
SPORT SANTÉ SUR ORDONNANCE

CONTEXTE ET EXEMPLES DE MISES EN OEUVRE

OCTOBRE 2017

Jacques Bigot, Benjamin Larras, Corinne Praznoczy





Crédit photo : Hervé Hamon

Le 13 septembre dernier, le Comité International Olympique a désigné la ville de Paris pour accueillir les Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024.

Cette attribution constitue une formidable opportunité, un véritable tremplin pour la promotion du sport sous toutes ses formes et pour tous dans notre pays.

La perspective de ces jeux est aussi l'occasion de faire la démonstration de la capacité du monde du sport à porter des politiques publiques innovantes.

La promotion de l'activité physique et du sport au service de la santé doit pouvoir bénéficier de ce formidable élan.

Dans ce cadre le déploiement d'une offre de pratique adaptée aux personnes atteintes de pathologies chroniques fera notamment l'objet d'une attention particulière.

Comme j'ai pu l'annoncer à l'occasion de la présentation de ma feuille de route, je souhaite que le ministère s'implique davantage dans les problématiques de santé publique, dans un cadre interministériel, que ce soit dans la mise en œuvre de plans nationaux, ou comme contributeur, partenaire ou simple relai.

La réussite de ces politiques repose bien évidemment sur l'implication des nombreux acteurs qui les mettent en œuvre sur l'ensemble des territoires et que j'encourage vivement à soutenir leurs efforts.

Dans ce cadre, l'organisation par la ville de Strasbourg d'assises du "sport sur ordonnance" constitue une excellente initiative qui s'inscrit dans le projet que je veux porter pour une France en mouvement, active et en pleine forme.

Laura Flessel

Ministre des sports



La ville de Strasbourg, pionnière du sport santé sur ordonnance, souhaite, à l'instar de ses 1^{ères} Assises en 2015 :

- Inviter les acteurs français et européens à présenter leurs dispositifs et leurs projets. Ainsi, des initiatives québécoises, belges, suisses et italiennes viendront compléter les présentations des villes et des territoires français.
- Fédérer les acteurs territoriaux dans le cadre du « groupe sport santé sur ordonnance » des villes santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (près de soixante villes françaises se sont déjà inscrites dans cette dynamique positive).
- Interpeller le gouvernement et les parlementaires pour permettre la mise en place partout en France d'un dispositif organisé, financé et accessible à tous. Les malades chroniques doivent en effet pouvoir bénéficier, lorsqu'ils disposent d'une ordonnance de sport santé, d'un accompagnement attentionné et bienveillant sur tout le territoire national.

La présente publication permet un éclairage pertinent et argumenté sur l'état des lieux actuels du sport santé sur ordonnance en France.

Ce travail est une excellente synthèse conceptualisée des éléments législatifs, administratifs, mais aussi politiques et des connaissances actuelles sur cette problématique.

Les exemples et témoignages montrent la force et la capacité d'innovation de nos territoires.

Le travail de présentation de tous les dispositifs en France reste à mener. Il aurait d'ailleurs été difficile dans cette publication de trouver suffisamment de place pour présenter les soixante projets portés par les membres du réseau des villes sport santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS !

Les Assises de 2017 seront un temps essentiel pour la poursuite de cette dynamique. Les échanges et la confrontation des différences expériences doivent en effet permettre de trouver les moyens pour mettre en œuvre une structuration homogène en France, tout en respectant bien entendu les spécificités territoriales.

L'investissement de tous sur cette problématique ne peut qu'être gagnant pour le patient (mieux-être, amélioration de son état de santé, insertion sociale dans la cité) et gagnant pour la Sécurité sociale (moins de médicaments, moins d'hospitalisations, moins de dépenses en soins...).

J'attends avec impatience de rencontrer tous les acteurs de cette révolution copernicienne que constitue cette nouvelle thérapie non médicamenteuse !

Alexandre Feltz

Adjoint au Maire chargé de la Santé

Ville et Eurométropole de Strasbourg



Strasbourg.eu
eurométropole

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont contribué à cette publication. Et tout particulièrement le **Docteur Alexandre Feltz**, Adjoint au Maire chargé de la Santé, pour sa relecture attentive du document et pour le partenariat mis en place grâce à lui avec la Ville de Strasbourg.

Ministère des sports

Direction des sports, bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage (DSB2)

La ville de Boulogne-sur-Mer

Jean-Claude Etienne, Conseiller Départemental du Pas-de-Calais, Vice-Président de la Communauté d'agglomération du Boulonnais, Adjoint délégué aux Sports, aux Animations et aux Coopérations Internationales, Ville de Boulogne-sur-Mer

René Broutta, Président du Centre Médico Sportif boulonnais

Mathieu Lecendre, Chef du service des sports, Ville de Boulogne-sur-Mer

Dominique Degardin, Service des sports, Ville de Boulogne-sur-Mer

Le Réseau Sport Santé Bourgogne Franche-Comté

Marie-Lise Thiollet, Coordinatrice du parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS) du Réseau Sport Santé Bourgogne Franche-Comté

La ville de Caen

Gérard Hurelle, Maire adjoint chargé des Solidarités, du lien intergénérationnel, de la santé et du handicap, Ville de Caen

Aristide Olivier, Maire adjoint chargé de la Jeunesse, du sport et de la vie étudiante, Ville de Caen

Anne Meslin, Chargée de développement et structuration de l'offre sportive, Direction des sports et de l'événementiel, Ville de Caen

Côte Basque Sport Santé

Docteur Guillaume Barucq, Adjoint au Maire à l'Environnement, Qualité de Vie et Bien-être, Ville de Biarritz

Nicolas Guillet, Directeur de projet, Association Biarritz Côte Basque Sport Santé

Hautes Terres Communauté

Bernard Delcros, Sénateur du Cantal et ancien président de Hautes Terres Communauté

Gyslaine Pradel, Présidente de Hautes Terres Communauté

Corinne Ibarra, Directrice du Pôle Communication, Marketing territorial, Innovation, Hautes Terres Communauté, jusqu'en aout 2017, initiatrice du projet

Dominique Laurent, Directeur Général des Services Hautes Terres Communauté

Emma Graval, Chargée du Contrat Local de Santé, Saint-Flour Communauté – Hautes Terres Communauté

Noël Bultez, Chargé de mission sport santé, Hautes Terres Communauté

Prescimouv' - Bouger sur ordonnance en Nouvelle-Aquitaine

Virginie Lissajoux, Enseignante en Activité Physique Adaptée, Coordinatrice « Prescimouv' » Bouger sur ordonnance, Charente-Maritime

Bouger sur prescription en Savoie

Docteur Pierre Molina d'Aranda de Darrax, Médecin ostéopathe à Chambéry

Corentin Ami, Coordinateur, Comité Départemental Olympique et Sportif de la Savoie

Bernard Jacquot, Chef du pôle sport, Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de la Savoie

Sport santé sur ordonnance à Strasbourg

Docteur Alexandre Feltz, Adjoint au Maire chargé de la Santé, Ville et Eurométropole de Strasbourg

Maud Ebstein-Breton, Chargée de projets promotion de la santé, Direction des solidarités et de la santé, Service Promotion de la santé de la personne, Ville et Eurométropole de Strasbourg

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| Éditorial | 3 |
| Avant-propos | 4 |
| Remerciements | 5 |
| Table des matières | 6 |
| Figures, tableaux et encadré | 7 |
| Liste des encadrés | 7 |
| Citation recommandée : | 7 |
| Prescription d'activité physique adaptée par le médecin traitant pour les patients en affection de longue durée..... | 8 |
| Les affections de longue durée | 11 |
| Quelques expériences menées dans les territoires | 18 |
| La ville de Boulogne-sur-Mer | 18 |
| Réseau Sport Santé Bourgogne-Franche-Comté..... | 21 |
| La ville de Caen | 25 |
| Côte Basque Sport Santé..... | 29 |
| Le sport sur ordonnance en Hautes Terres Communauté..... | 33 |
| Prescimouv' - Bouger sur Ordonnance en Nouvelle-Aquitaine..... | 37 |
| Bouger sur prescription en Savoie..... | 41 |
| Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg | 46 |
| Définitions | 50 |
| Annexe 1 - Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 | 51 |
| Annexe 2 - Instruction interministérielle N°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 | 54 |
| Annexe 3 - Liste des ALD et données complémentaires..... | 56 |
| Annexe 4 - Réseau des villes sport santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS | 59 |
| Annexe 4 - Interviews de deux bénéficiaires de Prescimouv' | 61 |
| Sigles et abréviations..... | 62 |

FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRÉ

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 - Évolution du nombre de personnes bénéficiant du dispositif ALD (ALD ₃₀₋₃₁₋₃₂) entre 2008 et 2015 | 12 |
| Figure 2 - Évolution du nombre de personnes prises en charges pour tumeurs malignes, diabète et maladies cardio-neurovasculaires, entre 2005 et 2015 | 12 |
| Figure 3 - Pyramide des âges des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2015 | 15 |
| Figure 4 - Taux de prévalence des ALD par département en 2014 | 15 |
| Figure 5 - Taux standardisé de prévalence de l'ALD ₃₀ par département en 2015 | 16 |
| Figure 6 - Répartition des personnes en ALD par niveau du score Epices | 17 |
| Figure 7 - Parcours des bénéficiaires du dispositif de Boulogne-sur-Mer | 19 |
| Figure 8 - Schéma global du Parcours d'accompagnement sportif pour la santé en Bourgogne Franche-Comté | 22 |
| Figure 9 - Affiche promotionnelle du dispositif Sport sur ordonnance Côte Basque | 30 |
| Figure 10 - Localisation des acteurs du dispositif Sport sur ordonnance Côte Basque..... | 30 |
| Figure 11 - Parcours des bénéficiaires du dispositif Prescirmouv' | 38 |
| Figure 12 - Schéma global du dispositif Bouger sur prescription en Savoie | 42 |
| Figure 13 - Binôme médecin généraliste – éducateur sportif..... | 47 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 - Effectifs, prévalence et caractéristiques des personnes prises en charge par type d'ALD, pour le régime général en 2015 | 13 |
| Tableau 2 - Effectifs, prévalence et caractéristiques des personnes prises en charge pour l'ALD ₃₀ , pour le régime général en 2015 | 14 |
| Tableau 3 - Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon le niveau d'études en 2013 | 16 |
| Tableau 4 - Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée | 54 |
| Tableau 5 - Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants | 55 |
| Tableau 6 - Incidence par type d'ALD, pour le régime général en 2015 | 57 |
| Tableau 7 - Effectifs et taux de prévalence des personnes prises en charge par type d'ALD en 2015, pour le régime de la mutualité sociale agricole..... | 58 |

LISTE DES ENCADRÉS

| | |
|---|----|
| Encadré 1 – Affection de longue durée et morbidité..... | 17 |
|---|----|

CITATION RECOMMANDÉE :

Bigot J, Larras B, Praznocy C et al. Sport santé sur ordonnance : contexte et exemples de mises en œuvre. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources Sport santé bien-être ; octobre 2017. 64 p.

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE PAR LE MÉDECIN TRAITANT POUR LES PATIENTS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE

QUEL EST LE CONTEXTE LÉGISLATIF DE CE DISPOSITIF ?

L'impact positif des activités physiques et sportives sur la santé de nos concitoyens est désormais officiellement reconnu. Ainsi, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé contient deux dispositions emblématiques favorisant la prise en compte des activités physiques et sportives dans les différentes politiques publiques développées dans le champ de la santé.

L'article 1^{er} de cette loi stipule que les activités physiques et sportives participent à la prévention collective et individuelle des pathologies, des traumatismes et de la perte d'autonomie.

L'article L. 1172-1 du code de la santé précise que « *Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée¹, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée² à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.* »

Le décret du 30 décembre 2016 entré en vigueur le 1^{er} mars (Annexe 1) et l'instruction du 3 mars 2017 déterminent les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée **prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD)** et leur mise en œuvre. La prescription est établie sur un formulaire spécifique.

QUELLE DÉFINITION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ?

La pratique d'activité physique adaptée (APA) régulière doit permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte.

Le décret précise également que les techniques mobilisées relèvent des activités physiques et sportives (APS) et se distinguent des actes de rééducation réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

QUI PEUT PRESCRIRE UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ?

Le médecin traitant prescrit une APA s'inscrivant dans le cadre du parcours de soin des patients atteints d'une ALD.

Sa prise en charge est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice. Si le patient l'accepte, **un suivi périodique** de l'APA peut être mis en place sous forme de **compte-rendu** réalisé par l'intervenant et adressé au médecin prescripteur et au patient. L'intervenant peut également formuler des **propositions** quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci.

La prescription et la dispensation de l'activité physique ne font l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie. Néanmoins, certaines mutuelles proposent des dispositifs incitatifs de prise en charge sous certaines conditions.

QUI PEUT ENCADRER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ?

Les intervenants pouvant dispenser l'activité physique adaptée, issus de différents cursus de formation appartiennent au corps des :

- **Professionnels de santé** : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens.
- **Professionnels titulaires d'un diplôme** dans le domaine de l'**activité physique adaptée** (filière des Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) APA ou APAs).
- **Professionnels du sport et personnes qualifiées** disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée :

¹ Les rappels sur le dispositif des ALD se trouvent au chapitre suivant.

² Se référer au chapitre Définitions

- titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistré au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), ainsi que fonctionnaires et militaires. Ces diplômes relèvent du champ du Ministère des Sports : Brevet d'État d'éducateur sportif (BEES), Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS), Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS)...) ainsi que de la filière STAPS ;
- titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification professionnelle (CQP) figurant sur la liste mentionnée à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistré au RNCP.

Ceux-ci feront très prochainement l'objet d'une liste fixée par arrêté **dans la mesure où il ne s'agit pas de certifications du Ministère des Sports ou de la filière STAPS mais de certifications mises en place par les fédérations et branches professionnelles.**

- **Personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée,** répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 du décret et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité.
La liste de ces certifications sera fixée par arrêté sur proposition du Comité national olympique et sportif français (CNOSF).

TOUS LES ÉDUCATEURS SPORTIFS PEUVENT-ILS ENCADRER TOUS LES PATIENTS EN ALD, QUEL QUE SOIT LEUR ÉTAT DE SANTÉ ?

Tous les professionnels et personnes qualifiées précités ne peuvent pas intervenir auprès de tous les patients dans les mêmes conditions.

En effet, l'instruction adressée aux services décline quatre principaux phénotypes fonctionnels³ reposant sur différents niveaux de limitation fonctionnelle : limitation sévère, modérée, minimale et sans limitation (tableau des phénotypes en Annexe 2).

A partir de son diagnostic, le médecin détermine le niveau d'altération fonctionnelle du patient.

Néanmoins, l'instruction distingue deux situations particulières (tableau des interventions métier en Annexe 2) :

- patients atteints de limitations fonctionnelles sévères ;
- patients ne présentant pas de limitations fonctionnelles sévères.

Il est important de souligner que seuls les professionnels de santé peuvent encadrer les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères.

En outre, dès lors que le patient à limitation sévère a atteint une autonomie suffisante et présente une atténuation des altérations, les enseignants en activité physique adaptée peuvent intervenir en complémentarité des professionnels de santé.

Les éducateurs sportifs titulaires d'un des diplômes du Ministère des Sports (BEES, BPJEPS, DEJEPS), d'un titre à finalité professionnelle (TFQ), d'un certificat de qualification professionnelle (CQP) ou d'une certification fédérale ne sont donc pas concernés par ce public.

Les titulaires d'un TFP ou d'un CQP ainsi que les personnes titulaires d'une certification fédérale ne peuvent encadrer des patients présentant des limitations fonctionnelles modérées qu'à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

UNE FORMATION COMPLÉMENTAIRE EST-ELLE OBLIGATOIRE ?

Cette nouvelle disposition réglementaire a tenu à ne pas perturber les offres de pratique initiées par le mouvement sportif accueillant un large public depuis de nombreuses années.

³ L'instruction fait référence aux conclusions du groupe de travail mené par le Professeur Xavier Bigard sur le thème « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? ».

Aucune formation complémentaire n'est requise par le décret pour les personnes titulaires des diplômes relevant du champ du Ministère des Sports (BEES, BPJEPS, DEJEPS...).

Un accompagnement des éducateurs sportifs peut être prévu afin de proposer une montée en puissance de leurs compétences dans le domaine de l'activité physique adaptée. Ainsi, il leur est conseillé de suivre des formations spécifiques sport santé.

COMMENT CONNAITRE L'OFFRE DE PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE PROPOSÉE PAR LES STRUCTURES ?

Pour bénéficier d'une grande visibilité sur son territoire, chaque structure engagée dans le dispositif peut se manifester auprès des services de l'État (Agence régionale de Santé (ARS) et Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS)). Un recensement de l'offre disponible d'APA doit être réalisé. Ce recensement sera rendu accessible à tous par les ARS et les DRDJSCS afin de permettre aux médecins traitants d'orienter les patients vers les structures et aux patients de choisir leur activité.

Par ailleurs, certaines structures (relevant des territoires) peuvent être contactées :

- mouvement sportif local : Comité régional olympique et sportif (CROS), Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS), comités régionaux ou ligues, comités départementaux, associations sportives ;
- réseaux sport santé bien-être ;
- associations de patients ;
- réseaux de santé ;
- organismes des professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmiers...

COMMENT MOBILISER DES FINANCEMENTS ?

Des comités de pilotage ARS-DRDJSCS sont organisés afin d'aider à la mise en place du dispositif, de mobiliser les financeurs possibles et de lancer des appels à projets. Ce pilotage renforcé vise à faciliter, impulser et dynamiser toutes initiatives et projets relevant de ce dispositif.

Si les services de l'État sont chargés de mobiliser les financeurs possibles, ils disposent néanmoins de moyens propres qui peuvent être sollicités dans le cadre des leurs appels à projets respectifs. Des appels à projets communs ARS-DRDJSCS peuvent également exister.

Dans le cadre de la mise en place de dispositifs associant activité physique et santé, il convient en effet, d'associer, autant que de besoin, les partenaires qui jouent un rôle dans le contexte territorial.

Il est vivement recommandé de poursuivre et d'intensifier l'utilisation des contrats locaux et/ou territoriaux de santé (d'y inscrire un axe sport santé) et de mobiliser tous les outils existants (réseaux sport santé, conventions de partenaires, actions du programme coordonné de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, Ateliers santé ville).

S'agissant du financement de la formation des médecins et autres professionnels de santé, il convient de rappeler que les crédits du Ministère des Sports n'ont pas vocation à les financer.

LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

RAPPELS SUR LE DISPOSITIF DES ALD

Une ALD (liste en Annexe 3) est une affection de longue durée qui, si elle nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois, implique des dispositions médico-administratives particulières. Ces dispositions concernent le patient, son médecin traitant et la caisse d'Assurance Maladie, notamment les médecins-conseils. On distingue deux types d'ALD : l'ALD exonérante, pour laquelle le malade voit tous les soins qui se rapportent à cette affection pris en charge à 100%⁴, et l'ALD non-exonérante, pouvant être attribuée à des patients en arrêt de travail depuis plus de 6 mois.

Un patient peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur s'il est atteint :

- d'une affection inscrite sur une liste dans le Code de la sécurité sociale (liste ALD30⁵) ;
- ou d'une affection dite « hors liste » (ALD₃₁), c'est-à-dire d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- ou de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD₃₂), nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

DIAGNOSTICS DES ALD EN 2015 POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL

Le régime dit « général » de l'Assurance Maladie⁶ concerne environ 57 millions de bénéficiaires, soit 85 à 89% de la population selon diverses estimations.

En 2015, 10,1 millions de personnes bénéficient du dispositif des ALD, soit 17% de la population du régime général de l'Assurance Maladie (Tableau 1). La majorité des bénéficiaires (97%, soit 9,7 millions) le sont au titre d'une affection inscrite sur la liste. Certains patients pouvant être exonérés au titre de plusieurs ALD, le nombre total de patients ayant au moins une ALD est différent de la somme des patients comptabilisés par ALD.

Par ailleurs, 1,4 million de nouvelles exonérations ont été enregistrées sur l'année 2015, correspondant à un taux d'incidence⁷ de 2 280 pour 100 000 personnes couvertes par le régime général.

