



Ministère du Travail de la Santé et des Solidarités

**CONCOURS EXTERNE, INTERNE ET 3ème CONCOURS  
POUR LE RECRUTEMENT D'INSPECTEURS DE L'ACTION SANITAIRE  
ET SOCIALE ANNEE 2024**

**JEUDI 30 mai 2024**

**de 13h00 à 17h00 (horaire de métropole)**

**EPREUVE COMMUNE D'ADMISSIBILITE  
CONCOURS EXTERNE - CONCOURS INTERNE - 3ème CONCOURS**

Une note rédigée à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'une question relative aux domaines d'intervention des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ainsi que son aptitude à dégager des solutions appropriées.

**Durée 4 heures – coefficient 4**

**IMPORTANT : dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier la numérotation et le nombre de pages du dossier. Le dossier comporte 46 pages.**

# SUJET

Vous êtes Inspecteur/Inspectrice de l'action sanitaire et sociale (IASS) dans une Agence Régionale de Santé (ARS) métropolitaine et votre directeur général vous demande une note de synthèse afin qu'il puisse présenter lors du prochain Comité de l'administration régionale (CAR) l'importance de l'activité physique et sportive pour la santé des habitants de la région, en particulier les personnes les plus vulnérables et les jeunes. Cette note devra comporter des propositions pour développer le « Sport santé » dans la région.

Documents joints :

Document 1	Les dossiers de la DREES – l'état de santé de la population en France – Septembre 2022	Pages 1 à 4
Document 2	Le comité de l'administration régionale (CAR)	Page 5
Document 3	Extraits du code de la santé publique	Pages 6 à 9
Document 4	Communiqué de presse : Maisons sport santé : le gouvernement annonce de nouvelles mesures de soutien – 18 décembre 2023	Pages 10 et 11
Document 5	Stratégie nationale SPORT-SANTE 2019-2024	Pages 12 à 15
Document 6	Décret no 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des maisons sport-santé	Pages 16 et 17
Document 7	Exemples d'actions locales	Pages 18 à 20
Document 8	Instruction interministérielle n° DGCS/sd3a/sd3b/ds1a/2024/20 du 29 février 2024 relative aux missions des référents en agences régionales de santé (ars) et en délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et au sport (DRAJES) pour le développement de l'activité physique et sportive des personnes âgées et en situation de handicap en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)	Pages 21 à 23
Document 9	Note d'information interministérielle N°DGCS/SD3A/SD3B/DS1A/2024/21 du 29 février 2024 relative au déploiement des activités physiques et sportives dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) du champ de l'autonomie	Pages 24 à 38
Document 10	Communiqué de presse - Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques – une expertise collective de l'INSERM - - 14 fév 2019	Pages 39 à 42
Document 11	Guide Haute Autorité de Santé HAS 2022 - Annexe3 – Recommandations mondiales	Pages 43 et 44
Document 12	Article presse : « BOUGER POUR SA SANTE : MICHEL CYMES alerte sur le retard français et en appelle aux médecins » - 13 mars 2024	Pages 45 et 46

## Document 1

### LES DOSSIERS DE LA DREES - N° 102

#### L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE - SEPTEMBRE 2022

Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES)

#### SYNTHÈSE

L'état de santé en France : une évolution contrastée parcourue par de fortes inégalités

Le vieillissement de la population française se poursuit avec 16 % de personnes de 75 ans ou plus attendus en 2052, contre 9 % aujourd'hui. L'espérance de vie à la naissance s'élève à 85,4 ans pour les femmes et à 79,3 ans pour les hommes en 2021. Si les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent de croître, malgré une baisse conjoncturelle en 2020 du fait de l'épidémie de Covid-19, cette croissance s'amenuise. Même si elle ralentit aussi, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans : entre 2009 et 2019, la première a augmenté de 2,1 ans contre 0,8 an pour la seconde chez les femmes, et de 1,4 an contre 1,2 an chez les hommes. La réduction de la mortalité, prématurée ou non, se poursuit, **avec les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires qui demeurent les causes les plus fréquentes**, concernant chacun plus du quart des décès.

