ? et à quelle échéance ?

Q2 – Quels sont les principaux partenaires (collectivités locales, CPTS, caisses d'assurance maladie, mutuelles, réseaux de santé, maisons de santé, autres...)?

Q3 : Comment avez-vous accompagné le déploiement des Maisons Sport-santé dans votre région ? Quelle distinction opérez-vous entre 1 opérateur MSS et 1 opérateur d'activité

Réalisez-vous une prise en charge financière et/ou logistique pour financer des dispositifs Sport-santé mis en place sur votre territoire par des porteurs, structures, collectivités ou organismes autres que les MSS ?

Q4. Quels sont les financements mobilisés par votre ARS / DRAJES au niveau local (et si possible, ventilés par département) pour soutenir le déploiement de la Stratégie territoriale ou plus largement la politique sport-santé ? Quel est le financement éventuel de l'agence nationale du sport ?

Période de la Stratégie nationale sport-santé 2019-2022 (+ projection 2023/2024 si existante)

Année	Montant global annuel (toutes actions confondues)	dont Maisons sport-santé
2019		
2020		
2021		
2022		
Si connu :		
2023		
2024		

Q5. Y a-t-il localement des projets emblématiques sur l'un / plusieurs des axes de la SNSS ?

Si oui, joindre les éléments existant décrivant le projet, ses porteurs, sa durée, son financement et éventuellement ses résultats

Mentionner un à trois projets

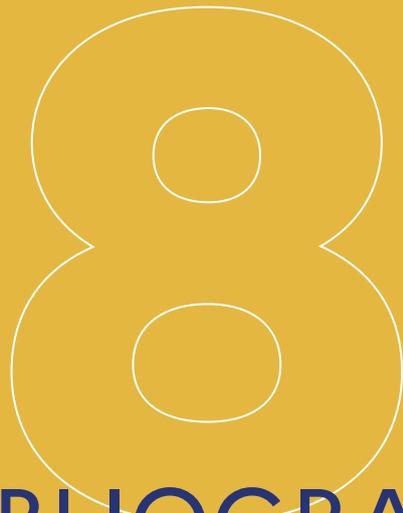
Q6. Est-ce que des projets n'ont pas abouti ?

Si oui, le(s)quel(s) et pour quelles raisons ? Est-il prévu d'apporter des améliorations et de relancer ce(s) projet(s) ?

Mentionner un à trois projets

Q7. Quels freins principaux rencontrez-vous pour poursuivre le développement de la politique sport-santé en région ? Quels points de vigilance souhaitez-vous souligner ?

Q8. Quelles seraient les trois mesures prioritaires à prendre au niveau national en faveur du sport-santé pour accélérer le développement de la politique sport-santé en région ?



BIBLIOGRAPHIE

- Ortolan S et al.. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, doi.org/10.3390/ijerph19127375)
- Guillon, M et a. Int. J. Technol. Assess. Health Care 2018, 34, 481 497.Dibben G et al. Cochrane Database Syst Rev 2021 doi:10.1002/14651858.CD001800.pub4,Bozkurt B et al. J am Coll Cardiol.doi: 10.1016/j.jacc.2021.01.030.).
- Adietev C et al. Maturitas 2023 doi: 10.1016/j.maturitas.2022.12.003., Pinheiro MB et Br. J Sports Med. 2022 doi : 10.1136/bjsports-2022-105747)
- Avis de l'ANSES relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans : [lien ici](#)
- France Stratégie Nov 2022 Activité Physique pour toutes et tous, comment mieux intégrer ces pratiques dans nos modes de vie [lien ici](#)
- Rapport ONAPS 2022 report Card Activité Physique et sédentarité de l'enfant à l'adolescent [lien ici](#)
- Racine et al, 2022 [lien ici](#)
- Guthold, R. et al. (2020) doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2
- Rapport IGAS et IGJS de mars 2018 : Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportives à des fins de santé [lien ici](#)
- Rapport d'information sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique Juanico-Varhaegue de juillet 2021 [lien ici](#)
- Enquête territoriale menée en 2020 par l'État. *Titre ? Lien ?*
- Mission flash parlementaire relative à la prescription d'activité physique à des fins thérapeutique de M. B.Belhaddad de janvier 2019 [lien ici](#)
- Etat des lieux des politiques sport-santé locales – ANDES – 2022 [lien ici](#)
- Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à l'amélioration du niveau d'activité physique de la population et à la diminution de son niveau de sédentarité en post confinement et en période de restrictions sanitaoie (avril 2002) [lien ici](#)
- Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'actovité physique 2018-2030 [lien ici](#)
- Résumé d'orientation -rapport mondial de situation sur l'activité physique en 2022 [lien ici](#)





GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