La croissance des effectifs des bénéficiaires du dispositif des ALD est régulière : elle est en moyenne de +2,8% par an entre 2009 et 2015. Entre 2014 et 2015, elle est de +2,3% (Figure 1). Cette croissance résulte d'effets multiples : évolutions réglementaires, croissance et vieillissement de la population, augmentation de l'incidence de certaines pathologies et de l'espérance de vie des patients atteints, recours au dispositif et guérison plus fréquents pour certaines pathologies. Ces effets sont variables selon les pathologies, les territoires, le recours à la couverture maladie universelle et dans le temps⁸.

⁴ Code de la sécurité sociale : articles L 322-3, 3° et 4° et D 322-1

⁵ Au nombre de 29 depuis que l'hypertension artérielle (ALD₁₂) a été retirée de la liste (décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 (JO du 26 juin 2011)). Cependant, les patients admis en ALD pour hypertension artérielle avant la date de parution du décret sont toujours comptabilisés en ALD₁₂.

⁶ En France, l'assurance maladie est constituée de trois principaux régimes (hors régimes spéciaux comme le régime des marins ou celui des militaires) :

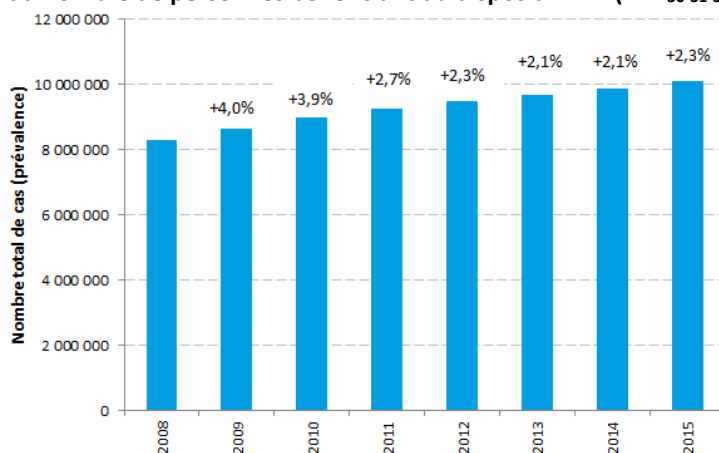
- le régime général, qui concerne la majorité de la population ;
- le régime agricole, géré par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), qui couvre les exploitants et les salariés agricoles ;
- le régime social des indépendants (RSI), qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

Par ailleurs, certaines sections locales mutualistes sont délégataires de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) : sections locales mutualistes des étudiants, des fonctionnaires d'Etat, des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux.

⁷ Se référer au chapitre Définitions

⁸ Cnamts, *Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005*, Points de repère n° 46 - Juin 2016

Figure 1 - Évolution du nombre de personnes bénéficiant du dispositif ALD (ALD₃₀₋₃₁₋₃₂) entre 2008 et 2015



*Un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD

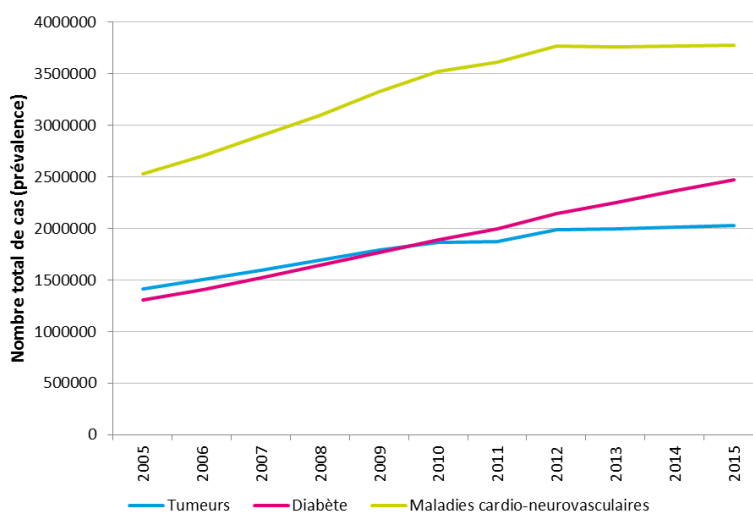
Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

L'ancienneté des ALD est inférieure à 1 an pour 11% des patients, de 1 à 4 ans dans 37% des cas, de 5 à 9 ans pour 22% et supérieure à 10 ans pour 30% des patients.

En 2015, les affections les plus représentées parmi les personnes qui bénéficient du dispositif des ALD sur liste pour le régime général sont le diabète⁹ (2,5 millions, 25,4%), les tumeurs malignes¹⁰ (2 millions, 20,8%) et les affections psychiatriques¹¹ (1,3 million, 13,2%). Par ailleurs, l'ensemble des maladies cardio-neurovasculaires¹² concernent 38,8% (soit 3,8 millions) des bénéficiaires du dispositif des ALD sur liste (Tableau 1). À noter que pour le régime de la Mutualité sociale agricole, les affections les plus représentées parmi les personnes bénéficiant du dispositif des ALD en 2015 sont similaires à celles du régime général (détail en Annexe 3).

L'évolution du nombre de personnes prises en charge pour des tumeurs malignes et pour l'ensemble des maladies cardio-neurovasculaires est stable entre 2012 et 2015. En revanche, les personnes prises en charge pour diabète est en constante évolution (+6,2% par an en moyenne entre 2006 et 2015, +4,5% entre 2014 et 2015) (Figure 2).

Figure 2 - Évolution du nombre de personnes prises en charges pour tumeurs malignes, diabète et maladies cardio-neurovasculaires, entre 2005 et 2015



Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

⁹ ALD₈

¹⁰ ALD₃₀ : « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique »

¹¹ ALD₂₃

¹² ALD₁, ALD₃, ALD₅, ALD₁₂ et ALD₁₃

Parmi les personnes prises en charge pour l'ALD₃₀¹⁰, les tumeurs malignes du sein sont les plus représentées (28,9% des ALD₃₀, 5,8% de l'ensemble des ALD sur liste), suivies des tumeurs malignes de la prostate (17,6% des ALD₃₀, 3,6% de l'ensemble des ALD sur liste) (Tableau 2).

Tableau 1 - Effectifs, prévalence et caractéristiques des personnes prises en charge par type d'ALD, pour le régime général en 2015

| Libellé de l'affection | Effectif* 2015 | Taux de prévalence (pour 100 000 personnes) | % femmes | Age moyen (ans) | Taux de décès en 2015 (%) |
|---|-------------------|--|-------------|-----------------------|---------------------------------|
| Maladie coronaire (ALD ₁₃) | 1 127 060 | 1851 | 29 | 72 | 4,2 |
| Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (ALD ₅) | 1 001 310 | 1645 | 50 | 73 | 6,0 |
| Hypertension artérielle sévère (ALD ₁₂) | 716 220 | 1176 | 57 | 74 | 4,9 |
| Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD ₃) | 527 030 | 866 | 33 | 72 | 5,6 |
| Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD ₁) | 403 330 | 662 | 48 | 70 | 5,1 |
| Groupe cardio-neurovasculaire (ALD 1, 3, 5, 12, 13) | 3 774 950 | 6200 | | | |
| Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD ₈) | 2 473 910 | 4063 | 47 | 66 | 2,8 |
| Tumeur maligne (ALD ₃₀) | 2 027 360 | 3330 | 55 | 67 | 6,4 |
| Affections psychiatriques de longue durée (ALD ₂₃) | 1 285 230 | 2111 | 55 | 51 | 1,9 |
| Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD ₁₄) | 390 110 | 641 | 50 | 62 | 5,2 |
| Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD ₁₅) | 330 120 | 542 | 73 | 84 | 13,4 |
| Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave (ALD ₉) | 292 490 | 480 | 50 | 48 | 2,6 |
| Polyarthrite rhumatoïde (ALD ₂₂) | 226 640 | 372 | 73 | 63 | 2,1 |
| Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD ₆) | 175 800 | 289 | 42 | 58 | 4,6 |
| Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique (ALD ₁₉) | 163 900 | 269 | 46 | 65 | 6,0 |
| Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD ₂₄) | 150 480 | 247 | 56 | 48 | 0,8 |
| Maladie de Parkinson (ALD ₁₆) | 119 870 | 197 | 50 | 76 | 7,9 |
| Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD ₇) | 112 970 | 186 | 34 | 47 | 0,9 |
| Spondylarthrite ankylosante grave (ALD ₂₇) | 106 420 | 175 | 51 | 51 | 0,7 |
| PAN, LEAD, sclérodémie généralisée (ALD ₂₁) | 98 030 | 161 | 80 | 61 | 2,4 |
| Sclérose en plaques (ALD ₂₅) | 82 150 | 135 | 73 | 51 | 1,2 |
| Maladies métaboliques héréditaires (ALD ₁₇) | 71 000 | 117 | 47 | 49 | 1,3 |
| Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD ₁₁) | 35 360 | 58 | 52 | 51 | 1,4 |
| Paraplégie (ALD ₂₀) | 34 360 | 56 | 39 | 51 | 3,0 |
| Scoliose structurale évolutive (ALD ₂₆) | 33 380 | 55 | 82 | 30 | 0,5 |
| Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD ₂) | 23 450 | 39 | 57 | 68 | 9,1 |
| Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères (ALD ₁₀) | 17 770 | 29 | 56 | 30 | 1,1 |
| Tuberculose active, lèpre (ALD ₂₉) | 10 910 | 18 | 47 | 51 | 2,1 |
| Suites de transplantation d'organe (ALD ₂₈) | 10 820 | 18 | 41 | 54 | 3,2 |
| Mucoviscidose (ALD ₁₈) | 6 540 | 11 | 49 | 23 | 0,8 |
| Bilharziose compliquée (ALD ₄) | 140 | 0 | 29 | 54 | 1,5 |
| Cause médicale d'ALD non précisée | 572 350 | 940 | 58 | 58 | 2,7 |
| Total patients en ALD sur liste | 9 739 130 | 15996 | 51 | 63 | 3,6 |
| Total patients en ALD₃₁ | 713 750 | 1172 | 60 | 55 | 2,7 |
| Total patients en ALD₃₂ | 84 290 | 138 | 76 | 80 | 10,3 |
| Total patients en ALD sur liste + ALD₃₁₋₃₂ (1) | 10 098 670 | 16587 | 52 | 62 | 3,5 |

* Les effectifs sont arrondis à la dizaine

Rappel : les patients pouvant bénéficier de plus d'une ALD, le nombre total de patients ayant au moins une ALD est différent de la somme des patients comptabilisés par ALD

Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

Tableau 2 - Effectifs, prévalence et caractéristiques des personnes prises en charge pour l'ALD₃₀, pour le régime général en 2015

| Libellé de de la CIM 10 | Effectif* | Taux de prévalence (pour 100 000 personnes) | % femmes | Age moyen (ans) | Taux de décès en 2015 (%) |
|---|-----------|---|----------|-----------------|---------------------------|
| Tumeur maligne du sein | 568 300 | 933 | 99 | 66 | 3,1 |
| Tumeur maligne de la prostate | 346 080 | 568 | 0 | 74 | 4,6 |
| Tumeur maligne du côlon | 139 340 | 229 | 50 | 73 | 7,8 |
| Tumeur maligne de la vessie | 95 540 | 157 | 20 | 73 | 7,6 |
| Tumeur maligne des bronches et du poumon | 93 260 | 153 | 35 | 67 | 22,0 |
| Tumeur maligne de la thyroïde | 83 280 | 137 | 79 | 58 | 1,2 |
| Mélanome malin de la peau | 59 320 | 97 | 57 | 65 | 3,7 |
| Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassin | 57 510 | 94 | 38 | 67 | 5,9 |
| Tumeur maligne du rectum | 47 480 | 78 | 45 | 71 | 7,7 |
| Leucémie lymphoïde | 37 360 | 61 | 46 | 65 | 5,5 |
| Tumeur maligne du corps de l'utérus | 35 190 | 58 | 100 | 71 | 4,8 |
| Autres tumeurs malignes de la peau | 34 080 | 56 | 49 | 74 | 6,5 |
| Tumeur maligne de l'ovaire | 26 990 | 44 | 100 | 65 | 9,0 |
| Tumeur maligne du col de l'utérus | 26 670 | 44 | 100 | 61 | 5,0 |
| Tumeur maligne de l'estomac | 23 200 | 38 | 42 | 71 | 14,0 |
| Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes | 22 450 | 37 | 52 | 71 | 10,0 |
| Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés | 22 010 | 36 | 49 | 66 | 5,6 |
| Tumeur maligne du larynx | 21 050 | 35 | 14 | 67 | 9,7 |
| Tumeur maligne du pancréas | 20 250 | 33 | 51 | 68 | 29,4 |
| Autres tumeurs des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue | 20 120 | 33 | 60 | 70 | 5,0 |
| Lymphome non folliculaire | 20 080 | 33 | 48 | 66 | 5,7 |
| Lymphome folliculaire | 19 230 | 32 | 50 | 66 | 4,3 |
| Leucémie myéloïde | 18 450 | 30 | 49 | 60 | 7,9 |
| Tumeur maligne de l'encéphale | 17 990 | 30 | 49 | 51 | 14,4 |
| Tumeur maligne du testicule | 17 170 | 28 | 0 | 44 | 1,0 |
| Lymphome de Hodgkin | 16 410 | 27 | 49 | 46 | 2,4 |
| Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques | 14 750 | 24 | 29 | 68 | 24,4 |
| Tumeur maligne de l'oesophage | 13 220 | 22 | 23 | 68 | 22,4 |
| Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne | 12 940 | 21 | 48 | 71 | 7,4 |
| Tumeur de l'encéphale et du système nerveux central à évolution imprévisible ou inconnue | 12 490 | 21 | 60 | 54 | 4,3 |
| Polyglobulie essentielle | 12 380 | 20 | 41 | 69 | 4,6 |
| Tumeur maligne de l'anus et du canal anal | 11 660 | 19 | 69 | 72 | 6,3 |

* Les effectifs sont arrondis à la dizaine

Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

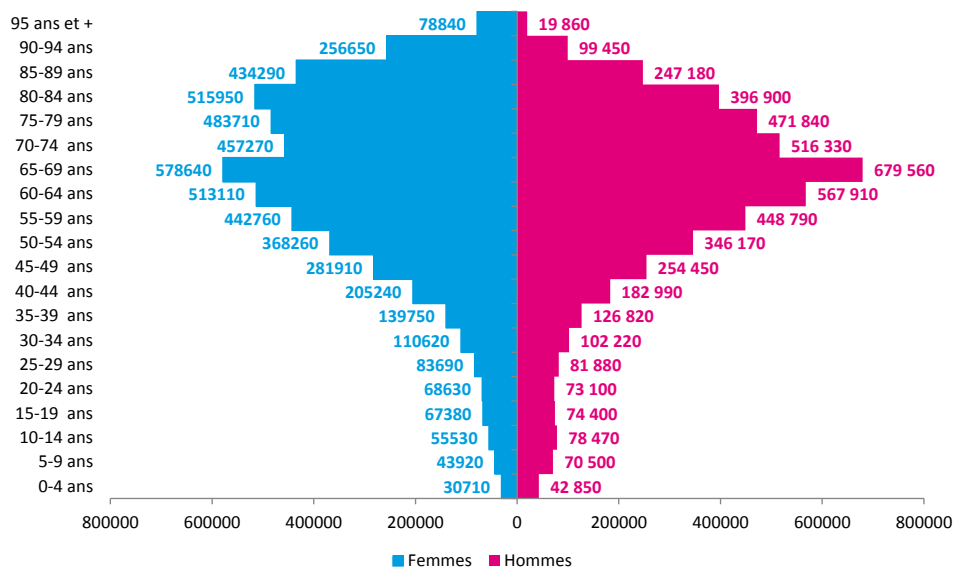
Par ailleurs, l'ALD₃₀ et l'ALD₈ (Diabète de type 1 et diabète de type 2) enregistrent les taux d'incidence les plus importants en 2015, soit respectivement 510 et 363 pour 100 000 personnes protégées par le régime général, correspondant à 310 00 et 220 000 nouvelles exonérations pour cette année (incidence et taux d'incidence par ALD en 2015 en Annexe 3).

DESCRIPTION DES BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF DES ALD EN 2015

Les bénéficiaires du dispositif des ALD sont en moyenne âgés de 62 ans. La proportion de femmes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD est de 52%, reflétant essentiellement des différences de structure d'âge et d'espérance de vie entre les sexes. La prévalence¹³ des bénéficiaires dans la population assurée augmente fortement avec l'âge. De 60 à 75 ans, le nombre de personnes prises en charges pour une ALD est plus élevé chez l'homme que chez la femme (Figure 3).

¹³ Se référer au chapitre Définitions

Figure 3 - Pyramide des âges des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2015

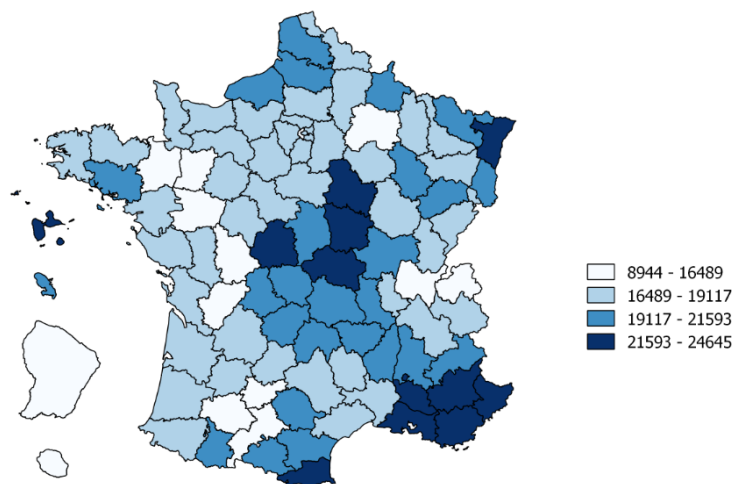


Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

RÉPARTITION SPATIALE DES ALD

En 2014, les taux de prévalence pour l'ensemble des ALD sur liste étaient les plus élevés dans la plupart des départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que dans les départements de l'Ariège, de l'Allier, de la Nièvre, de l'Yonne, de l'Indre, du Bas-Rhin et de la Guadeloupe, reflétant en partie la structure par âge de ces départements (taux standardisé¹⁴ non-disponible) (Figure 4).

Figure 4 - Taux de prévalence des ALD par département en 2014 (pour 100 000 personnes protégées du régime général)



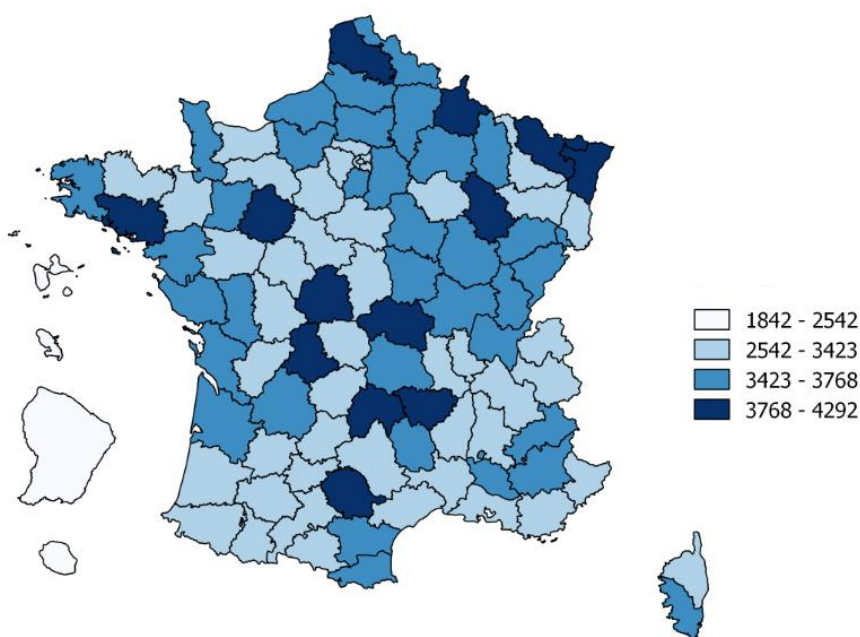
Note : Données non-disponibles pour la Corse et Mayotte

Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes – Exploitation Eco-Santé France

En 2015, les taux de prévalence standardisés pour l'ALD₃₀ (« Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ») étaient les plus élevés pour une majorité des départements du quart nord-est la France, ainsi que pour plusieurs des départements du centre de la France et du nord-est (Figure 5).