Les **maladies chroniques** surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à **renforcer les inégalités d'espérance de vie** observées entre les plus modestes et les plus aisés.

**Une personne sur dix présente des symptômes évocateurs de troubles dépressifs** en France métropolitaine en 2019 parmi les plus de 15 ans, avec des écarts du simple au double selon le niveau de vie. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la situation est plus critique, avec au moins 2 personnes sur 10 concernées en Guyane ou à Mayotte. Par ailleurs, un adulte sur deux est gêné par des problèmes de sommeil.

30 % des habitants de France métropolitaine de 15 ans ou plus déclarent ressentir des douleurs physiques. **9 % ont un problème de santé handicapant** puisque qu'il les empêche de faire « ce que les autres personnes font habituellement » depuis au moins 6 mois.

La période particulière de crise sanitaire due à **l'épidémie de Covid-19** a entraîné une surmortalité estimée à **95 000 décès supplémentaires de mars 2020 à décembre 2021**. **L'impact psychologique sur la population a été important**, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, avec des syndromes dépressifs atteignant 22 % des 15-24 ans à la fin du premier confinement. Si les hospitalisations pour tentatives de suicide ou violences auto-infligées ont globalement diminué en 2020, on observe une **très forte augmentation de ces hospitalisations en 2021 chez les filles et les jeunes femmes**.

Déterminants de santé et prévention

La France demeure dans le groupe de pays européens les plus consommateurs d'alcool. Même si la consommation continue de baisser, **les alcoolisations ponctuelles importantes (API) augmentent**, et concernent en France métropolitaine 26,5 % des femmes et 50,1 % des hommes de 15 ans ou plus en 2019, contre 16,5 % et 42,0 % en 2014. **Le tabac constitue la première cause de mortalité évitable**, avec 75 000 décès en 2015. La **tendance est cependant à la baisse entre 2014 et 2019** : 18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement en 2019, alors qu'ils étaient 25 % en 2014. En 2020, la baisse semble marquer un coup d'arrêt, dans un contexte de crise sanitaire.

Si en France métropolitaine **plus de 3 habitants sur 4 consomment tous les jours des fruits et légumes**, c'est moins de 50 % dans les DROM, où la consommation de boissons sucrées est aussi plus répandue. **20 % des habitants de France métropolitaine et 30 % des habitants des DROM ne font aucun trajet à pied d'au moins 10 minutes par semaine**.

**La surcharge pondérale concerne 45 % des personnes** en France dont 14 % souffrant d'obésité. Les prévalences d'obésité sont plus élevées dans la partie nord de la France où elles dépassent 20 % dans certains départements, ainsi que dans les DROM, sauf à La Réunion. La part de personnes obèses diminue lorsque le niveau de diplôme ou le niveau de vie augmente.

En ce qui concerne la santé au travail, le risque d'accidents est plus élevé en manutention manuelle, avec 37,4 accidents du travail par million d'heures travaillées chez les ouvriers en 2016 contre 5,0 chez les cadres, et des contraintes physiques qui touchent particulièrement les ouvriers. **La majorité des maladies professionnelles concernent les troubles musculosquelettiques**.

Le recours au dépistage du cancer est inégal selon le niveau de vie, avec par exemple, 24 % des femmes de 50-74 ans parmi le cinquième des personnes les plus aisées n'ayant jamais eu de mammographie ou en ayant eu une il y a plus de 2 ans contre 39 % pour les femmes parmi le cinquième des personnes les plus modestes en 2019. **Dans les DROM, la prévention est moins répandue, surtout à Mayotte où 85 % des**

hommes de 50-74 ans n'ont jamais eu de dépistage du cancer colorectal, contre 47 % en France métropolitaine. La vaccination contre la grippe saisonnière, qui concerne 6 personnes sur 10 parmi les 75 ans ou plus, est légèrement plus répandue parmi les personnes les plus aisées.