¹⁴ Se référer au chapitre Définitions

**Figure 5 - Taux standardisé de prévalence de l'ALD₃₀ par département en 2015
(pour 100 000 personnes protégées du régime général)**



* Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Note : Pour Mayotte, les données ne sont pas exhaustives

Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

ALD ET INÉGALITÉS SOCIALES

D'après les données d'une enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV-SILC) menée par l'Insee et exploitées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'état de santé perçue déclaré varie selon la catégorie socio-professionnelle et le niveau de diplôme des personnes : en excluant les personnes retraitées et les étudiants, moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état de santé, des limitations d'activité et des maladies chroniques (Tableau 3).

Tableau 3 - Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon le niveau d'études en 2013

| Niveau de diplôme | Part de la population déclarant... | | | Part de la population**** |
|--------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------|
| | être au moins en assez bonne santé* | avoir un problème de santé chronique** | avoir une limitation d'activité*** | |
| Sans diplôme | 86,8 | 37,7 | 31,1 | 7,9 |
| BEPC-CAP-BEP | 91,8 | 35,0 | 24,7 | 49,2 |
| Bac | 96,5 | 24,7 | 13,2 | 17,1 |
| Bac +2 | 96,6 | 25,3 | 14,0 | 10,6 |
| Supérieur à Bac +2 | 98,0 | 22,6 | 10,5 | 15,3 |

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

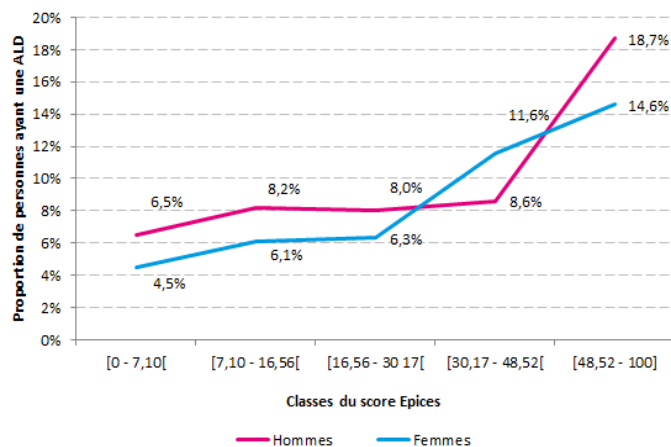
**** Population de plus de 16 ans, hors retraités et étudiants

Champ : France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus

Source : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie SRCV-SILC (INSEE), exploitation Drees

Par ailleurs, des données exploitées par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) croisant le score Epices¹⁵ et le taux de personnes ayant une ALD ont montré que les personnes en ALD sont plus nombreuses parmi les personnes les plus précaires. En effet, le taux de personnes en ALD triple entre la première et la dernière classe, passant de 5 % à 16 %. Les deux classes représentatives de la population la plus précaire se démarquent des trois autres classes par un taux de personnes en ALD particulièrement important (Figure 6).

Figure 6 - Répartition des personnes en ALD par niveau du score Epices



Source : Enquête santé protection sociale 2008, Irdes - Examens périodiques de santé 2007, Cetaf ; Exploitation : Irdes

Encadré 1 – Affection de longue durée et morbidité

Les ALD recensées par l'Assurance maladie sont inférieures à la morbidité réelle. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer :

- le patient peut être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés ;
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité). Des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir ; il est probable que les médecins sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour les personnes économiquement défavorisées ;
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...) ;
- les médecins-conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques. De plus, l'admission peut survenir plus ou moins précocement suite au diagnostic, et par ailleurs, pour certaines affections, elle a lieu à des stades différents de la maladie.

Source : Score-Santé

¹⁵ Le score Epices (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de mesure de la précarité ou de fragilité sociale prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum).

QUELQUES EXPÉRIENCES MENÉES DANS LES TERRITOIRES

LA VILLE DE BOULOGNE-SUR-MER



Fiche d'identité de Boulogne-sur-Mer

- Boulogne-sur-Mer fait partie de la Communauté d'Agglomération du Boulonnais
- Département : Pas-de-Calais
- Région : Hauts-de-France
- Situation : Boulogne-sur-Mer est située à 1 heure et demie de Lille et à 3 heures de Paris.
- Superficie : 8,4 km²
- Population : 42 476 habitants (Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) 2014)
- Densité : 5 044,7 habitants / km² (Insee 2014)
- Boulogne-sur-Mer est membre du réseau des villes sport santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS

Le contexte local

Il est de notoriété publique que les indicateurs de santé dans la région des Hauts-de-France sont au plus bas. La ville de Boulogne-sur-Mer est loin d'être épargnée.

L'une des priorités du mandat en cours de Frédéric Cuvillier, maire de la ville et ancien ministre, est « la solidarité et la politique des âges ». À partir de là et en s'appuyant sur une politique sportive déjà très ambitieuse, la volonté de Jean-Claude Etienne, adjoint aux sports, de se lancer dans un projet de sport santé sur ordonnance (SSSO), a été marquée dès 2014.

La démarche de création d'un comité de pilotage et de mise en réseau de tous les partenaires a duré 18 mois.

La particularité du projet boulonnais est qu'il a été très rapidement décidé de faire porter l'action par le Centre Médico-Sportif (CMS), structure de type association loi 1901. La vocation de cette association, qui était à la base de faire passer des visites médicales de non contre-indication à la pratique sportive (mission en nette perte de vitesse au regard du contexte actuel dans ce domaine), a donc été réorientée vers le SSSO. Une Éducatrice Territoriale des Activités Physiques et Sportives (ETAPS) de la mairie est détachée pour un mi-temps facturé au CMS en qualité de chef de projet. Le premier patient a été pris en charge en septembre 2015.

Le partenariat

Le comité de pilotage est assez classique. Il est présidé par le président du CMS et est composé de représentants de la ville, de l'agglomération, du département, de la région, de l'État, de l'ARS, de la Caisse Primaire d'Assurance

Maladie (CPAM), de la mutuelle Apréva, mécène du projet. Mis à part la mutuelle, les interlocuteurs sont là à titre consultatif et ne contribuent pas au financement du dispositif.

La mise en œuvre

Les grands principes

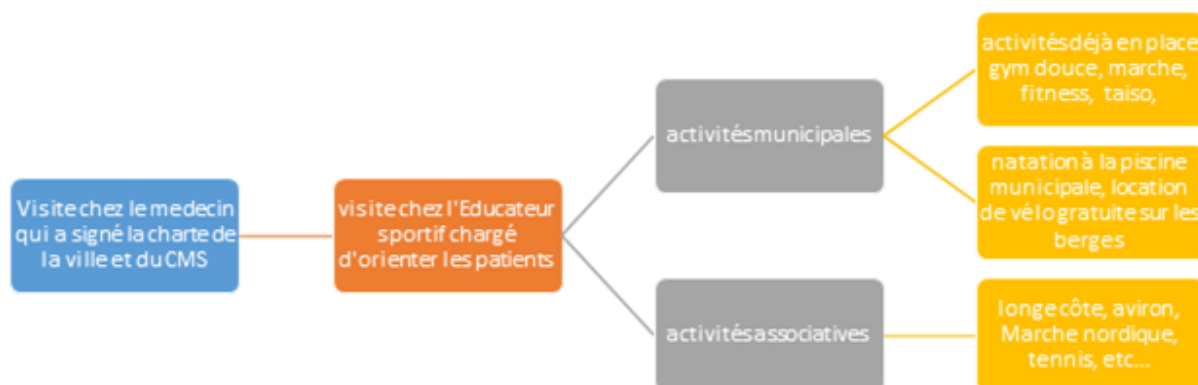
Un médecin référent de Boulogne-sur-Mer a dressé un état des lieux des pathologies dominantes, ce qui a conduit à cibler les personnes (adultes et résidant de la commune) atteintes d'au moins une des pathologies ci-dessous :

- personnes en surpoids (Indice de masse corporelle (IMC) entre 30 et 33) ;
- diabète de type 2 ;
- hypertension ;
- maladies cardio-vasculaires.

Des activités sportives individuellement adaptées sont dispensées en accord avec le patient dans les associations de la ville, sur indication médicale et sous contrôle médical, avec un encadrement par les éducateurs sport santé de la ville (Figure 7).

La prise en charge financière est faite par le CMS de la ville. Il y a une gratuité totale pour le bénéficiaire pour une durée d'un an. Pour la 2^{ème} année, une participation financière selon le quotient familial est demandée au patient (généralement entre 20 et 40€/an).

Figure 7 - Parcours des bénéficiaires du dispositif de Boulogne-sur-Mer



Source : Service des Sports de la ville de Boulogne-sur-Mer

L'accompagnement

L'éducatrice sportive en charge du projet est la plaque tournante entre le patient, les médecins et les associations sportives de la ville.

Après avoir reçu le patient en entretien, celui-ci est dirigé vers un éducateur sportif qui lui fait passer les tests physiques (test [Diagnoform](#)) pour évaluer sa forme physique. Le patient est ensuite orienté pour un essai dans les différentes activités physiques en rapport avec sa pathologie. À l'issue des essais, une activité physique est déterminée. Les résultats des tests sont remis au patient qui les remet à son tour à son médecin. Le médecin est informé de l'orientation de son patient par mail.

De nombreuses activités sont proposées en partenariat avec les clubs boulois :

- fitness cardio-gym ;
- marche nordique ;
- boxe-fitness ;
- aquagym ;
- aviron ;
- vélo (randonnée vélo autour des berges de la Liane, à vélo classique ou vélo à assistance électrique) ;

- longe-côte (randonnée aquatique en mer qui consiste à marcher avec de l'eau jusqu'au diaphragme en s'aidant éventuellement d'une pagaie pour avancer) ;
- footbike (trottinette adulte).

Au total, 50 médecins généralistes (intra-muros et extérieurs) sont impliqués dans le dispositif, qui comprend 70 patients en activité.

Évaluation du projet à 2 ans

Les patients disposent d'un carnet de suivi sur lequel il leur est demandé, après leur avoir remis un podomètre lors de l'entretien, de noter leur nombre de pas quotidien. L'éducateur sportif doit apposer sa signature sur le carnet à chaque séance.

À 6 mois, le patient repasse les tests Diagonofom. Un bilan à mi-parcours est réalisé par l'éducateur sportif de l'activité (notamment le rythme, la progression du patient). Le médecin remplit le carnet de suivi avec des observations médicales permettant d'objectiver un bénéfice pour son patient afin de préconiser ou non la poursuite dans l'activité sportive. Les patients remontent également leurs remarques éventuelles. Le même bilan est réalisé après un an.

Le ressenti des patients après un an dans le dispositif est le suivant :

- perte de poids (-14kgs pour une patiente inscrite dans le dispositif depuis le 28 octobre 2015) ;
- mieux-être ;
- reprise d'une vie sociale ;
- amélioration de la santé ;
- l'activité physique est devenue un plaisir et un besoin.

Financement

Le coût de l'action est de 45 000 € par an dont 5 000 € par la mutuelle. Le reste du coût est supporté par une subvention de la ville versée au CMS.

Le coût de la pratique par patient et par an est en moyenne de 150 € (licence + un an de pratique). Cette somme est versée par le CMS à la structure sportive qui accueille le patient. Le coût global par patient est estimé à 576 € par an tous pôles confondus (salle de sports, coach, matériel, mi-temps de l'éducateur sportif en charge du projet, communication, intervention d'une diététicienne, d'un sophrologue, fournitures diverses...).

Perspectives

Boulogne-sur-Mer fait partie du réseau des villes sport santé et participe au groupe de travail. Le CMS et la ville de Boulogne-sur-Mer ont présenté lors de comité de pilotage le témoignage vivant de patients qui ont tiré un bénéfice indéniable du dispositif (perte de poids, diminution de médicaments...).

Une autre perspective est l'ouverture du dispositif à d'autres pathologies (affections longue durée), ainsi qu'un partenariat avec la CPAM.

La parole à Jean-Claude Etienne, Conseiller Départemental du Pas-de-Calais, Vice-Président de la Communauté d'agglomération du Boulonnais, Adjoint délégué aux Sports, aux Animations et aux Coopérations Internationales



En 2014, Frédéric Cuvillier, ancien ministre et récemment réélu maire de la ville de Boulogne sur mer faisait de la solidarité et de la politique des âges une de ces priorités. L'objectif avoué est de donner aux Boulonnais les bases d'une bonne gestion de leur vie physique. Cela se traduit par différentes actions. L'accompagnement des enseignants des écoles primaires dans leur projet EPS et l'apprentissage de la natation en sont des exemples. Le Sport Santé sur Ordonnance s'inscrit aussi pleinement dans cette dynamique. Les médecins de la ville, sans qui ce projet n'aurait pu voir le jour, ont compris l'intérêt pour leurs patients notamment les plus précaires.

RÉSEAU SPORT SANTÉ BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



Réseau Sport Santé Bourgogne Franche Comté

Fiche d'identité

- Région : Bourgogne Franche-Comté
- Superficie : 47 783 km² (Insee 2014)
- Population : 2 820 623 habitants (Insee 2014)
- Densité : 59,0 habitants / km² (Insee 2014)

Le contexte local

Fort des politiques publiques engagées au niveau national et relayées au niveau régional concernant la nécessité d'intégrer l'activité physique et sportive dans un processus d'éducation thérapeutique, un Réseau Sport Santé (RSS) a été créé fin 2007 en Franche-Comté puis étendu à la Bourgogne en 2016. Cette création a été fortement encouragée par la Directrice régionale de la Jeunesse et des Sports Mme Aude Morvan-Juhé, qui a aidé à la création d'un poste dédié au RSS en 2010.

Le RSS est un dispositif de collaboration des acteurs impliqués dans la promotion et l'éducation pour la santé par les Activités Physiques et Sportives (APS). Le RSS de Bourgogne Franche-Comté (RSSBFC) est chargé de la mise en œuvre et du déploiement d'un certain nombre d'actions du nouveau plan régional sport santé bien-être et définies dans un contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la DRDJSCS. Ce RSS est animé et coordonné par une chef de projet recrutée par le Comité régional olympique et sportif de Franche-Comté (CROS FC).

Le dispositif

Objectifs et finalité

Le RSS de Bourgogne Franche-Comté met en place depuis 2012 un système incitatif à la prescription d'activités physiques régulières et bénéfiques pour la santé : le parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS), ayant pour objectifs de :

- développer la prescription de l'activité physique et sportive adaptée (APS-A) par les professionnels de santé ;
- développer l'offre sport santé diversifiée, de proximité et de qualité, pour les personnes sédentaires et atteintes de pathologies chroniques ou en perte d'autonomie sur le territoire BFC ;
- offrir toutes les chances aux bénéficiaires du dispositif de tirer le plus de bénéfices de l'APS-A : limiter l'impact et la progression de la pathologie, créer du lien social, prévenir l'apparition d'autres pathologies, limiter la perte d'autonomie.

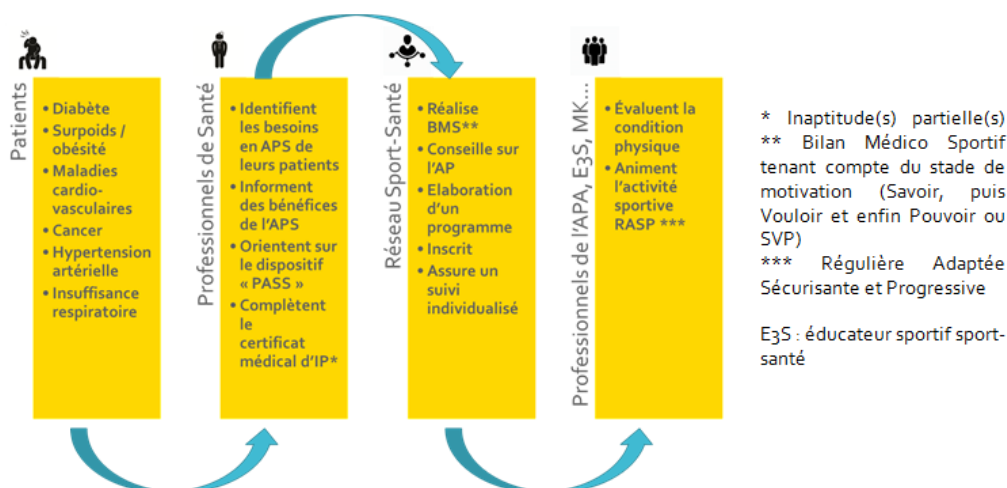
La finalité est d'une part d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques ou de facteurs de risques par la pratique régulière d'une APA, et d'autre part d'intégrer les activités physiques quotidiennes et de loisir au projet de vie actif des patients souffrants d'ALD, en les rendant autonome dans leur pratique.

Principes

Le PASS est un véritable dispositif de prescription de l'activité physique et sportive. Il permet d'accompagner les personnes atteintes de pathologies chroniques et de facteurs de risques dans la reprise d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive. Ce dispositif est une passerelle entre le milieu médical et le milieu sport santé tout en assurant la place de chaque profession.

Il permet aux professionnels de santé de prescrire une activité physique adaptée à leurs patients éloignés de la pratique et de les orienter auprès de clubs ou associations sportives ou collectivités ayant formé leurs éducateurs sportifs au sport santé par le biais du RSSBFC ou de formations fédérales « sport santé » ou de formations universitaires spécifiques au sport santé (licence APA, diplôme universitaire...) (Figure 8).

Figure 8 - Schéma global du Parcours d'accompagnement sportif pour la santé en Bourgogne Franche-Comté



Source : Réseau sport santé de Bourgogne-Franche-Comté

Le RSSBFC communique auprès des professionnels de santé sur le dispositif grâce à un kit de communication unique, afin qu'ils orientent leurs patients éligibles au PASS vers le RSSBFC. Une communication locale peut également se faire lors de la création d'un créneau sur un nouveau territoire par l'association, avec les outils du RSSBFC.

La prescription se fait à l'aide d'un certificat médical d'aptitudes partielles ou du formulaire indiqué dans l'instruction de mars 2017.

Les activités proposées sont variées : marche nordique, gymnastique douce, taïso, dragon boat, aquagym, natation...



Crédit photo : Réseau sport santé de Bourgogne-Franche-Comté

Bénéficiaires

Ce système accompagne les patients adultes présentant une absence/insuffisance d'APS, porteurs de pathologies chroniques ou de facteurs de risque de ces maladies, et pouvant être en situation de précarité, de handicap ou de perte d'autonomie dans la reprise d'une activité physique et sportive bénéfique pour leur santé.

Le dispositif accompagne en moyenne 600 personnes par an.

Les bénéficiaires du PASS sont pris en charge sur une année complète et peuvent si besoin bénéficier d'une 2^{ème} année. À la suite du PASS, les bénéficiaires peuvent poursuivre l'activité dans l'association ou le club sans soutien financier du RSSBFC.

Le pratiquant est suivi grâce à un carnet de suivi intégrant les éléments suivants :



- Certificat médical IP (inaptitude partielle) + NCI (non contre-indication)
- Informations sur le sport santé
- Objectifs personnalisés et diagnostic APS
- Autocontrôle et suivi pratique autonome
- Fiche d'indications des douleurs
- Fiche de correspondance interprofessionnelle
- Évaluation : - tests de la condition physique :
 - Force musculaire
 - Souplesse
 - Endurance
 - Équilibre
- Questionnaire qualité de vie SF 36

Évaluation

L'évaluation du dispositif est réalisée à travers plusieurs indicateurs :

- de réalisation : nombre de personnes incluses dans le PASS ;
- de résultats : évolution des tests de la condition physique et du questionnaire de qualité de vie des bénéficiaires du PASS ;
- d'impact : nombre de kits de communication envoyés aux professionnels de santé.

Financement

Le dispositif PASS est subventionné par la DRDJSCS de Bourgogne-Franche-Comté par le biais du CNDS et par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté. La subvention accordée à ce dispositif est versée au CROS FC qui reverse un financement aux structures porteuses des créneaux.

Le coût d'un créneau PASS est calculé sur une base de 10 personnes (frais intervenant, location salle ou piscine, licences sportives (participant et animateur), frais kilométrique). Les personnes intégrées dans le PASS peuvent bénéficier d'une aide financière par le RSSBFC à hauteur de 50% la 1^{ère} année et 30% la seconde année. La cotisation est complétée par le RSSBFC à l'association support sur facture. Cette aide ne dépasse pas 100€ par activité et par an. La gratuité n'est pas appliquée au dispositif, l'aide du RSSBFC ne peut pas être additionnée à une autre aide (mutuelle, employeur, association de patient...). En revanche, une attention particulière ou un tarif préférentiel sera accordé à titre exceptionnel pour les publics en grande précarité ou sous curatelle. En cas d'engagement d'une structure dans un créneau PASS, celle-ci ne pourra pas demander une autre subvention auprès de l'ARS ou de la DRDJSCS pour le fonctionnement de ces créneaux.

La coordinatrice du dispositif est également chargée de faire respecter l'harmonisation des tarifs des créneaux PASS sur l'ensemble de la région.

La parole à Marie-Lise Thiollet, coordinatrice du PASS au RSSBFC



Crédit photo : Marie-Lise Thiollet

La loi de modernisation de notre système de santé contient une disposition permettant aux médecins de prescrire une activité physique et sportive aux personnes atteintes d'une affection de longue durée.

Depuis plus de 5 ans, le Réseau sport santé de Bourgogne Franche-Comté permet, avec son PASS, aux professionnels de santé, de prescrire à leurs patients malades chroniques une activité physique dispensée par des professionnels en activités physiques adaptées. Plus de 600 patients bénéficient d'une prise en charge personnalisée chaque année avec des objectifs individuels, un suivi et une évaluation de leur condition physique réguliers. Une aide financière est accordée pour leur adhésion sportive à l'année grâce à des financements du CNDP et de l'ARS. Le PASS est un véritable appui pour le milieu médical, il est le point de départ d'une pratique sportive autonome impliquant des bénéfices sanitaires et des économies de santé. En effet, cet accompagnement apporte de réels bénéfices pour les patients tant sur le plan physique et physiologique que sur le plan psychique et social, ce qui incite les bénéficiaires à poursuivre l'activité et à en découvrir de nouvelles.



Fiche d'identité de Caen

- Caen fait partie de la Communauté urbaine : Caen-La-Mer
- Département : Calvados
- Région : Normandie
- Situation : Caen est située à 15 kilomètres de la Manche et à 2 heures de Paris.
- Superficie : 25,7 km²
- Population : 106 538 habitants (Insee 2014)
- Densité : 4 145,4 habitants / km² (Insee 2014)
- 350 km de voirie, 35 km d'itinéraires cyclables
- 530 hectares d'espaces verts
- Caen est membre du réseau des villes sport santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS

Le contexte local

Compte tenu des enjeux tant en termes de santé publique que d'égal accès aux soins, la politique sport santé figure parmi les priorités de la ville de Caen. Ainsi, la municipalité élue en 2014 a souhaité renforcer la démarche déjà engagée dans le cadre du contrat local de santé¹⁶ en considérant l'activité physique et sportive sous l'angle du bien-être pour tous et du mieux-être pour les personnes porteuses de handicap ou souffrant de maladies. Dans une vision globale, l'activité physique et sportive a donc été retenue comme levier de prévention primaire et de prévention secondaire. L'objectif est de faciliter l'accès à la pratique sportive, d'inciter à une pratique d'activité physique quotidienne et à son utilisation comme outil thérapeutique.

Différentes actions sont en projet ou ont déjà été mises en place :

- le renforcement du réseau de pistes cyclables ;
- le plan marche en centre-ville ;
- le libre accès aux équipements sportifs sur le temps de la pause méridienne ;
- la création de circuits de footing ;
- les séances hebdomadaires d'activités physique auprès des adhérents de clubs du 3^{ème} âge, auprès de personnes hospitalisées à l'Établissement public de santé mentale (EPSM), et auprès personnes du Centre ressource de l'ouïe et de la parole (CROP).
- l'installation dans certains équipements sportifs de casiers permettant de déposer ses effets personnels pour pratiquer une activité de plein air (randonnée, footing) pendant la pause méridienne ;
- l'organisation, en octobre prochain, du mois du sport santé qui s'articulera autour d'événements sportifs festifs, de conférences, de soirées débats, de portes ouvertes, etc. en partenariats avec l'ensemble des acteurs locaux de la santé et du sport.

C'est dans ce contexte local que s'inscrit le sport sur ordonnance, projet au service de la politique sport santé initié par la ville.

¹⁶ Se référer au chapitre Définitions

Afin de mettre en synergie les actions locales en faveur de l'activité physique à vocation thérapeutique, la ville a réalisé un diagnostic des acteurs déjà engagés. Elle a également recueilli des informations sur la prégnance des maladies chroniques sur l'agglomération caennaise¹⁷. À partir de ces éléments, un comité d'experts a défini les pathologies à retenir dans la mise en œuvre du dispositif sport sur ordonnance caennais, point de départ à son élaboration. L'innovation technologique, scientifique et médicale, ainsi que l'accompagnement sur mesure des bénéficiaires et des partenaires sont au cœur du dispositif sport sur ordonnance caennais.

Le partenariat

La démarche caennaise repose sur la construction collective du projet. L'ensemble des partenaires a été associé à l'élaboration du dispositif sur l'ensemble de ses éléments constitutifs : choix des pathologies et de leur niveau d'évolution, modalités d'accès à la prescription pour les médecins, parcours du bénéficiaire, création des supports d'accompagnement (ordonnance, livret d'accompagnement pour le bénéficiaire), modalités de communication entre le médecin prescripteur et l'équipe d'encadrants sportifs, ainsi que sur les modalités d'évaluation.

Le choix inhérent au double objectif d'opérationnalité du dispositif et de vocation scientifique a favorisé les échanges entre la médecine de terrain et la sphère universitaire pour aboutir à la réalisation d'un projet qui trouve un ancrage territorial innovant.

Un partenariat, dans le cadre d'une expérimentation avec la société Orange intégrera l'utilisation des nouvelles technologies dans l'accompagnement du bénéficiaire.

Les associations sportives de la ville sont associées et accueilleront les personnes à l'issue de leur parcours. Certaines d'entre elles, inscrites au répertoire sport santé¹⁸ créé par l'ARS et la DRJSCS, intégreront le dispositif dans le courant de l'année 2018.

Les partenaires associés

- l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML),
- le conseil de l'ordre des médecins,
- le Centre hospitalier universitaire (CHU),
- l'établissement Public de Santé Mentale (EPSM),
- l'ARS,
- la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS),
- la CPAM,
- le Régime social des indépendants (RSI),
- la Mutuelle Sociale Agricole (MSA),
- l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de médecine et l'UFR STAPS,
- le CROS,
- le laboratoire COMETE¹⁹,
- la Communauté Urbaine Caen-La-Mer,
- environ 25 associations sportives caennaises.

La mise en œuvre

Description

Le sport sur ordonnance propose un parcours pour accompagner les personnes dans un projet personnalisé de pratique autonome d'activités physiques, principal objectif du dispositif. 300 personnes peuvent être accueillies

¹⁷ Enquête santé des Bas-Normands-2012/2016 réalisée par l'ORS Basse-Normandie : <http://www.orsbn.org/panorama-etudes-orsbn.html>

¹⁸ <http://normandie.drjscs.gouv.fr>

¹⁹ <http://www.comete-u1075.fr/index.php/fr/>

chaque année. Le parcours et l'accompagnement sont gratuits pour le bénéficiaire. Il s'adresse aux Caennais sédentaires souffrant d'une des cinq pathologies identifiées comme prioritaires par le groupe d'experts médicaux issu des partenaires engagés : la dépression, les maladies psychotiques, les affections de l'appareil locomoteur, l'obésité infantile et le diabète de type 2.

L'ensemble des médecins de Caen et des communes limitrophes spécialistes des pathologies identifiées ou généralistes peuvent prescrire et orienter les patients vers le centre d'accueil « sport sur ordonnance » situé au complexe sportif de la Haie Vigné. Un document support à la prescription est transmis aux médecins concernés.

Munie de la prescription médicale, la personne est reçue par une éducatrice sportive de la ville de Caen. Un entretien individuel d'environ une heure permet de présenter le parcours, de mettre la personne en confiance, de procéder à des tests physiques afin de l'orienter vers l'une des nombreuses activités encadrées par les éducateurs sportifs de la ville et de la communauté urbaine, spécifiquement formés aux activités physiques adaptées. Le nom de son éducateur référent lui est communiqué et un livret de suivi lui est remis.

Les séances proposées s'articulent autour d'activités nautiques, aquatiques, de la forme (gymnastique douce par exemple), des arts martiaux (taïso par exemple), de sports d'opposition (tennis de table, escrime) et d'activités physiques de pleine nature²⁰ (randonnée, trottinette). Le parcours comprend 30 séances à raison de deux séances hebdomadaires.

Accompagnement

L'accompagnement du bénéficiaire est un axe majeur du dispositif qui s'appuie sur le postulat que plus l'accompagnement sera structuré et présent, plus importantes seront les chances d'atteindre l'objectif d'autonomie. Un éducateur sportif est référent de chaque bénéficiaire afin de suivre individuellement l'évolution de sa pratique, de son état d'esprit (mieux-être, plaisir, motivation). Quatre entretiens jalonnent le parcours : l'entretien d'accueil, deux entretiens intermédiaires avec l'éducateur référent pour vérifier la bonne intégration de la personne dans le parcours (1^{er} entretien) et amorcer la mise en œuvre du projet autonome de pratique d'activité physique (2^{ème} entretien). À la fin du parcours, un bilan personnalisé permet d'accompagner la concrétisation du projet de pratique autonome en partenariat avec les associations sportives. Différents supports facilitent le suivi par le médecin prescripteur et donnent des repères au bénéficiaire : le livret de suivi et les tests d'auto-évaluation de sédentarité et de qualité de vie. L'accompagnement comprend également un suivi de l'assiduité avec une application, développée de façon expérimentale en partenariat avec la société Orange, qui propose un rappel, la veille, sur l'agenda du smartphone de la séance d'APA. Si trois absences consécutives sans raison sont constatées ou si le projet de pratique autonome peine à se mettre en place, un RDV avec un coach professionnel est proposé et un processus est éventuellement engagé afin de favoriser l'émergence d'une motivation intrinsèque²⁰ et pérenne indispensable à la concrétisation du projet de pratique autonome d'activités physiques. Enfin un suivi à trois mois, six mois et un an est mis en place.

Évaluation

Le dispositif est dans sa phase de lancement. L'université de médecine et le CHU ont confié au Dr Joffrey Drigny l'étude sur les modalités d'évaluation du dispositif. À ce stade le Dr Drigny indique : « *Au-delà de l'appréciation qualitative, il nous semble essentiel d'évaluer de manière quantitative le dispositif sur une approche globale et individuelle. Dans ce sens, des questionnaires de qualité de vie et d'activité physique seront remplis par les participants. Nous utiliserons, également, des tests simples et validés pour mesurer la tolérance à l'effort, les capacités de marche et la fonction musculaire. Ces évaluations seront réalisées en début et à la fin du programme, mais également à distance de l'intervention afin d'apprécier la capacité à conserver un mode de vie actif* ». La ville complétera l'évaluation médicale par des données sur le profil des bénéficiaires et sur l'atteinte de l'objectif d'autonomie.

Financement

Ce projet est financé par la ville de Caen avec une participation de l'ARS à hauteur de 10% du coût total. Le coût par bénéficiaire est estimé à 600 euros. Le dispositif est gratuit pour les bénéficiaires.

²⁰ Se référer au chapitre Définitions

Perspectives mises en œuvre par la ville de Caen

- Utilisation des nouvelles technologies : évolution des outils d'accompagnement déjà opérationnels, intégration de la dimension d'évaluation.
- Intégration de la formation à la prescription médicale dans la formation initiale des médecins à l'université de médecine de Caen en septembre 2018.
- Renforcement du partenariat associatif : accompagnement des clubs sportifs issus des fédérations olympiques vers une offre diversifiée de pratique intégrant la dimension sport santé ; formation des éducateurs des clubs sportifs caennais en partenariat avec l'UFR STAPS (création d'un diplôme universitaire).
- Création du centre de ressources sport santé, espace d'innovation, d'échange de pratique à destination des usagers, des professionnels et du milieu associatif. Pour exemple, l'accueil d'un projet de recherche sur l'effet de l'APA sur un syndrome touchant les tissus conjonctifs est prévu en 2018.

La parole à Gérard Hurelle, maire adjoint chargé des Solidarités, du lien intergénérationnel, de la santé et du handicap et à Aristide Olivier, maire adjoint chargé de la Jeunesse, du sport et de la vie étudiante



Gérard Hurelle



Aristide Olivier

© Ville de Caen - F. Decaëns

Quand nous avons lancé le projet, l'une des clés du succès était la construction collective. Nous avons mis l'ensemble des partenaires autour de la table et nous nous sommes appuyés sur les expériences qui se sont faites dans les autres villes afin de tirer les enseignements de ce qui se fait ailleurs. Cette dynamique du sport santé est partagée par tous les élus et cela est indispensable pour avoir une action qui fonctionne, lisible et cohérente car c'est une politique qui est très transversale.

L'une des grandes priorités du projet est l'évaluation. Je voulais que l'on puisse aller jusqu'à l'aspect universitaire, la recherche, d'autant plus que nous avons une faculté de médecine importante à Caen. Cela a eu un accueil favorable de l'ensemble des partenaires. Bien que de nombreuses études montrent les bienfaits du sport, il existe assez peu de littérature scientifique sur les apports du dispositif en tant que tel. C'est un axe fort qui va prendre toute sa dimension sur l'année qui arrive.

Une autre de nos spécificités est l'accent fort que nous avons voulu mettre sur l'accompagnement. Il ne faut pas oublier que l'objectif premier est d'amener vers une pratique autonome et régulière d'activités physiques au-delà des 30 séances qui sont proposées dans le sport sur ordonnance.

Dans le cadre caennais, nous avons ciblé certaines pathologies ainsi que des profils très sédentaires. Vu le profil des bénéficiaires qui vont entrer dans le dispositif, l'accompagnement est un postulat indispensable et la clef de la réussite pour arriver à cette pratique autonome. Pour cela, 4 entretiens individuels d'1h sont programmés avec le pilote du dispositif au cours des 30 séances, puis des entretiens après la fin des séances (à 3-4 mois, 8 mois et un an).

Un autre de nos axes forts est l'accès à la pratique libre. Le sport ne se fait pas que dans un cadre fédéral, il se fait aussi au quotidien. Les gens ne vont pas forcément dans un club, ne rentrent pas forcément dans un gymnase. La ville de Caen est bien dotée d'espaces pour la pratique sportive et ces équipements de plein air accessibles au grand public doivent donc être favorables à la pratique.

En termes de perspectives, nous avons deux objectifs forts pour la saison 2017/18 : la création d'un centre de ressources sport santé et le renforcement des liens avec le milieu associatif, car pour amener à la pratique autonome, les clubs doivent être impliqués.



Fiche d'identité du territoire

- Territoires concernés : Biarritz initialement, puis tout le littoral de la Côte Basque, et se développe progressivement sur le Pays Basque intérieur et le Sud Landes
- Départements : Pyrénées-Atlantiques, Landes
- Région : Nouvelle-Aquitaine
- Biarritz est membre du réseau des villes sport santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS

Contexte local

La ville de Biarritz a engagé en 2009 une démarche sport santé, relayée ensuite par l'association Biarritz Côte Basque Sport Santé. Conçue initialement autour de deux rendez-vous récurrents, au printemps (la journée grand public Biarritz en Forme) et à l'automne (le colloque des Rencontres de Biarritz), elle s'est enrichie progressivement d'actions nouvelles, associant les partenaires du monde de la santé et du sport ainsi que les acteurs institutionnels nationaux et locaux, et apparaît aujourd'hui comme un projet pilote au niveau de la Région Nouvelle-Aquitaine et à l'échelon national.

Partenariat et financement

Cette action a bénéficié du partenariat de l'ARS, de la CPAM Bayonne, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes), de la Société Française de la Médecine du Sport (SFMES), de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (Isped), qui est un laboratoire rattaché à l'Université de Bordeaux Segalen, du Groupe Pasteur Mutualité et du Chèque Santé et d'un financement mixte public/privé.

Le coût de revient de la prise en charge de chaque patient dans le dispositif est d'environ 150 euros.

Mise en œuvre du dispositif

Description

S'appuyant sur le tissu de relations établi depuis l'origine avec les acteurs de santé, les associations et clubs sportifs locaux et la ville de Biarritz, l'association Biarritz Côte Basque Sport Santé a lancé en mai 2015 un projet innovant associant dans un premier temps 20 médecins libéraux, des clubs et des associations pour permettre la prescription d'activités physiques par les médecins généralistes volontaires auprès de la population des sédentaires, présentant ou non une pathologie chronique (Figure 9).

Les premiers résultats de cette expérimentation, présentés à l'occasion des VI^{èmes} Rencontres de Biarritz en décembre 2015, ont été jugés suffisamment probants pour étendre le dispositif en 2016 à davantage de médecins et de partenaires associatifs. Cette action est mise en œuvre désormais au niveau de Biarritz mais aussi sur tout le littoral de la Côte Basque, de Tarnos à Saint-Jean-de-Luz, et se développe progressivement sur le Pays Basque intérieur et le Sud Landes.

Pour accompagner cette action, Côte Basque Sport Santé a mis en place une plateforme dédiée pour piloter l'orientation, le suivi et l'évaluation des bénéficiaires, la rémunération des médecins et des associations, l'établissement de modules de formation pour les médecins et les éducateurs sportifs du milieu associatif, l'évaluation du dispositif et la communication.

Un salarié permanent est affecté à la coordination de cette plateforme et 3 éducateurs médico-sportifs animent régulièrement les interventions auprès des bénéficiaires.

Aujourd'hui (septembre 2017), plus de 500 médecins ont été sensibilisés et plus de 130 généralistes et spécialistes, issus de 19 communes, ont prescrit à plus de 300 patients des séances d'activité physique mises en œuvre dans 35 associations (Figure 10).

Figure 9 - Affiche promotionnelle du dispositif Sport sur ordonnance Côte Basque



Cette affiche est présente dans le cabinet des médecins généralistes prescripteurs

Source : Côte Basque Sport Santé

Figure 10 - Localisation des acteurs du dispositif Sport sur ordonnance Côte Basque



ACBA : Agglomération Côte Basque Adour

Source : Côte Basque Sport Santé

Pour illustrer le dispositif, une vidéo a été tournée : <https://vimeo.com/142288015>

Moyens

La réalisation de cette action pilote de sport sur ordonnance a été rendue possible grâce à la conjonction de facteurs déterminants :

- une volonté politique constante : c'est ce qui fait la force de la démarche initiée par Biarritz il y a bientôt 9 ans. Le soutien budgétaire de cette dernière à l'association support du dispositif en est la traduction ;
- une association dédiée : l'existence de cette association, qui pilote la démarche sport santé, permet à la Ville de disposer d'un relais opérationnel coordonnant le réseau des partenaires. L'extension géographique du dispositif a entraîné une modification du nom de l'association, devenue Côte Basque Sport Santé.
- un réseau de partenaires institutionnels du sport et de la santé à l'échelon national (Inpes, CNDS, CNOSF, Fondation du Sport) et local (ARS, CPAM, CROS, CDOS): ils ont soutenu la démarche depuis l'origine et lui apportent la légitimité indispensable ;
- des partenaires privés qui, en complétant les financements publics, garantissent la viabilité du modèle économique retenu: Groupe Pasteur Mutualité et Chèque Santé aujourd'hui et par le passé le groupe de protection sociale AG2R La Mondiale, etc.

Premiers résultats

Grâce à l'accompagnement de Côte Basque Sport Santé, 84% des bénéficiaires sortis du dispositif sont aujourd'hui durablement inscrits au sein d'une association sportive partenaire.

Il est noté chez ces bénéficiaires un changement en profondeur des comportements et habitudes de vie (déplacements, hygiène de vie, état psychologique, etc.) ainsi que des bénéfices significatifs sur leur état de santé (réduction de la prise de médicaments, etc.).

Évaluation

Une évaluation de l'action pilote mise en œuvre par Biarritz-Sport Santé a été menée par l'Ispe, sur la période mai-novembre 2015, au cours de laquelle un premier groupe de médecins ont inclus dans le dispositif « Sport sur ordonnance à Biarritz » leurs patients sédentaires susceptibles d'en bénéficier.