**L'accès aux soins demeure inégal d'un territoire à l'autre et, dans un contexte de baisse attendue de la démographie médicale,** les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé (et en particulier aux généralistes libéraux) s'accroissent. Elles **risquent de pénaliser plus fortement les plus modestes**. En effet, **inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer**. Ainsi, dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées ; de même, l'accès aux unités neurovasculaires en cas d'AVC est moins fréquent pour les plus modestes et les différences d'accès entre les plus modestes et les plus aisés sont plus fortes dans les départements faiblement dotés en lits dans ces unités.

De la naissance aux grands âges, les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent :

Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine, bien que les décès liés à la grossesse, l'accouchement ou à ses suites restent rares au global (11 décès pour 100 000 naissances vivantes jusqu'à un an après la naissance). La mortalité périnatale, qui concerne les enfants morts nés ou décédés dans les 7 premiers jours de vie, a cessé de diminuer et **stagne** autour de 10 pour 1 000 naissances totales durant la décennie 2010.

Les **inégalités de santé apparaissent dès avant la naissance** avec de nombreux facteurs de risques pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance plus fréquemment présents dans les milieux défavorisés (tabac, obésité). La prématurité et les petits poids à la naissance sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste.

Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle. En 2017, **18 % des enfants en classe de troisième sont en surpoids et 5 % sont obèses** (3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers). La part de ces enfants en surpoids ou obèses progresse.

La santé bucco-dentaire s'améliore globalement. Les enfants d'ouvriers ont plus souvent que ceux des cadres des troubles non corrigés de la vue.

La fréquence des pathologies chroniques multiples augmente avec l'âge, mais la polyopathie n'est pas limitée aux personnes âgées : 3 % de la population cumule 3 pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans, plus encore chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, au grand âge, dont la part est amenée à progresser fortement, le cumul de plusieurs de ces maladies est fréquent ; d'où une future pression attendue sur l'offre de soins.

[...]

---

### **Chez les plus modestes, une alimentation avec moins de fruits et légumes et plus d'obésité, mais une sédentarité généralisée.**

Avoir une alimentation saine permet de se protéger contre les maladies chroniques non transmissibles telles que le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. C'est pourquoi l'OMS recommande de consommer tous les jours cinq portions de fruits et légumes frais, des légumineuses et des céréales complètes et de limiter l'apport de sucres, de graisses et de sel.

#### *En France métropolitaine plus de trois français sur quatre consomment tous les jours des fruits et des légumes*

L'enquête européenne de santé 2019 aborde la question de l'alimentation à travers la consommation de fruit, de légumes et de boissons industrielles sucrées<sup>15</sup>. En 2019, 75,0 % des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine consomment au moins une portion de fruits ou légumes par jour : 58,9 % déclarent consommer des fruits tous les jours, et 62,6 % des légumes tous les jours. 8,5 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment des fruits moins d'une fois par semaine ou jamais.

La situation est très différente dans les DROM, surtout pour les légumes, moins disponibles que les fruits dans ces territoires. La consommation quotidienne de fruits est comprise entre 39 % et 45 % en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, un peu plus faible en Guyane avec 30,2 % et ne concerne que 16,4 % des habitants de Mayotte. La consommation quotidienne de légumes est de 44,3 % à La Réunion, entre 35 et 39 % dans les Antilles ou en Guyane et de 9,0 % à Mayotte. Les Mahorais se distinguent par une part particulièrement importante de la population qui ne consomme jamais ou moins d'une fois par semaine des fruits (49,4 %) ou des légumes (37,4 %).

Les disparités sociales de consommation sont plus importantes pour les légumes que pour les fruits : 70,5 % des plus diplômés en France métropolitaine consomment des légumes tous les jours contre 62,1 % chez les moins diplômés (64,0 et 63,2 % respectivement pour les fruits), mais la différence réside surtout dans la part de ceux qui n'en consomment que jamais ou occasionnellement (1,2 % des plus diplômés à 3,7 % pour les moins diplômés pour les légumes et 4,5 % à 8,4 % pour les fruits). De même, les individus appartenant au cinquième de niveau de vie le plus élevé sont deux fois moins nombreux à ne jamais consommer (ou occasionnellement) des fruits et légumes que ceux du cinquième de niveau de vie le plus bas (respectivement 4,9 % à 10,7 % pour les fruits et 1,9 % à 3,7 % pour les légumes).