Une étude qualitative auprès des médecins participants a montré que le dispositif a permis d'attirer vers l'activité physique des personnes qui n'en auraient pas trouvé aussi facilement le chemin. L'orientation vers une activité adaptée au patient par des éducateurs médico-sportifs est véritablement « un plus » qui favorise l'adhésion au dispositif. Il restait à confirmer que les patients s'inscrivent/trouvent les moyens de s'inscrire dans les clubs, au-delà du dispositif. Les médecins ont décrits les bénéfices en termes de lien social et d'ouverture aux autres grâce à l'accueil et la convivialité dans les associations partenaires.

Perspectives

La plate-forme d'actions et de partenaires aujourd'hui constituée a permis de travailler sur d'autres facettes de la dimension sport santé : Journée Biarritz en Forme, Chemins de la Forme, Rencontres de Biarritz. L'ensemble donne de la cohérence au dispositif et en fait une expérience territoriale unique.

Sur le court terme, il s'agit de développer le dispositif de sport sur ordonnance sur le territoire et notamment à l'intérieur du Pays Basque. Cela passe par des actions de communication et de formation auprès des médecins pour inciter à la prescription de l'activité physique, mais aussi auprès des associations sportives pour constituer sur le Pays Basque un réseau de partenaires associatifs labellisés pouvant accueillir dans les meilleures conditions les personnes sédentaires.

Il s'agit aussi d'étendre le dispositif aux enfants et adolescents, des tranches d'âges particulièrement concernées par la sédentarité, et à des groupes de population particulièrement vulnérables (publics des Centres communaux d'action sociale (CCAS)).

La parole au Dr Guillaume Barucq, Adjoint au Maire de Biarritz à l'Environnement, Qualité de Vie et Bien-être



"Notre action "Sport sur Ordonnance" initiée à Biarritz et développée au niveau de la Côte Basque a pour but d'offrir aux patients et aux prescripteurs un dispositif clés en main pour bénéficier d'une activité physique adaptée dans les meilleures conditions. Grâce au Pass'Sport Santé, le patient et les intervenants peuvent suivre à tout moment la progression au cours des 3 mois de prescription. Nous avons pu constater que cette prescription initiale permettait de déverrouiller les blocages des patients puisque 84% des personnes étant allées au bout des 12 semaines poursuivent ensuite par elles-mêmes

une activité physique dans un club associatif. Les patients apprécient tout particulièrement d'être accompagnés et coachés par des éducateurs spécialisés pour l'initiation ou la reprise d'une activité physique, avant de voler de leurs propres ailes une fois les freins physiques, psychologiques ou financiers levés. Même si la prescription du médecin est au cœur du dispositif, l'enjeu est d'y impliquer tous les acteurs de santé du territoire (kinésithérapeutes, éducateurs APA, pharmaciens, etc.) De par notre localisation littorale, nous avons souhaité mettre l'accent sur des activités aquatiques comme la marche aquatique, la natation, le stand-up paddle et même le surf."



Cours de Marche Aquatique à la Grand Plage de Biarritz - Crédit: Xavier Dupuis-Planchard.



Fiche d'identité de Hautes Terres Communauté

- Hautes Terres Communauté : 39 communes
- Département : Cantal
- Région : Auvergne Rhône-Alpes
- Situation : Au cœur du Parc Naturel Régional des Volcans d'Auvergne.
- Superficie : 1 000 km² (Insee 2014)
- Population : 13 103 habitants (Insee 2014)
- Densité : 13 hab./km² (Insee 2014)

Le contexte local

Hautes Terres Communauté est un territoire rural et montagneux situé au Nord-Est du Cantal, au cœur du Parc Naturel Régional des Volcans d'Auvergne. Elle regroupe 39 communes et 13 321 habitants, sur une superficie de 1 000 km².

Pour assurer un avenir durable, la collectivité a défini une stratégie de développement autour de trois axes pour bâtir **un territoire attractif** qui offre aux habitants et aux nouveaux arrivants des services « urbains à la campagne », **un territoire connecté** qui stimule l'entrepreneuriat dans tous les secteurs économiques et **un territoire harmonieux** qui préserve son caractère rural et la cohésion sociale.

C'est dans ce contexte d'innovation qu'elle s'est engagée dans la transition écologique, et s'inscrit aujourd'hui dans le sport santé sur ordonnance, un enjeu de santé publique qu'elle entend relever à son échelle.

Avec une **population vieillissante**, une **mortalité générale supérieure à la moyenne nationale** notamment du fait de taux élevés de mortalité prématurée et de mortalité par maladies cardio-vasculaires, un **risque notable de désertification médicale** compte tenu du nombre important de médecins proche de la retraite²¹, Hautes Terres Communauté a fait de la santé une de ses priorités.

En 2012, la collectivité élabore un projet de santé dans lequel elle inscrit la construction de deux Maisons de santé et la mise en œuvre d'un dispositif sport santé sur ordonnance ouvert à l'ensemble de ses habitants.

Le partenariat

- Une équipe pluridisciplinaire sport santé : trois médecins généralistes, un cardiologue, un kinésithérapeute, un psychologue, une diététicienne-nutritionniste, un éducateur sportif spécialisé dans l'activité physique adaptée ;
- l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ;
- le Centre Médical Sportif d'Aurillac ;
- le Pôle Médical Santé du Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive (Creps) de Vichy ;
- le Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers les Loisirs Intégrés et Réguliers (DAHLIR) ;
- une dizaine d'associations sportives ;

²¹ Source ORS Auvergne - Portrait de santé du bassin de santé intermédiaire de Saint-Flour 2013

- l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps).

La mise en œuvre du dispositif : les grandes étapes

- **Création d'un pool sport santé** pour piloter le projet, composé de trois médecins généralistes, un cardiologue, un kinésithérapeute, un psychologue, une diététicienne-nutritionniste et un éducateur sportif spécialisé dans l'activité physique adaptée.
- **Identification des profils et pathologies à privilégier par le pool sport santé** : diabète de type 2 stabilisé, obésité et surpoids, hypertension stabilisée, maladies respiratoires, perte d'autonomie, sédentarité.
- **Sélection des bénéficiaires et intégration dans le dispositif** après les résultats de l'examen clinique, de l'électrocardiogramme et des entretiens individuels d'inclusion.
- **Évaluation initiale** effectuée par l'éducateur sportif sous forme de tests : « 6 minutes marche », « 30 secondes assis/debout », évaluation de la souplesse chaîne postérieure et composition corporelle, ainsi que d'un questionnaire dans lequel sont évalués le niveau d'activité physique et de sédentarité, le niveau de motivation pour l'activité physique à des fins de santé, le niveau de santé « perçue ».
- Dispositif : **trois séances mensuelles d'activité physique adaptée** dont une en autonomie encadrée par l'éducateur sportif, **trois ateliers nutrition**, **deux ateliers « estime de soi »**.
- **Évaluation finale**, trois mois après le démarrage du dispositif.
- **Accompagnement des bénéficiaires** en sortie du dispositif après avis du pool sport santé : réintégration de certains bénéficiaires dans la session suivante si nécessaire ou orientation vers des associations sportives locales en lien avec le DAHLIR.

Les séances ont lieu dans la salle de danse et le gymnase communaux.



Crédit photo : Hautes Terres communauté

Financement

Le budget annuel est de 50 000 euros. Il est assuré par 80% de subventions (État, ARS, Fondation de France). Les bénéficiaires participent à hauteur de 10 euros par mois en 2017²².

²² À titre expérimental, la session 1 était gratuite. À partir de la 2^{ème} session, il a été décidé une participation financière des bénéficiaires de 10 euros par mois.

Évaluation

Deux sessions ont été organisées, avec environ 25 participants, soit une cinquantaine de bénéficiaires en 2017.

Dates des sessions 2017 :

- du 24/04 au 21/07 ;
- du 25/09 au 15/12.

Les résultats des trois sessions seront communiqués fin décembre 2017-janvier 2018.

Résultats de la première session :

Âge moyen : 59,8 ans.

Pathologies prises en charge :

- Diabète de type 2 ;
- Hypertension artérielle ;
- Obésité (volet prévention).

Évaluations physiques (moyenne pour un groupe de 23 bénéficiaires) :

- Test de marche : amélioration de 10% ;
- Test assis/debout : amélioration de 44% ;
- Test de souplesse chaîne postérieure : amélioration de 22%.

Évolution de la composition corporelle :

- Masse grasse : diminution de 7,2% ;
- Masse musculaire : amélioration de 2,9% ;
- Masse osseuse : amélioration de 2,6%.

Évaluation par questionnaire en lien avec l'Onaps : Les modalités de cette partie de l'évaluation ont été discutées avec l'Onaps, qui a également traité les questionnaires.

Cette évaluation a porté sur 21 personnes d'âge médian 59 ans (40-82 ans). L'ensemble des indicateurs évoluent de manière favorable après 3 mois d'action (niveaux d'activité physique, de sédentarité, qualité de vie, motivation) :

- Concernant l'activité physique (évaluée à l'aide du questionnaire Recent physical activity questionnaire (Rpaq)²³), le pourcentage de personnes atteignant les recommandations de l'OMS²⁴ est passé de 29% à 43%. L'action a permis de faire évoluer favorablement les répartitions de participants catégorisés comme étant inactifs (diminution de 62% à 24%), ayant un niveau d'activité physique modéré (augmentation de 19% à 48%) et ayant un niveau d'activité physique élevé (augmentation de 19% à 29%). La proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique et/ou sportive régulièrement pour les loisirs a par ailleurs évolué favorablement, passant de 43% à 62%.
- Concernant la sédentarité, la moyenne du temps passé assis (hors travail²⁵), évaluée à l'aide également du Rpaq, a évolué favorablement, passant de 5,1 à 4,6 heures par jour (- 0,3 heure les jours de semaine et - 1 heure les jours de weekend).
- Concernant l'évolution de la qualité de vie (évaluée avec le profil de Duke), le score moyen de santé physique a augmenté de 6 points, passant de 63 à 69 sur 100. Les scores moyens de santé mentale et de santé générale ont également évolué positivement dans une moindre mesure (+ 3 points pour chacun, passant respectivement de 63 à 66 sur 100 et de 64 à 67 sur 100). Le score moyen de santé sociale est resté stable alors que le score moyen d'estime de soi a légèrement diminué (- 3 points)²⁶.

²³ Modifié et adapté aux personnes âgées

²⁴ 150 minutes par semaine d'activités physiques

²⁵ Le questionnaire utilisé n'a pas permis de chiffrer le temps passé assis au travail pour les actifs.

²⁶ A titre de comparaison, l'indice de santé générale pour la population générale française de 12 à 75 ans est de 71 sur 100 (74 pour les hommes et 69 pour les femmes). Le score de santé physique est de 72 sur 100, celui-ci diminuant légèrement

- Enfin, la motivation autodéterminée²⁷ moyenne (évaluée avec l'échelle de motivation pour l'activité physique à des fins de santé (Emaps) a évolué favorablement.

Freins/améliorations possibles :

- Ateliers nutrition à renforcer afin de mieux cibler les besoins en fonction des pathologies ;
- Ateliers « Estime de soi » à repenser pour les rendre plus attractifs.

Perspectives

- Intégration de nouveaux professionnels de santé dans le pool sport santé : trois médecins généralistes, un pneumologue ;
- Partenariat avec la clinique du souffle de Riom-ès-Montagnes ;
- Augmentation du nombre de bénéficiaires par session : 30 personnes ;
- Augmentation de la durée des sessions soit 4 mois au lieu de 3 mois ;
- **Aménagement d'un plateau cardio-training et renforcement musculaire** à Murat pour favoriser l'activité physique en autonomie.

La parole à Bernard Delcros, sénateur du Cantal et ex-président de Hautes Terres Communauté



Crédit photo : Hautes Terres communauté

Aujourd'hui plus qu'hier, dans un monde en profond changement, dans une société en perte de repères et de lien social, agir pour le bien-vivre ensemble, unir par des valeurs communes participe au bien-être des habitants. En nous emparant du sport santé sur ordonnance, nous apportons un vrai service aux habitants, nous renforçons l'attractivité de notre territoire, nous démontrons notre capacité à répondre avec pragmatisme à de nouveaux enjeux de société et changeons l'image de la ruralité. À travers ce programme, nous voulons faire du Sport Santé un nouveau marqueur d'innovation et de cohésion sociale en milieu rural !

avec l'avancée en âge (70 chez les 45-64 ans puis 66 chez les 65-75 ans). Les scores de santé mentale, sociale et d'estime de soi sont respectivement de 75 sur 100, de 67 sur 100 et de 77 sur 100 (Baromètre santé, 2005).

²⁷ L'index de motivation autodéterminée est composé de la moyenne des scores de la motivation intrinsèque, de la régulation intégrée et de la régulation identifiée. Il permet d'estimer dans quelle mesure l'action est conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'action, sans attente de récompense externe.



Fiche d'identité

- Territoires concernés : Communauté de Commune de la Région de Châteauneuf-sur-Charente (qui a rejoint la nouvelle Communauté d'agglomération du Grand Cognac le 1/1/2017), Communauté d'Agglomération de Saintes, Aire urbaine du Grand Poitiers (les fusions de communes et d'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) au 1/1/2017 ont créé un nouveau Grand Poitiers à 40 communes).
- Départements : Charente, Charente-Maritime, Vienne.
- Région : Nouvelle-Aquitaine.
- Superficie : 181,4 km² pour la Communauté de Commune de la Région de Châteauneuf sur Charente ; 474,6 km² pour la Communauté d'Agglomération de Saintes ; 273,5 km² pour le nouveau Grand Poitiers.
- Population : 10 373 habitants pour la Communauté de Commune de la Région de Châteauneuf-sur-Charente ; 58 900 habitants pour la Communauté d'Agglomération de Saintes ; 192 000 habitants pour le nouveau Grand Poitiers.
- Densité : 57 habitants/km² pour la Communauté de Commune de la Région de Châteauneuf-sur-Charente ; 124 habitants/km² pour la Communauté d'Agglomération de Saintes ; 702 habitants/km² pour le nouveau Grand Poitiers.

Le contexte local

L'inactivité physique et les comportements sédentaires sont des facteurs de risques cardiovasculaires, de mortalité et d'aggravation lorsque la maladie chronique est installée. Face à ce constat et pour favoriser une augmentation de la pratique d'activité physique des Picto-Charentais, la Région Poitou-Charentes, la DRJSCS et l'ARS, ont souhaité expérimenter, dans le cadre du Plan Régional Sport Santé Bien-Être Poitou-Charentes 2014-2016, le dispositif Prescimouv' - Bouger sur ordonnance.

Ce dispositif de prescription médicale d'activité physique est conduit simultanément de façon expérimentale pendant 3 ans, sur 3 territoires²⁸ aux caractéristiques démographiques et d'équipements différentes :

- un milieu rural : Communauté de Commune de la Région de Châteauneuf sur Charente (département de la Charente) ;
- une agglomération de taille moyenne : Communauté d'Agglomération de Saintes (département de la Charente-Maritime) ;
- une grande aire urbaine : Grand Poitiers (département de la Vienne).

Le partenariat

- Pour la mise en place du dispositif : DRJSCS, ARS et Région Nouvelle-Aquitaine.
- Pour la prescription : un peu moins d'une centaine de médecins prescripteurs à avoir déjà orienté un de leur patient. Le dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalée)²⁹ de coopération permet de renforcer la prescription et de ré-aborder le sujet de l'activité physique avec le patient.

²⁸ L'aire géographique de ces territoires a été modifiée conjointement au nouveau découpage lié à la loi NOTRE

²⁹ Pour plus d'infos sur le dispositif : <http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps-LPED-06.pdf>

- Pour les séances d'APA : 17 structures sur les 3 territoires (8 associations sportives, 4 associations non-sportives, 5 structures privées).

La mise en œuvre du dispositif

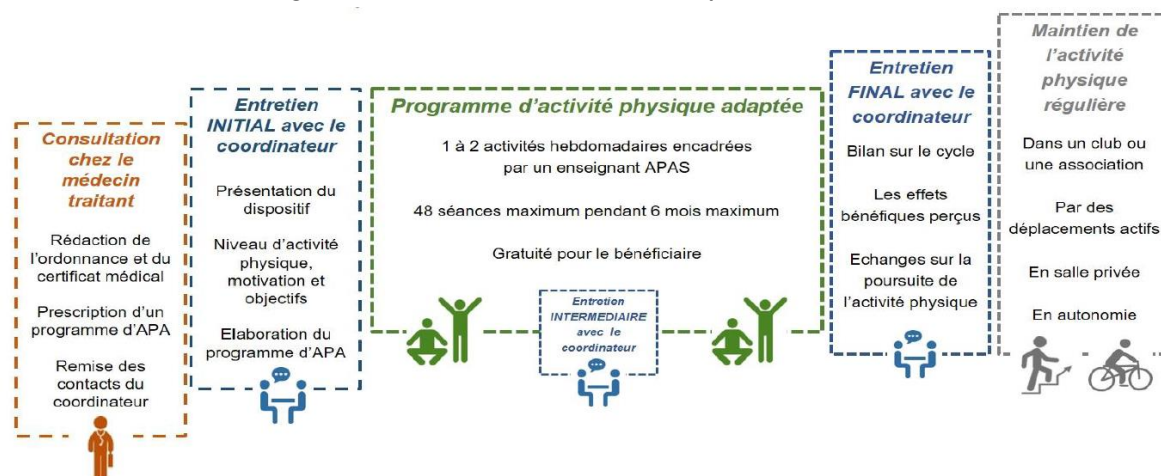
Description

Le dispositif a été construit autour de plusieurs axes :

- favoriser l'accès à la pratique régulière d'activités physiques à un public inactif physiquement et concerné touché par une ou plusieurs maladies chroniques (liste ALD30) par voie de prescription médicale ;
- rassembler autour d'un projet de prévention de la santé des professionnels médicaux et paramédicaux et des professionnels de l'activité physique (enseignants.es APA, éducateurs.trices sportifs.ves...) ;
- garantir une prise en charge adaptée : les personnes bénéficiaires du dispositif bénéficient d'un programme d'activités physiques et sportives adaptées.

Le dispositif propose des programmes d'activité physique adaptée pour accompagner les bénéficiaires vers une reprise d'activité physique avec la perspective de la maintenir durablement. Après un premier rendez-vous chez son médecin traitant, le participant est orienté vers un coordonnateur Prescirmouv'. Suite à cette rencontre, le coordonnateur et le bénéficiaire conviendront d'un programme d'activité physique. Ce programme tiendra compte des aspirations personnelles, des capacités et des besoins de chaque bénéficiaire. Après un entretien final avec le coordonnateur Prescirmouv', l'objectif est le maintien d'une activité physique régulière chez le bénéficiaire (Figure 11).

Figure 11 - Parcours des bénéficiaires du dispositif Prescirmouv'



Source : Prescirmouv' - Bouger sur ordonnance

En plus de proposer des séances pratiques d'intervention, ces programmes « passerelle » sont accompagnés d'une approche globale afin de concevoir l'activité physique dans toutes ses dimensions. Ils proposent ainsi d'accompagner les bénéficiaires à mettre en œuvre une combinaison de solutions pour être plus actifs : se déplacer à pied ou à vélo, augmenter les temps de loisirs structurés, mettre en place des pratiques libres... Le dispositif cible aussi son intervention sur la prévention des comportements sédentaires prolongés.

Premiers résultats

Au 30 juin 2017 et depuis les premières séances des programmes d'APA amorcées en mars 2016, 208 bénéficiaires orientés par 87 médecins traitants ont pu se reconfronter à l'activité physique, par l'intermédiaire des 35 créneaux hebdomadaires d'APA, par groupes de 8-10 personnes :

- 125 bénéficiaires pour le Grand-Poitiers ;
- 39 bénéficiaires pour la Communauté d'Agglomération de Saintes ;

- 44 bénéficiaires pour le Grand-Cognac (incluant l'ex Communauté de Commune de la Région de Châteauneuf-sur-Charente).

Au total plus de 1 100 heures ont été dispensées sur les 3 territoires.

Parmi les 208 bénéficiaires, 30 ont terminé le parcours de 6 mois, 128 suivent encore le programme et 27 ont abandonné ou sont sortis du dispositif en cours de programme.

Sur les 30 bénéficiaires ayant terminé le programme, les premiers résultats³⁰ montrent notamment :

- une amélioration au test de marche de 6 minutes (+18,5 minutes) et au test 30 secondes assis-debout³¹ ;
- une évolution favorable des profils « inactifs » à « actifs » (+12,5 au score de Ricci & Gagnon) ;
- un impact positif sur la qualité de vie (+10% au score de qualité de vie générale selon le questionnaire WHOQOL-Bref).

Évaluation

Dans les prochains mois, la récupération des données relatives à la poursuite de l'activité physique post-programme sera si possible réalisée : quelle poursuite ; sous quelle forme d'activité physique ; arrêt d'une AP régulière ; motif de cet arrêt...

Une étude médico-économique pour évaluer l'impact sur les coûts de santé pourrait être pertinente mais nécessite une collaboration plus étroite avec les professionnels et le secteur médical (CPAM, représentant médecine générale...). Le retour des bénéficiaires est très positif (Témoignages en Annexe 5). mais avoir un regard sur les prescripteurs (ce qui incite/freine à prescrire, retours sur le dispositif...) pourrait aussi être très utile.

Financement

Le projet bénéficie d'un financement sur 3 ans, réparti entre 2 partenaires :

- L'ex-Région Poitou-Charentes : 225 000 € pour le recrutement de 3 coordinateurs mis à disposition pour coordonner l'action *via* le Groupement d'Employeurs Sport Animation Santé 86 et 43 200 € pour financer 30 programmes d'APA proposés aux bénéficiaires de prescription ;
- La DRJSCS Poitou-Charentes : 72 000 € pour le co-financement des postes de coordinateurs recrutés par le Groupement d'Employeurs Sport Animation Santé 86.

Perspectives

Le dispositif Prescimouv' entame sa troisième année d'expérimentation. Des ajustements doivent voir le jour à l'horizon 2018 et devront permettre :

- d'identifier les ressources et structures qui proposent des pratiques d'AP pour la santé ;
- d'identifier les structures qui pourront mettre en œuvre des programmes d'APA;
- de favoriser la collaboration entre ces structures ;
- de favoriser une prescription et une orientation simple et efficace, en mettant à disposition des supports intuitifs pour les prescripteurs ;
- de développer des outils de communication interprofessionnels plus efficaces.

Ces ajustements permettront de construire des parcours d'activité physique en accord avec l'état de santé, les ressources et le tableau clinique des bénéficiaires. Il faudra aussi porter une réflexion plus générale sur les aspects suivants :

- la capacité à mobiliser les prescripteurs, à pouvoir leur présenter l'action et à favoriser une orientation rapide et plus « généralisée », la capacité à savoir combien de personnes ont reçu une prescription et n'ont pas donné suite à celle-ci ;
- une formation des prescripteurs en abordant les modalités pratiques de prescription serait à prévoir ;

³⁰ Un retour un peu plus détaillé des résultats de l'action est proposé dans l'état des lieux Prescimouv' - Bouger sur Ordonnance accessible *via* ce lien : <http://prescimouv.fr/images/actualites/Etat-des-lieux-Prescimouv-Juin-2017-VF.pdf>

³¹ Test consistant à s'asseoir et se lever d'une chaise en 30 secondes.

- le modèle économique reste à construire : au niveau des usagers pour l'accès à la pratique et pour l'accès aux programmes d'APA pour les usagers qui en ont le plus besoin. Le rôle des coordonnateurs qu'il faudra financer car ils contribuent à installer et faire vivre ces actions ;
- la construction de parcours d'AP cohérents mettant en relation compétences et niveau de formation de l'intervenant et tableau clinique de l'utilisateur ;
- le renforcement des circuits entre programme d'APA et pratique sport santé pour porter une réflexion plus aboutie sur la poursuite de l'AP. Cette approche passe par une réflexion et une collaboration interprofessionnelle au service de l'utilisateur ;
- des problèmes organisationnels : fonctionnement des associations et clubs sportifs le plus souvent avec coupure estivale, accès aux espaces de pratique (gymnases, et autre équipements) souvent saturés.

La parole à Benoit Maingard, Enseignant en Activité Physique Adaptée et Santé en libéral intervenant sur des programmes d'Activité Physique Adaptée dans le cadre du dispositif Prescirmouv' Bouger sur Ordonnance.

Mon rôle est de prendre en soins des patients orientés par leur médecin et atteints d'une affection de longue durée. Avec chaque patient, une phase de pré-test a lieu pour évaluer leur pratique d'activités physiques, leur motivation ainsi que leur condition physique grâce à des tests de terrain (test de 6 minutes marche, force des membres inférieurs, équilibre...). Après cette phase test, les patients suivent un programme de 6 mois, plusieurs évaluations sont renouvelées au cours de ces mois pour suivre les progrès. Pour ces patients, moi et mes collègues enseignant en APA mettons en place des groupes assez homogènes (limitations plutôt sévères et limitations plutôt légères à modérés), n'excédant pas 10 personnes afin d'avoir un travail qualitatif et approprié à chaque personne.

Dans les différents groupes que j'encadre, je m'applique à définir des thèmes de travail en lien avec la problématique des patients. Par exemple, pour une population vieillissante rencontrant des problématiques le plus souvent liées à la perte d'autonomie motrice, je mets en place un travail combiné d'équilibre, de renforcement musculaire et des fonctions exécutives. Autre exemple, pour une population rencontrant des problématiques cardiovasculaires, ce sera plutôt un travail combiné d'exercices aérobies et de renforcements musculaires.

BOUGER SUR PRESCRIPTION EN SAVOIE



Fiche d'identité de la Savoie

- Région : Auvergne Rhône-Alpes
- Situation : Département situé au nord des Alpes françaises, près de 90% du territoire étant situé en zone de montagne
- Superficie : 6 028 km² (Insee 2014)
- Population : 426 924 habitants (Insee 2014)
- Densité : 70,8 hab./km² (Insee 2014)

Le contexte local

La Savoie est un département plutôt sportif, figurant dans le trio de tête des départements français sur plusieurs plans (licences, athlètes, éducateurs sportifs...). Les questions de santé n'y sont donc pas particulièrement présentes. Mais elles n'en sont pas pour autant absentes, et sans doute même bien présentes dans l'esprit de nombreux acteurs.

C'est ainsi que dès 2011, une rencontre entre le docteur Molina d'Aranda et le directeur de l'Agence Ecomobilité (AEM) va lancer les bases de la démarche de prescription de la marche et du vélo par les médecins. Puis, par le biais du groupe régional sport santé bien-être, de la DRJS Rhône-Alpes et de la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de Savoie, une dynamique départementale se met en place, avec la constitution en 2012, d'une équipe de travail sous forme d'un comité de pilotage large et d'un comité technique, composés :

- De professionnels de santé motivés : médecins, kinésithérapeutes, conseils de l'ordre ;
- Du Comité Départemental Olympique et Sportif de la Savoie (CDOS 73) pour la mobilisation du mouvement sportif ;
- De l'Agence Eco-Mobilité pour la vision « mobilités douces » ;
- De la Maison des Réseaux de Santé de Savoie (MRSS) pour le réseau et les compétences des APA ;
- De la CPAM pour sa logistique et son service de communication ;
- De l'ARS et de l'IREPS de Savoie au titre des programmes de prévention ;
- Du service jeunesse et sports de la DDCSPP pour la coordination initiale et dans le cadre des programmes ministériels.

En 2013 le coportage par le CDOS 73, l'AEM et la MRSS se met en place et une expérimentation avec 14 médecins du territoire de Chambéry métropole démarre.

Outre les très nombreuses et assidues séances de travail, de multiples soirées d'informations sont organisées pour les professionnels de santé et pour les associations sportives, Dans l'objectif de couvrir à terme l'ensemble du département (cf. paragraphe « déploiement » plus loin).

Le partenariat

Portage

Depuis 2014, « Bouger sur prescription » permet d'associer l'existant et de créer des passerelles sur la thématique sport santé. Ce dispositif, coporté par le CDOS 73, la MRSS et l'Agence Ecomobilité, vise à réunir de nombreux acteurs agissant déjà dans ce domaine afin de créer un maillage, une meilleure cohérence et organisation départementale. Le partenariat entre les trois structures permet de répondre de manière coordonnée, complémentaire et gagnante, aux problématiques de santé, d'activité physique et sportive, et de mobilité.

Partenaires opérationnels et financiers

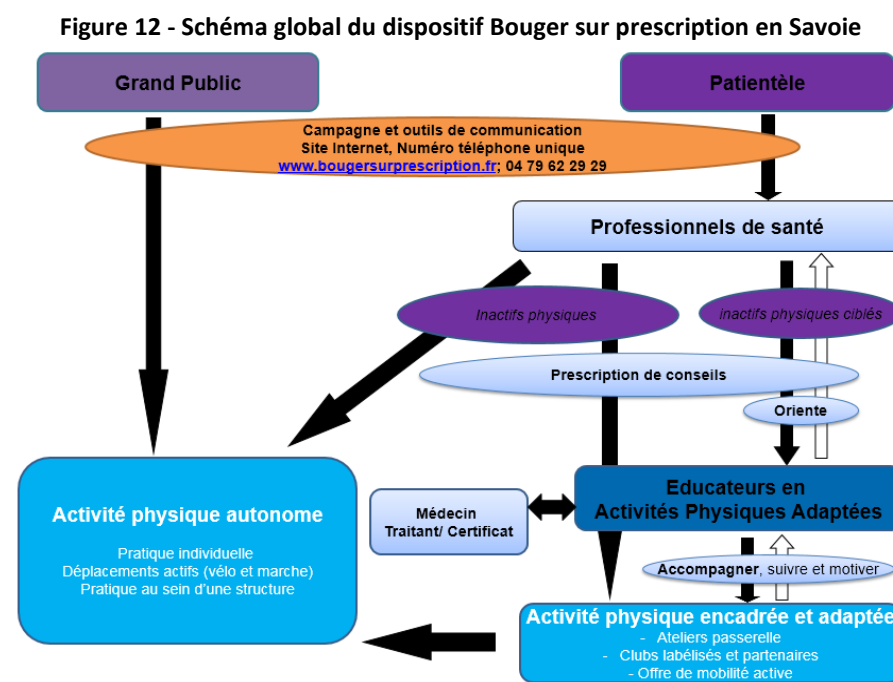
L'ARS Rhône-Alpes et son Unité territoriale Savoie, la DRJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et la DDCSPP de Savoie, la CPAM Savoie, le Conseil départemental Savoie (depuis 2017), la Fondation de France et la Fondation MACIF sont partenaires financiers du programme.

Le pôle sport de la DDCSPP de Savoie, le Pôle de santé de Chambéry, le CCAS d'Aix-les-Bains, le service sport jeunesse de la Ville d'Albertville, le Comité départemental Sport adapté, le Comité départemental Handisport, les conseils de l'ordre départementaux des médecins et kinésithérapeutes en sont les partenaires techniques opérationnels aux côtés des co-porteurs.

La mise en œuvre

Modalités

Quatre voies sont offertes au grand public, dans l'intention générale de permettre à chacun de pratiquer de manière autonome. La Figure 12 est donc à lire de gauche à droite, de la voie la plus directe à la voie la plus accompagnée avec les interventions successives, d'un professionnel de santé, d'un éducateur en APA et d'un éducateur sportif.



Source : Bouger sur prescription en Savoie

Le professionnel de santé discerne le niveau d'activité et les pathologies, prescrit la pratique d'activité physique et oriente ses patients inactifs vers l'interlocuteur adapté à la situation de la personne.

L'éducateur APA réalise un entretien motivationnel avec chaque patient inactif ciblé puis détermine un programme d'activité individualisé. Il assure ensuite un suivi (3 mois, 6 mois, 12 mois) et clôt l'accompagnement par un bilan.

Les ateliers passerelles sont destinés à remettre en activité les personnes qui le souhaitent, de manière temporaire, avant une orientation vers une ou plusieurs structures sportives.

Deux types de structures d'activité physique sont présentes dans le programme :

- partenaire : activités physiques pour des publics inactifs, sans pathologies spécifiques ;
- labélisée : activités physiques pour des publics inactifs et atteints de pathologies spécifiques.
 - ⇒ Pour qu'une structure sportive soit labélisée et donc accueille les personnes inactives ciblées, l'éducateur sportif référent doit avoir suivi une formation adéquate (universitaire (éducateur en activité physique adapté – APA), dispensée par leur fédération sportive d'origine ou proposée par le dispositif Bouger sur prescription : module de 3 jours par pathologies).

Types d'activités présentes dans le dispositif : gymnastique / renforcement musculaire, marche / randonnée, arts martiaux, activités duelles (escrime, tennis de table, ...), activités aquatiques, mobilité douce / vélo.

Dans le cadre de ce dispositif, nous ne proposons pas d'évaluation scientifique des bienfaits de l'activité physique sur la santé des personnes que nous touchons, partant du principe que de nombreuses études ont démontré tout l'intérêt de l'AP sur la santé. En revanche, nous nous attardons à remettre les personnes inactives en activités. Nous évaluons donc le dispositif sur les aspects suivants :

- nombre de territoires couverts ;
- nombre de professionnels de santé ;
- nombre de structures et d'activités proposées ;
- nombre d'actions de formation / de soirées de sensibilisation et affluence ;
- nombre de personnes accompagnées par territoire et temps de présence dans le dispositif ;
- temps d'attente entre la consultation chez le professionnel de santé et le rendez-vous avec l'éducateur APA ;
- nombre de pratiquants dans les créneaux référencés.

Déploiement de l'action

- 2014 : agglomération de Chambéry ;
- 2015 : agglomération d'Aix-les-Bains ;
- 2016 : agglomération d'Albertville ;
- 2017 : Tarentaise (Aigueblanche et Aime) et Avant-Pays Savoyard (St-Genis-sur-Guiers et Pont-de-Beauvoisin) ;
- 2018 : Cœur de Savoie et Maurienne ;
- 2019 : couverture de l'ensemble du département de la Savoie.

Public(s) visé(s)

Si de manière générale, 40% des Savoyards, comme 40 % de Français (estimation notamment tirée du baromètre santé nutrition de l'Inpes) peuvent être considérés comme inactifs, c'est-à-dire comptabilisant moins de 18 points au test de Ricci et Gagnon, ce sont 170 000 personnes qui sont potentiellement ciblées dans notre département.

De manière plus resserrée, sont ciblées, d'une part, les personnes inactives des territoires couverts et orientées par leur professionnel de santé ou par un conseiller « Bouger sur prescription », d'autre part, les patients inactifs ayant une pathologie spécifique (maladie chronique, handicap, sénior, précaires sociaux).

Financement

Le budget 2016 consolidé est de 230 000 euros se répartissant ainsi :

- 110 000 euros pour la coordination, dont une première moitié pour le pilotage du dispositif (chargée de mission, formation des acteurs, actions de communication...), et l'autre moitié pour la rémunération des éducateurs APA sur les territoires ;
- 80 000 euros pour les acteurs de l'offre sportive ;
- 25 000 euros pour les acteurs de l'offre de mobilité ;
- 15 000 euros pour les acteurs et postes divers (secrétariat de la MRSS assurant la coordination des rendez-vous pour les APA sur les territoires, temps de travail/présence valorisé des membres participant aux comités techniques et groupes de travail, ...).

Chiffres clés 2016 (sur le périmètre Chambéry, Aix-les-Bains, Albertville)

- 185 professionnels de santé adhérents ;
- 8 éducateurs APA répartis sur le territoire, pour 1,8 ETP ;
- 300 séances d'ateliers passerelle réalisées (gratuits pour le patient, durée limitée : 8 à 10 séances) ;
- 35 acteurs de l'offre sportive et de mobilité, proposant 95 créneaux d'activité différents ;
- 300 patients orientés, 225 entretiens réalisés et 50 orientations vers un acteur de l'offre d'activité physique.

Perspectives, freins/améliorations possibles :

Points forts

- Coordination fluide ;
- Développement territorial ;
- Ancrage dans des politiques locales (contrats de ville, contrats de santé, ...) ;
- Partenariats multiples ;
- Soutien institutionnel ;
- Cinq spécificités : périmètre départemental ; portage original par trois associations (initiative privée) ; inclusion d'une offre de mobilités douces ; ciblage large du public des inactifs (prévention) ; prise en compte d'un bilan motivationnel dans le parcours du patient.

Pistes d'amélioration

- Conserver l'objectif d'une pratique autonome des patients (structurée ou non-structurée) ;
- Mutualiser les données (professionnels de santé, APA et offre) ;
- Diminuer le délai d'attente pour un 1^{er} entretien ;
- Développer la cible jeunes (prévention) ;
- Améliorer les liens entre enseignants en APA et éducateurs sportifs ;
- Développer la formation-sensibilisation des professionnels de santé.

La parole à Pierre Molina d'Aranda de Darrax (médecin ostéopathe à Chambéry)



Crédit photo : Pierre Molina d'Aranda de Darrax

Fin 2011, le président et le directeur de l'AEM de Chambéry me proposent de les aider à développer auprès des médecins de Savoie un projet consistant à prescrire des activités physiques et notamment les déplacements en mode actif (vélo, marche), lors de leurs consultations.

Étant par ailleurs Président de la commission médicale paritaire de la Savoie et élu à l'Union Régionale des Professions de Santé Rhône Alpes (URPS), j'ai également initié ce projet auprès des instances régionales, DRJSCS, ARS et URPS. La DRJSCS et l'ARS ont rapidement suivi et Chambéry a pu devenir ville pilote expérimentale grâce au relais pris par le Pôle Sport de la DDCSPP de la Savoie pour coordonner le démarrage de ce projet.

Ce projet fera en outre l'objet de la Thèse du Dr Carine Reinert-Giraud, soutenue le 7 octobre 2014, sur l'expérience de 14 médecins chambériens « Comment résoudre les difficultés de prescription de l'activité physique sur ordonnance ».

Par ailleurs, dès 2012, un dossier attestant de l'efficacité des activités physiques sur de nombreuses pathologies et chiffrant l'intérêt en milliards d'euros, est remis au ministre des affaires sociales. Il ouvrira la voie à la publication de l'instruction ministérielle du 24 décembre 2012 et à la loi du 10 avril 2015 sur la prise en charge des prescriptions de sport sur ordonnance pour les affections de longue durée.

Les personnes impliquées dès l'origine se sont rapidement entendues sur les finalités et les objectifs du programme à construire, ainsi que sur sa gouvernance. La mise en place en 2014, d'un « conseil d'orientation » multipartenarial, d'un « comité de pilotage » regroupant les trois associations porteuses du programme (CDOS, AEM, MRSS) et d'un « comité technique » composé d'experts, s'avérera d'une efficacité exemplaire.

Par contre, plusieurs difficultés ont dû être surmontées – et/ou le restent encore - :

- *Les médecins et autres professionnels de santé, n'ont pas encore l'habitude de prescrire des activités physiques ;*
- *Les associations sportives ne sont pas toutes prêtes à proposer une offre adaptée ;*
- *Les réflexes corporatistes peuvent constituer des obstacles aux nécessaires coopérations entre médecins, kinésithérapeutes, enseignants APA, éducateurs sportifs... ;*
- *Les freins à la reprise des activités physiques chez les patients ciblés sont nombreux (motivationnels, affectifs, sociaux, physiques...) et difficiles à lever.*

Malgré tout, le noyau dur qui s'est constitué dès 2011 s'est rapidement élargi et le programme BSP a pu se déployer en Savoie au-delà de Chambéry. Les autres programmes « frères » déployés en France (Champagne-Ardenne, Strasbourg, Pays-de-la-Loire, Blagnac...) et les dispositions nationales ont nourri le programme savoyard.

Ce projet reste avant tout une belle aventure humaine dans laquelle la motivation des personnes a permis la création d'une synergie entre des partenaires issus de multiples horizons.



Fiche d'identité de Strasbourg

- Département : Bas-Rhin
- Région : Grand Est
- Situation : extrême nord-est de la France, à la frontière avec l'Allemagne
- Superficie : 78,3 km² (Insee 2014)
- Population : 276 170 habitants (Insee 2014)
- Densité : 3 529 hab./km² (Insee 2014)
- 560 km d'itinéraires cyclables, 1^{er} réseau cyclable de France
- 400 hectares d'espaces verts
- Strasbourg est membre fondateur du réseau des villes sport santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS

Contexte local

Le dispositif Sport-santé sur ordonnance est né de la volonté de la ville de Strasbourg en lien avec les partenaires du Contrat Local de Santé 2012-2014 (CLS). L'objectif commun était de promouvoir les modes de déplacements physiquement actifs et la pratique d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

L'objectif principal du dispositif Sport-santé sur ordonnance, mis en place en novembre 2012, est de favoriser la pratique, par des adultes sédentaires souffrant de maladies chroniques, d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à leur état de santé, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

En 2015, la signature du CLS a permis la poursuite de la dynamique engagée. En 2017, un nouvel axe structurant dédié aux personnes âgées fragilisées a été mis en place, soutenu financièrement par le Conseil départemental du Bas-Rhin dans le cadre de la Conférence des financeurs.