Les disparités sociales sont exacerbées dans les DROM, avec des écarts de consommation de légumes très importants selon le niveau de diplôme (trois fois plus de non-consommant parmi les non-diplômés ou les titulaires d'un certificat d'études que parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus en Martinique, quatre fois en Guadeloupe et cinq fois à Mayotte).

9,6 % des personnes résidant en France métropolitaine consomment des boissons sucrées tous les jours, contre 16,0 % en Guyane et 15,4 % à Mayotte. Cette consommation varie du simple au triple en France métropolitaine et à La Réunion entre le premier et le dernier quart de niveau de vie (5,0 % à 14,6 % en France métropolitaine sur données standardisées par sexe et âge et 6,6 % à 17,1 % à La Réunion), du simple au double aux Antilles et en Guyane (10,6 % à 19,4 % en Guadeloupe et Guyane et 8,0 % à 15,0 % en Martinique), mais est stable à Mayotte (13,1 % à 12,5 %).

### ***Une population très sédentaire***

Comme rappelé par l'OMS, l'activité physique est très bénéfique pour la santé physique et mentale. Elle contribue à la prévention et à la prise en charge de maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète. Elle permet de lutter contre le surpoids et l'obésité. L'inactivité physique était évaluée en 2012 comme la quatrième cause de mortalité évitable au monde conduisant au décès de plus de 5 millions de personnes par an (Lee, *et al.*, 2012). Le questionnaire de l'enquête santé européenne porte sur tous ces aspects et permet de dresser un panorama de l'état du suivi de ces recommandations à la fois en France métropolitaine et dans les DROM (Méjean, *et al.*, 2020).

### ***20 % des personnes résidant en France métropolitaine ne réalisent pas de trajet d'au moins 10 minutes à pied une fois par semaine en France métropolitaine, et plus de 30 % dans les DROM***

En France métropolitaine en 2019, 81 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent faire un trajet de 10 minutes ou plus à pied au moins une fois par semaine. La situation s'améliore puisqu'en 2014, en France métropolitaine, 76 % des 15 ans ou plus faisaient au moins 10 minutes de marche par jour au moins une fois par semaine (rapport Irdes, 2017). En revanche, la situation est moins favorable dans les DROM, où c'est le cas en 2019 de 57 % des 15 ans ou plus aux Antilles, 65 % en Guyane et à La Réunion et 70 % à Mayotte. La pratique du vélo est moins courante puisque 15 % des 15 ans ou plus en France métropolitaine déclarent faire au moins un trajet de 10 minutes ou plus à vélo par semaine. Comme pour la marche, elle est plus fréquente en France métropolitaine que dans les DROM, sauf en Guyane où cela concerne 17 % de la population âgée de 15 ans ou plus. En effet, en Guadeloupe, 7 % de la population fait au moins 10 minutes de vélo par semaine, 4 % en Martinique, 9 % à La Réunion et 5 % à Mayotte. L'écart de pratique entre la France métropolitaine et les DROM peut tenir au fait que les habitants des DROM ont plus fréquemment des limitations motrices que les personnes résidant en France métropolitaine. Les conditions climatiques dans les DROM (chaleur, pluie) peuvent jouer aussi car elles incitent, quand c'est possible, à l'usage de la voiture.

La pratique quotidienne d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo, correspondant aux recommandations pour être en bonne forme physiques, concerne 31 % des personnes de France métropolitaine. Elle est plutôt homogène de 15 à 54 ans (27 % à 30 %), et augmente ensuite chez les jeunes seniors pour atteindre 37 % chez les 55-64 ans et 41 % chez les 65-74 ans avant de redescendre à 27 % parmi les 75 ans ou plus. Quel que soit le territoire, la pratique quotidienne du vélo ou de la marche au moins 30 minutes par jour est plus souvent effectuée par les hommes. L'écart entre les femmes et les hommes est le plus important à Mayotte où 38 % des hommes marchent ou font du vélo pendant au moins 30 minutes par jour (contre 16 % des femmes), tandis qu'en France métropolitaine, 36 % des hommes et 27 % des femmes respectent la recommandation.