La Ville de Strasbourg est le porteur du projet, sous l'impulsion du Dr Feltz, adjoint au Maire en charge de la santé et avec le soutien total du Maire de Strasbourg Roland Ries. Le pilotage est assuré par le service Promotion de la santé de la personne, en lien direct avec le service Vie sportive pour la partie opérationnelle.

Partenariat et financement

Si les partenaires (ARS, DRJSCS, régime local) cofinancent directement l'action, d'autres partenaires locaux sont également présents et investis dans le partenariat, financièrement ou par d'autres moyens mis à disposition. Citons la quasi-totalité des médecins généralistes (330), le Centre Bien Vieillir Agirc-Arcco, l'Université de Strasbourg et la Compagnie des Transports Strasbourgeois pour la mise à disposition de Vélhop³² aux bénéficiaires.

³² Système strasbourgeois de vélos en libre-service

Dispositif

Le dispositif s'adresse à l'ensemble des habitants de Strasbourg adultes atteints des maladies chroniques suivantes :

- obésité (IMC > 30) ;
- diabète de type 2 ;
- maladies cardiovasculaires stabilisées (accident vasculaire cérébral, infarctus) ;
- hypertension artérielle stable ;
- cancers du sein et du colon en rémission depuis 6 mois ;
- personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (ouverture en décembre 2016).

Depuis début 2017, il s'adresse également aux personnes âgées fragilisées, dans le cadre de la prévention des chutes, grâce au financement obtenu par le biais de la Conférence des financeurs.

Si le dispositif vise l'ensemble du territoire de la ville, certains quartiers sont plus représentés que d'autres. Les habitants des quartiers de la politique de la ville (QPV) sont globalement plus nombreux dans le dispositif sport santé sur ordonnance depuis son lancement.

Le médecin traitant est le point d'entrée dans le dispositif : muni de son ordonnance prescrivant « de l'activité physique », le patient prend rendez-vous avec l'équipe municipale sport santé sur ordonnance. Au cours du rendez-vous d'inclusion, un éducateur sportif fait passer des tests d'effort et de motivation. C'est au vu de ce bilan que s'établit le choix des activités physiques vers lesquelles sera orientée la personne, activités les plus adaptées à son état de santé et à son mode de vie (Figure 13).

**Figure 13 - Binôme médecin généraliste – éducateur sportif
un binôme gagnant du dispositif Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg**



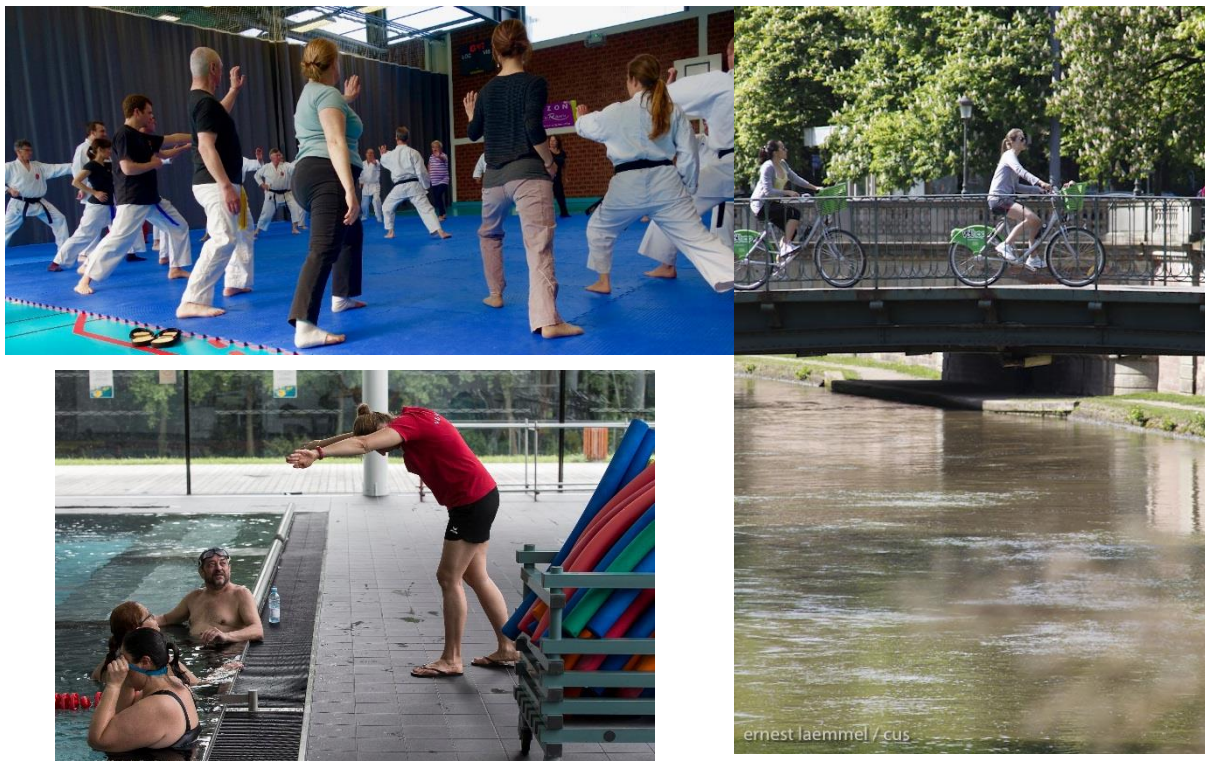
Source : Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg

Chaque bénéficiaire se voit ainsi proposer deux séances distinctes d'activité physique hebdomadaire, ainsi que la possibilité d'utiliser un Vélhop.

Pour l'année 2016, l'âge moyen des bénéficiaires est de 51,4 ans et 32% des personnes actives avaient 60 ans et plus.

Outre les rendez-vous individuels avec les bénéficiaires, les éducateurs de l'équipe municipale dédiée dispensent eux-mêmes un grand nombre de séances d'activité physique adaptée aux bénéficiaires. Au-delà de ces séances, un partenariat est noué par la ville avec des associations sportives locales suite à un appel à projet annuel, afin de compléter et diversifier l'offre pouvant être proposée aux bénéficiaires.

La mise en place de la tarification solidaire dans le cadre du dispositif strasbourgeois, à l'automne 2015, permet de continuer à faire bénéficier des personnes du dispositif. Cela permet en effet pour les personnes incluses de bénéficier de la gratuité pendant la 1^{ère} année, et d'être soumises ensuite, pour la 2^{ème} puis la 3^{ème} année, à une tarification adaptée, calculée en fonction de leur quotient familial (trois tarifs fixés).



Crédit photo : Ville de Strasbourg

Perspectives

L'amendement Fourneyron proposé en 2015, s'appuyait sur l'expérience strasbourgeoise.

Le travail politique réalisé par le réseau des villes sport santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS³³ à l'issue des premières assises européennes du sport santé a ainsi permis que la loi de santé, votée en janvier 2016, prévoit désormais que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

Les deuxièmes assises du sport santé à Strasbourg le 12 octobre 2017 doivent permettre qu'un dispositif organisé et financé soit présent sur tout le territoire national.

³³ Plus d'informations en Annexe 4

La parole au Dr Alexandre Feltz, adjoint au Maire en charge de la santé à la ville de Strasbourg



Quand Strasbourg a lancé son dispositif sport-santé sur ordonnance en 2012, c'était novateur. Il y a eu énormément de relais médiatiques et beaucoup de villes et d'intercommunalités sont venues nous rencontrer. Cette expérimentation s'est ensuite étendue à d'autres territoires et a impulsé un texte de loi, porté par Strasbourg et par le réseau des villes sport-santé sur ordonnance des villes santé OMS. Mais le décret et les éléments d'application ont entraîné une déception des acteurs. Le 1^{er} mars 2017 devait être le lancement du sport-santé sur ordonnance partout en France. Mais comme il n'y a pas d'organisation ni de financement prévus, les projets n'ont pas donc eu cette dimension nationale que j'attendais.

Pour que le dispositif fonctionne, le premier point fondamental est d'avoir l'engagement des médecins traitants. Il faut pour cela un modèle organisé, lisible et opérationnel. À Strasbourg, l'adhésion a été majeure parce que nous respectons les médecins généralistes dans leur fonctionnement : ils font une évaluation de l'état de santé et un entretien de motivation du patient, remettent une ordonnance, mais le reste est géré en équipe municipale par des éducateurs sportifs sports-santé de la ville. Ce sont eux qui font l'évaluation des capacités physiques et réorientent les personnes vers les activités physiques les mieux adaptées. Chacun reste dans ses compétences : le médecin traitant repère, motive et oriente grâce à l'ordonnance. L'intervenant en activité physique évalue les capacités physiques et les envies des usagers pour trouver avec eux l'activité physique la plus adaptée à leur état de santé.

Le deuxième point majeur est qu'il faut un système organisé et régulé. À Strasbourg, il y a une équipe municipale sport-santé formée, dans d'autres villes c'est une association ou une structure omnisport. Il faut une entrée unique dans le dispositif, avec des intervenants spécialisés en activité physique qui vont évaluer les capacités fonctionnelles du patient et répartir les différentes pratiques d'activités physiques sur le territoire. Ce modèle opérationnel, constitué d'un médecin traitant, d'une coordination d'éducateurs sportifs mettant en place le programme d'activités physiques en lien avec le médecin traitant, et d'effecteurs, est aujourd'hui développé partout.

Il faut ajouter à cela un financement. Cela ne veut pas dire forcément un remboursement par la Sécurité Sociale ni une prise en charge totale de l'activité. À Strasbourg, c'est gratuit la première année, puis il y a une tarification solidaire la deuxième et la troisième année. Lorsqu'il y a une prise en charge financière très importante pour le patient, c'est un vrai risque car nous savons qu'il existe de fortes inégalités sociales en ce qui concerne les maladies chroniques et l'accès à l'activité physique. Si ce « médicament activité physique » n'est accessible qu'aux personnes qui peuvent se le payer, tout le monde ne pourra pas en bénéficier et les inégalités sociales seront encore aggravées.

Concernant l'intégration des mobilités actives dans le dispositif, il y a une culture très importante sur ces questions à Strasbourg (première ville de France en termes de pistes cyclables et d'utilisation du vélo). Quand nous avons compris que 70% des « malades sport-santé » ne savaient pas faire de vélo, cela paraissait incroyable. Mais il y a finalement une certaine logique quand on sait que les déterminants des maladies chroniques sont notamment l'inactivité physique et la sédentarité. Nous avons donc mis en place un programme pour promouvoir les modes de déplacements actifs. Une question nous a souvent été posée : pourquoi payer ou aider des personnes à faire de l'activité physique, marcher, faire du vélo alors qu'elles pourraient se prendre en charge toutes seules ? C'est méconnaître la fragilité des personnes qui ont des problèmes de santé. Pour remettre quelqu'un à l'activité physique, même si c'est de la marche, de la marche nordique ou du vélo, il faut des accompagnateurs. Par exemple, nous avons un partenariat avec la Compagnie des Transports Strasbourgeois, qui gère les vélos partagés (100 abonnements de vélos gratuits mis à disposition des patients chaque année). Au départ, ces vélos n'étaient pas utilisés. C'est là que nous nous sommes rendus compte que les gens ne savaient pas en faire, avaient peur ou n'étaient pas en capacité de monter sur un vélo. Nous avons donc mis en place une école du vélo sport-santé pour permettre aux personnes de se réhabituer ou d'apprendre à faire du vélo. Il ne suffit pas de mettre à disposition une salle de sport, un vélo ou un ballon, il faut également un accompagnement attentif. Le binôme gagnant pour l'utilisateur, c'est le médecin généraliste et l'éducateur sportif, et c'est cet entre-deux, entre santé et sport, qui fera le succès de tous les projets.

DÉFINITIONS

Contrat local de santé

Les contrats locaux de santé participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

Source : <http://solidarites-sante.gouv.fr>

Activité physique adaptée

Les Activités Physiques Adaptées regroupent l'ensemble des activités physiques et sportives à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès des personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes.

Source : Ninot et Partyka, 2007

Prévalence d'une maladie

Nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

Source : <https://www.ined.fr/>

Taux de prévalence standardisé

Le taux de prévalence est le nombre de personnes souffrant d'une maladie particulière à un moment donné, par population exposée au risque de cette maladie. Il est exprimé pour 1000 personnes.

Le taux de prévalence standardisé est défini comme le taux de prévalence que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ou population-type). On le calcule en pondérant les taux de prévalence par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence.

Incidence d'une maladie

Nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population.

Le taux d'incidence est le nombre d'individus ayant contracté une maladie pour 1000 personnes exposées au risque de cette maladie. Il se calcule en général pour une année.

Motivation intrinsèque

Action conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'action, sans attente de récompense externe.

Source : Deci et Ryan (1985, 2002)

Sports de nature

Selon l'article L311-1 du code du sport, « les sports de nature s'exercent dans des espaces ou sur des sites et itinéraires qui peuvent comprendre des voies, des terrains ou des souterrains du domaine public ou privé des collectivités publiques ou appartenant à des propriétaires privés, ainsi que des cours d'eau domaniaux ou non domaniaux ».

L'instruction du ministère en charge des sports n° 04-131 JS du 12/08/2004 définit ces sports comme « les activités physiques et sportives dont la pratique s'exerce en milieu naturel, agricole et forestier – terrestre aquatique ou aérien – aménagé ou non ».

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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

NOR : AFSP1637993D

Publics concernés : médecins, patients atteints d'une affection de longue durée.

Objet : activité physique adaptée.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1^{er} mars 2017.

Notice : l'article L. 1172-1 du code de la santé publique prévoit que, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Le décret précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé créant un article L. 1172-1 dans le code de la santé publique. Les dispositions du code de l'éducation, du code de la santé publique, du code du sport peuvent être consultées sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 613-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1172-1 ;

Vu le code du sport, notamment ses articles L. 141-1, L. 212-3 et R. 212-2 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 20 décembre 2016,

Décète : :

Art. 1^{er}. – Le livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« TITRE VII

« PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTÉ

« CHAPITRE II

« Prescription d'activité physique

« *Art. D. 1172-1.* – On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

« La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

« *Art. D. 1172-2.* – En accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente, le médecin traitant peut lui prescrire une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants :

« 1° Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1 ;

« 2° Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation ;

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

« – les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport ;

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

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

« Cette prescription est établie par le médecin traitant sur un formulaire spécifique.

« *Art. D. 1172-3.* – Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

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

« *Art. D. 1172-4.* – La prise en charge des patients est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice.

« *Art. D. 1172-5.* – Avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu. »

Art. 2. – Il est inséré dans le code de la santé publique une annexe 11-7-1 et une annexe 11-7-2 figurant en annexes 1 et 2 du présent décret.

Art. 3. – Le présent décret entre en vigueur au 1^{er} mars 2017.

Art. 4. – La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports, le secrétaire d'Etat chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et le secrétaire d'Etat chargé des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 décembre 2016.

BERNARD CAZENEUVE

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

*La ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*
NAJAT VALLAUD-BELKACEM

*Le ministre de la ville,
de la jeunesse et des sports,*
PATRICK KANNER

*Le secrétaire d'Etat
chargé de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*
THIERRY MANDON

*Le secrétaire d'Etat
chargé des sports,*
THIERRY BRAILLARD

ANNEXE 1

Annexe 11-7-1 : Compétences requises pour la validation des certifications fédérales à des fins d'encadrement des patients reconnus en affection de longue durée mentionnées à l'article D 1172-2

1. Etre capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.
2. Mettre en œuvre une évaluation initiale de la situation de la personne en incluant des évaluations fonctionnelles propres à la pratique physique envisagée, ainsi que l'identification des freins, des ressources individuelles et des capacités de la personne à s'engager dans une pratique autonome, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.
3. Concevoir une séance d'activité physique en suscitant la participation et l'adhésion de la part du patient.
4. Mettre en œuvre un programme : Animer les séances d'activité physique et sportive ; évaluer la pratique et ses progrès ; soutenir la motivation du patient ; détecter les signes d'intolérance lors des séances et transmettre les informations pertinentes au prescripteur dans des délais adaptés à la situation.
5. Evaluer à moyen terme les bénéfices attendus du programme ; établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les personnes, établir un dialogue entre les acteurs selon une périodicité adaptée à l'interlocuteur.
6. Réagir face à un accident au cours de la pratique en mobilisant les connaissances et les compétences nécessaires à l'exécution conforme aux recommandations des gestes de premiers secours destinés à préserver l'intégrité physique d'une victime en attendant l'arrivée des secours organisés (attestation PSC-1)
7. Connaître les caractéristiques très générales des principales pathologies chroniques.

ANNEXE 2

Annexe 11-7-2 : Limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie mentionnée à l'article D. 1172-3

1. Fonctions locomotrices

- Fonction neuromusculaire : Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
- Fonction ostéoarticulaire : Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
- Endurance à l'effort : Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
- Force : Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
- Marche : Distance parcourue inférieure à 150 m

2. Fonctions cérébrales

- Fonctions cognitives : Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
- Fonctions langagières : Empêche toute compréhension ou expression
- Anxiété /Dépression : Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression

3- Fonctions sensorielles et douleur

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

ANNEXE 2 - INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 DU 3 MARS 2017

Relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Tableau 4 - Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée

| TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--|--|--|---|
| Fonctions | | Aucune limitation | Limitation minimale | Limitation modérée | Limitation sévère |
| Fonctions locomotrices | Fonction musculaire neuro | Normale | Altération minimale de la motricité et du tonus | Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples | Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien |
| | Fonction articulaire ostéo | Normale | Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes | Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples | Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien |
| | Endurance à l'effort | Pas ou peu de fatigue | Fatigue rapide après une activité physique intense | Fatigue rapide après une activité physique modérée | Fatigue invalidante dès le moindre mouvement |
| | Force | Force normale | Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires | Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire | Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires |
| | Marche | Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec sexe=0 pour les femmes, sexe=1 pour les hommes. | Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique) | Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale | Distance parcourue inférieure à 150 m. |
| Fonctions cérébrales | Fonctions cognitives | Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat | Bonne stratégie, lent, adaptation possible, bon résultat | Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas | Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec |
| | Fonctions langagières | Aucune altération de la compréhension ou de l'expression | Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe | Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel | Empêche toute compréhension ou expression |
| | Anxiété/Dépression | Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression | Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression | Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression | Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression |
| Fonctions sensorielles + douleur | Capacité visuelle | Vision des petits détails à proche ou longue distance | Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée | Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familial | Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familial |
| | Capacité sensitive | Stimulations sensibles perçues et localisées | Stimulations sensibles perçues mais mal localisées | Stimulations sensibles perçues mais non localisées | Stimulations sensibles non perçues, non localisées. |
| | Capacité auditive | Pas de perte auditive. | La personne fait répéter. | Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix | Surdité profonde |
| | Capacités proprioceptives | Equilibre respecté | Déséquilibre avec rééquilibrages rapides | Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles | Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien |
| | Douleur | Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses | Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité | Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité | Douleur constante avec ou sans activité |

Tableau 5 - Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants

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

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

ANNEXE 3 - LISTE DES ALD ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Liste des ALD30 :

Il s'agit de la liste, établie par décret, des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La liste et les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement de ces ALD ont été actualisés par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 (Journal officiel du 21 janvier 2011) qui précise également la durée d'exonération pour chacune de ces pathologies. Ces dispositions sont applicables à tous les patients entrant en ALD ou concernés par un renouvellement à compter du 22 janvier 2011. La liste actualisée est la suivante³⁴ :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

À noter que le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 (JO du 26 juin 2011) a retiré l'**hypertension artérielle sévère** (ALD₁₂) de la liste des ALD à compter du 27 juin 2011. Cette évolution réglementaire s'appuie sur les avis rendus par la Haute Autorité de santé (HAS), soulignant que l'hypertension artérielle isolée constitue un facteur de risque et non une pathologie avérée. Les traitements hypertenseurs qui sont prescrits dans le cadre d'une autre ALD comme le diabète ou une affection cardiovasculaire restent pris en charge à 100% au titre de cette ALD exonérante. Ces dispositions s'appliquent à toute demande d'admission formulée à compter du 27 juin 2011. Les

³⁴ **Source** : article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié par les décrets n°2004-1049 du 4 octobre 2004 publié au JO du 5 octobre 2004 et n°2011-77 du 19 janvier 2011 publié au JO du 21 janvier 2011.

patients admis au titre de l'ALD₁₂ avant la parution de ce décret ne sont pas concernés par ces nouvelles mesures. Le droit au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur est renouvelé dans les conditions antérieures à ce texte, sous réserve que les critères médicaux prévus par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 soient toujours présents lors de la demande de renouvellement³⁵.

Les affections dites « hors liste » (ALD₃₁) concernent les patients atteints d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste des ALD 30. Elles comportent un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Les polyopathologies (ALD₃₂) concernent les patients atteints de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Nouvelles admissions en ALD en 2015, pour le régime général :

Tableau 6 - Incidence par type d'ALD, pour le régime général en 2015

| Intitulé de l'affection | Nombre d'exonérations* | Taux d'incidence pour 100 000 personnes protégées | % femmes | Age moyen (ans) |
|--|------------------------|---|-----------|-----------------|
| Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique | 310 700 | 510 | 50 | 65 |
| Diabète de type 1 et diabète de type 2 | 221 230 | 363 | 45 | 62 |
| Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves | 161 810 | 266 | 52 | 73 |
| Affections psychiatriques de longue durée | 133 830 | 220 | 54 | 45 |
| Maladie coronaire | 108 490 | 178 | 32 | 68 |
| Maladie d'Alzheimer et autres démences | 70 740 | 116 | 70 | 84 |
| Accident vasculaire cérébral invalidant | 66 030 | 108 | 49 | 69 |
| Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques | 63 810 | 105 | 36 | 70 |
| Insuffisance respiratoire chronique grave | 46 700 | 77 | 49 | 61 |
| Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave | 33 240 | 55 | 49 | 48 |
| Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif | 28 750 | 47 | 47 | 69 |
| Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses | 21 330 | 35 | 37 | 55 |
| Polyarthrite rhumatoïde évolutive | 20 510 | 34 | 69 | 58 |
| Maladie de Parkinson | 17 650 | 29 | 47 | 75 |
| Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives | 14 100 | 23 | 53 | 40 |
| Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique | 12 250 | 20 | 75 | 59 |
| Spondylarthrite grave | 10 600 | 17 | 57 | 44 |
| Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) | 7 800 | 13 | 36 | 36 |
| Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé | 7 250 | 12 | 46 | 45 |
| Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne | 6 560 | 11 | 79 | 29 |
| Sclérose en plaques | 5 490 | 9 | 71 | 42 |
| Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques | 4 920 | 8 | 53 | 69 |
| Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves | 3 950 | 7 | 54 | 49 |
| Tuberculose active, lèpre | 3 230 | 5 | 44 | 44 |
| Paraplégie | 2 080 | 3 | 37 | 51 |
| Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères | 1 930 | 3 | 56 | 27 |
| Hypertension artérielle sévère | 1 520 | 3 | 56 | 70 |
| Suites de transplantation d'organe | 990 | 2 | 40 | 51 |
| Mucoviscidose | 410 | 1 | 45 | 12 |
| Bilharziose compliquée | 20 | 0 | 24 | 54 |
| Total des nouvelles exonérations | 1 387 900 | 2 280 | 49 | 63 |

* Les effectifs sont arrondis à la dizaine

Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

³⁵ Sources : décrets n° 2011-726 et n° 2011-727 du 24 juin 2011 publiés au JO du 26 juin 2011.

Prévalence des ALD en 2015, pour le régime de la mutualité sociale agricole :

Tableau 7 - Effectifs et taux de prévalence des personnes prises en charge par type d'ALD en 2015, pour le régime de la mutualité sociale agricole

| Code | Libellé de l'affection | Effectif 2015 | Taux de prévalence (pour 100 000 personnes) |
|------|---|---------------|---|
| 5 | Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (ALD ₅) | 151 284 | 46,6 |
| 13 | Maladie coronaire (ALD ₁₃) | 103 637 | 31,9 |
| 12 | Hypertension artérielle sévère (ALD ₁₂) | 53 085 | 16,3 |
| 3 | Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD ₃) | 43 848 | 13,5 |
| 1 | Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD ₁) | 39 722 | 12,2 |
| | Groupe cardio-neurovasculaire (ALD 1, 3, 5, 12, 13) | 330 481 | 101,7 |
| 8 | Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD ₈) | 172 096 | 53,0 |
| 30 | Tumeur maligne (ALD ₃₀) | 135 451 | 41,7 |
| 23 | Affections psychiatriques de longue durée (ALD ₂₃) | 58 652 | 18,0 |
| 15 | Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD ₁₅) | 43 176 | 13,3 |
| 14 | Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD ₁₄) | 28 318 | 8,7 |
| 22 | Polyarthrite rhumatoïde (ALD ₂₂) | 16 388 | 5,0 |
| 16 | Maladie de Parkinson (ALD ₁₆) | 14 108 | 4,3 |
| 9 | Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave (ALD ₉) | 13 410 | 4,1 |
| 19 | Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique (ALD ₁₉) | 11 811 | 3,6 |
| 21 | PAN, LEAD, sclérodémie généralisée (ALD ₂₁) | 6 243 | 1,9 |
| 6 | Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD ₆) | 6 177 | 1,9 |
| 24 | Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD ₂₄) | 5 649 | 1,7 |
| 27 | Spondylarthrite ankylosante grave (ALD ₂₇) | 4 562 | 1,4 |
| 25 | Sclérose en plaques (ALD ₂₅) | 3 104 | 1,0 |
| 17 | Maladies métaboliques héréditaires (ALD ₁₇) | 3 084 | 0,9 |
| 7 | Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD ₇) | 1 718 | 0,5 |
| 2 | Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD ₂) | 1 685 | 0,5 |
| 20 | Paraplégie (ALD ₂₀) | 1 224 | 0,4 |
| 11 | Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD ₁₁) | 1 126 | 0,3 |
| 26 | Scoliose structurale évolutive (ALD ₂₆) | 981 | 0,3 |
| 28 | Suites de transplantation d'organe (ALD ₂₈) | 898 | 0,3 |
| 29 | Tuberculose active, lèpre (ALD ₂₉) | 412 | 0,1 |
| 10 | Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères (ALD ₁₀) | 251 | 0,1 |
| 18 | Mucoviscidose (ALD ₁₈) | 168 | 0,1 |
| 4 | Bilharziose compliquée (ALD ₄) | s* | 0,0 |
| | Total patients en ALD sur liste | 657 800 | 202,4 |
| | Total patients en ALD ₃₁ | 44 920 | 13,8 |
| | Total patients en ALD ₃₂ | 7 034 | 2,2 |

* donnée confidentielle, en application des règles du secret statistique

Rappel : les patients pouvant bénéficier de plus d'une ALD, le nombre total de patients ayant au moins une ALD est différent de la somme des patients comptabilisés par ALD

Source : CCMSA-DERS

ANNEXE 4 - RÉSEAU DES VILLES SPORT SANTÉ SUR ORDONNANCE DES VILLES SANTÉ DE L'OMS

Liste des membres du réseau :

Amiens, Angers, Communauté d'agglomération Bergeracoise, Besançon, Biarritz, Blagnac, Boulogne-Sur-Mer, Bourgoin-Jallieu, Brest, Cabries-Calas, Caen, Carcassonne, Cavalaire-Sur-Mer, Chalonsur-Saône, Charenton-Le-Pont, Château-Thierry, Cherbourg-En-Cotentin, Colombes, Coudekerque-Branche, Courcouronnes, Douai, Évry, Fort-De-France, Gif-Sur-Yvette, Grand Nancy, Illkirch-Graffenstaden, La Croix-Valmer, La Rochelle, Le Cres, Le Grand Chalons, Lille, Marseille, Metz, Miramas, Mont-De-Marsan, Montreuil, Mulhouse, Nantes, Narbonne, Nice, Métropole Nice Côte D'azur, Orléans, Paris, Perpignan, Reims, Rennes, Romans-Sur-Isère, Saint-Paul-De-La-Réunion, Saint-Pierre-De-La-Réunion, Saint-Quentin-En-Yvelines, Sète, Strasbourg, Tarbes, Toulouse, Val-De-Reuil, Valence, Villeurbanne

Communiqués de presse du réseau :



COMMUNIQUE DE PRESSE

Strasbourg, le 15 octobre 2015

Premières Assises du sport-santé sur ordonnance: création d'un groupe de travail national

Avec Strasbourg, qui a été en 2012 pionnière dans la mise en place du dispositif « sport-santé sur ordonnance », d'autres villes ont depuis développé des démarches similaires. Afin de partager ces expériences, la Ville de Strasbourg a pris l'initiative d'organiser, en partenariat avec le CNFPT et la faculté des sciences du sport de Strasbourg, les premières Assises du sport-santé sur ordonnance qui viennent de s'achever. Elles ont réuni près de 500 personnes issues de plus de 100 territoires.

A l'issue de ces deux journées particulièrement riches en échanges et en débats, l'ensemble des participants reconnaît, comme cela est prévu dans un amendement à la loi de santé actuellement en débat parlementaire, qu'il est indispensable de passer de la préconisation à la prescription médicale par le médecin traitant, centrale dans les dispositifs développés.

De plus, 29 collectivités*, désormais toutes engagées dans la promotion et la mise en place d'un dispositif de prescription médicale d'une activité physique adaptée aux pathologies des patients, ont décidé de créer **un groupe de travail national des villes sport-santé sur ordonnance, en partenariat avec le réseau français des Villes santé de l'Organisation Mondiale de la Santé.**

Ce groupe illustre la vitalité et la créativité des territoires et va permettre de poursuivre le travail engagé lors des Assises avec pour objectif de favoriser le développement de ces dispositifs en France, en y associant les collectivités.



COMMUNIQUE DE PRESSE

Strasbourg, le 18 mars 2016

Le groupe de travail national des villes sport-santé sur ordonnance s'engage pour la généralisation du dispositif

Lors des premières Assises du sport-santé sur ordonnance à Strasbourg en novembre dernier, des collectivités, toutes engagées dans la promotion et la mise en place d'un dispositif de prescription médicale d'une activité physique adaptée à l'état de santé des patients, ont décidé de créer **un groupe de travail national des villes sport-santé sur ordonnance, en partenariat avec le réseau français des Villes santé de l'Organisation Mondiale de la Santé.**

Afin de poursuivre les échanges et de réfléchir ensemble aux moyens de généraliser les dispositifs, le groupe de travail s'est réuni ce jour pour la première fois. Les 18 villes présentes se sont félicitées de l'inscription du sport-santé sur ordonnance dans la loi de santé, comme elles l'avaient préconisée. Les modalités de la généralisation doivent être définies par des décrets à venir.

Les villes sont des acteurs majeurs de promotion de la santé, en particulier au travers le développement des activités physiques et sportives pour tous.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est au cœur des politiques municipales. Il est nécessaire de respecter les spécificités des territoires, ainsi que leurs niveaux de responsabilité et d'expertise.

Le groupe de travail sera particulièrement attentif au contenu des décrets, notamment sur les critères d'encadrement des activités physiques et sportives, afin qu'ils soient adaptés aux patients, et sur la prise en charge sociale et financière des activités prescrites.



COMMUNIQUE DE PRESSE

Strasbourg, le 10 mars 2017

Réunion du groupe de travail national des villes sport-santé sur ordonnance

Lors des premières Assises du sport-santé sur ordonnance à Strasbourg en octobre 2015, des collectivités, toutes engagées dans la promotion et la mise en place d'un dispositif de prescription médicale d'une activité physique adaptée à l'état de santé des patients, avaient décidé de créer **un groupe de travail national des villes sport-santé sur ordonnance, en partenariat avec le réseau français des Villes santé de l'Organisation Mondiale de la Santé.**

Ce groupe s'est réuni aujourd'hui dans les locaux de Santé publique France. Quelques jours après la mise en application de décret sport-santé sur ordonnance de la loi de santé, l'ensemble des villes* présentes se félicite de la dynamique qui peut s'engager. Cependant, ces dispositions soulèvent des problématiques importantes. La prise en charge financière des activités physiques prescrites est nécessaire pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Pour sa réussite, le sport-santé doit être organisé sur tout le territoire national. Les villes prendront leurs responsabilités, certaines en s'appuyant sur leurs contrats locaux de santé. Les Agences Régionales de Santé, les Directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, et les conférences des financeurs, doivent y prendre toute leur part. Au regard des bénéfices attendus en terme de santé publique et d'économies sanitaires, le groupe considère que les caisses primaires d'assurance maladie ne peuvent être absentes des financements des dispositifs de proximité.

Cette journée de travail collectif a également été l'occasion de construire le programme des 2^{èmes} assises du sport-santé sur ordonnance qui auront lieu le jeudi 12 octobre 2017 à Strasbourg.

ANNEXE 4 - INTERVIEWS DE DEUX BÉNÉFICIAIRES DE PRESCRIMOUV'

Fernande, 79 ans, retraitée

Pratique une séance d'activité physique adaptée dans le cadre de "Prescimouv' : bouger sur ordonnance" et deux séances d'aquagym dans une association.

Vous avez passé plusieurs années sans pratiquer d'activité physique. Quels sont les évènements qui vous ont éloignés de la pratique ?

« Suite à un deuil, je suis tombée dans un état dépressif, avec beaucoup de stress. J'ai pris du poids, les douleurs aux hanches et aux articulations des jambes ont commencé à apparaître. Avec l'âge, le poids, l'absence d'activité physique, l'arthrose s'est installée et les douleurs se sont amplifiées. On m'a souvent recommandé de pratiquer. J'ai bien essayé de marcher, j'ai fait quelques tentatives dans des salles, mais seule c'est difficile. »

Qu'avez-vous pensé quand le médecin vous a parlé de prescription d'activité physique ?

« J'ai été surprise au départ car c'est nouveau. Après et aussi grâce à l'infirmière (Dispositif Asalée) qui me suit, je me suis dit que ça pouvait être bien pour moi, que je trouverai un moyen de me remettre un peu en mouvement, de retrouver un peu de contact social. J'ai trouvé dans les séances du vendredi matin une attention et une écoute des encadrants. Compte tenu de mon état de santé, c'est important pour me permettre de pratiquer dans de bonnes conditions, pour reprendre confiance. Je ne serai pas allée de moi-même dans une association ou dans un club. La prescription m'a permis de le faire. »

Et maintenant ?

« C'est un peu tôt pour percevoir des bénéfices sur mon équilibre par exemple ou sur mon souffle. En revanche j'arrive déjà mieux à mettre mes chaussures. Le plus important c'est de ne pas perdre les bénéfices. Il ne faudra pas laisser tomber après les 6 mois et j'espère qu'après mon temps d'activité prescrite, j'arriverai à me glisser quelque part pour continuer ! »

Christophe, 49 ans, mi-temps thérapeutique

Pratique deux séances d'activité physique adaptée au sein de l'Union française des œuvres laïques d'éducation physique de la Vienne (UFOLEP 86) dans le cadre de « Prescimouv' - Bouger sur ordonnance ».

Vous avez passé plusieurs années sans pratiquer d'activité physique. Quels sont les évènements qui vous ont éloigné de la pratique ?

« Principalement ce sont mes soucis de santé qui m'ont fait arrêter. Avant je pratiquais le football à un niveau amateur mais j'ai dû tout stopper car je ne pouvais plus courir suite à la rupture des deux tendons d'Achille et à des blocages réguliers au niveau de la cheville. Aussi, il y a 10 ans on m'a diagnostiqué un syndrome de Churg et Strauss. Il s'agit d'une maladie orpheline qui fait que je dois prendre de la cortisone tous les jours. Depuis, dès que je fais le moindre effort, je suis essoufflé. Parmi les autres raisons, il y a bien entendu les obligations familiales et les activités de mes 3 enfants. Je peux aussi évoquer mon engagement associatif au sein d'une association des parents d'élèves pendant 12 ans et de l'aumônerie encore aujourd'hui. Ça prend du temps et comme vous le savez, les bénévoles en général ça ne court pas les rues... »

Qu'avez-vous pensé quand votre médecin vous a parlé de la prescription d'activité physique ?

« J'en ai entendu parler pour la première fois lors de mon séjour au centre de réadaptation cardiaque du Moulin Vert. Puis dès la sortie, mon médecin me l'a proposé en me précisant que j'étais le 2^{ème} patient à qui elle prescrivait un programme d'activité physique adaptée.

J'ai été pour dès le début et j'ai trouvé ça intéressant car une fois avoir accepté la proposition, il s'agissait pour moi d'un accord moral. Donc ça m'a mis un petit coup de pied au derrière pour me bouger car avec la reprise des différentes activités de chacun, il y a toujours des choses plus urgentes à faire. »

Aujourd'hui où en êtes-vous et comment envisagez-vous la suite ?

« Depuis 5 mois, je pratique deux fois par semaine. Cette prise en charge est un plus indéniable physiquement au niveau respiratoire et musculaire : je m'en rends compte au quotidien quand je monte les escaliers je me sens beaucoup mieux par exemple. La période de congés d'été a été propice aux activités physiques car en famille c'est toujours plus facile de s'y mettre. »

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

| | |
|---|--|
| AEM : Agence Ecomobilité | EPSM : Établissement Public de Santé Mentale |
| ALD : Affection de longue durée | EPCI : Établissement public de coopération intercommunal |
| AP : Activité physique | ETAPS : Éducatrice Territoriale des Activités Physiques et Sportives |
| APA : Activité physique adaptée | FIR : Fond d'intervention régional |
| APS : Activité physique et sportive | HAS : Haute Autorité de Santé |
| APS-A : Activité physique et sportive adaptée | IMC : Indice de masse corporelle |
| ARS : Agence régionale de santé | Insee : Institut national de la statistique et des études économiques |
| Asalee : Action de santé libérale en équipe | Inpes : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé |
| BEES : Brevet d'État d'éducateur sportif | IP : Inaptitude partielle |
| BPJEPS : Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport | Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé |
| CCAS : Centre communal d'action sociale | Isped : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement |
| CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif | MSA : Mutuelle Sociale Agricole |
| CHU : Centre hospitalier universitaire | MRSS : Maison des Réseaux de Santé de Savoie |
| CLS : Contrat local de santé | NCI : Non contre-indication |
| CNDS : Centre National pour le Développement du Sport | OMS : Organisation mondiale de la santé |
| CNOSF : Comité national olympique et sportif français | Onaps : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité |
| Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés | ORS : Observatoire régional de la santé |
| CMS : Centre Médico-Sportif | PASS : Parcours d'accompagnement sportif pour la santé |
| CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie | QPV : Quartier de la politique de la ville |
| CQP : Certificat de qualification professionnelle | RNCP : Répertoire national des certifications professionnelles |
| Creps : Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive | Rpaq : Recent physical activity questionnaire |
| CROS : Comité régional olympique et sportif | RSI : Régime social des indépendants |
| CROP : Centre ressource de l'ouïe et de la parole | RSS : Réseau Sport Santé |
| DAHLIR : Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers les Loisirs Intégrés et Réguliers | SFMES : Société française de médecine du sport |
| DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations | SSSO : Sport santé sur ordonnance |
| DEJEPS : Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport | STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives |
| DRDJSCS : Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale | TFP : Titre à finalité professionnelle |
| Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques | UFOLEP : Union française des œuvres laïques d'éducation physique |
| DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale | UFR : Unité de Formation et de Recherche |
| Emaps : Échelle de motivation pour l'activité physique à des fins de santé | URML : Union Régionale des Médecins Libéraux |
| | VIH : Virus de l'immunodéficience humaine |



Avec le concours de la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes



CNDS
CENTRE NATIONAL
POUR LE
DÉVELOPPEMENT
DU SPORT

UCA | UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

CROMS
Auvergne-Rhône-Alpes
Sport & Concertation

CITATION DE CE RAPPORT

Bigot J, Larras B, Praznocy C et al. Sport santé sur ordonnance : contexte et exemples de mises en œuvre. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources Sport santé bien-être ; octobre 2017. 64 p.



Observatoire national de l'activité
physique et de la sédentarité

Faculté de médecine
Laboratoire de physiologie
et de biologie du sport
28 place Henri Dunant - BP 38
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1
Tél. 04 73 17 82 19
contact@Onaps.fr
www.Onaps.fr

Octobre 2017

ISBN 978-2-9560116-3-7