La pratique d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour semble peu liée au niveau d'éducation, de revenus ou de niveau de vie en France métropolitaine et traduit une sédentarisation de l'ensemble de la population, avec une population plus aisée légèrement moins sédentaire. Ainsi, en France métropolitaine, la pratique varie de 30 % à 35 % du premier au dernier quartile de niveau de vie, et de 29 % à 33 % des moins aux plus diplômés. Dans les DROM, les situations sont variées, avec des populations plus sédentaires (surtout en Guadeloupe et en Martinique avec moins de 18 % de la population pratiquant la marche ou le vélo au moins 30 minutes par jour, contre 22 % en Guyane, 23 % à La Réunion et 27 % à Mayotte), et des catégories plus aisées nettement moins sédentaires que les plus modestes en Guyane ou à Mayotte (avec des écarts de 19 % à 26 % entre le premier et le dernier dixième en Guyane et de 23 % à 34 % à Mayotte).

### ***45 % des personnes résidant en France métropolitaine en surcharge pondérale contre 54 % à Mayotte***

La prévalence du surpoids et de l'obésité, associés à un risque accru de morbidité et de mortalité, a augmenté depuis le début des années 1980, bien que la situation française soit plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux. En 2019, 45 % des adultes de 15 ans ou plus enquêtés dans l'enquête santé européenne sont en surpoids (31 %) ou obèses (14 %) en France métropolitaine. Si la prévalence de l'obésité est comparable entre les hommes et les femmes, (respectivement 14 % et 15 %), celle du surpoids est significativement plus importante chez les hommes (37 % contre 25 %). Dans les DROM - sauf à La Réunion qui présente une part proche de celle observée en France métropolitaine avec 16 % -, la part des personnes obèses est plus élevée qu'en France métropolitaine et presque uniquement chez les femmes, particulièrement à Mayotte, où elle atteint 26 %, et où 60 % des femmes sont obèses ou en surpoids (contre 40 % des femmes de France métropolitaine).

### ***La part de personnes obèses diminue avec le niveau de diplôme et le niveau de vie***

Que ce soit en France métropolitaine ou dans les DROM (sauf en Guadeloupe où les écarts sont minimes), la part de personnes obèses (sur données non standardisées sur âge et sexe) est 2 à 3 fois plus élevée parmi les individus titulaires d'un certificat d'études ou non diplômés que parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus. Le niveau de vie est également très lié à l'obésité en France métropolitaine et dans la majorité des DROM : 17 % des individus dont le niveau de vie est inférieur au premier quart de la distribution sont obèses contre 10 % pour ceux dont le niveau de vie appartient au quartile de niveau de vie supérieur, alors que, pour le surpoids, il n'y a quasiment pas de différence (30 % et 31 %). À Mayotte, en revanche, l'obésité est plus fréquente parmi les niveaux de vie les plus élevés, avec 20 % d'obèses parmi les individus dont le niveau de vie est inférieur au premier quartile de la distribution (contre 32 % chez les individus du quatrième quartile).

### ***Les caractéristiques sociodémographiques expliquent une partie des différences territoriales observées pour l'obésité***

La proportion de personnes obèses en novembre 2020 varie d'un département à l'autre (carte 8 et carte 9), entre 8 % (Hautes-Alpes) et 23 % (Orne), pour une proportion moyenne nationale de 15 % (source: enquête-EpiCov volet 2, novembre 2020). Ces proportions sont plus élevées dans la partie nord de la France, et plutôt plus basses dans le quart sud-est. Comme mesuré dans EHIS, la prévalence de l'obésité mesurée par EpiCov en novembre 2020 est plus importante dans les Antilles (20 %) et proche de la moyenne nationale à La Réunion (16 %). En contrôlant de l'âge, du sexe, du niveau de diplôme et du niveau de vie par un modèle de régression logistique, les écarts de ces départements par rapport à la situation nationale restent significatifs au seuil de 5 % pour les Hautes-Alpes et la Corse du Sud (où la prévalence est plus faible) ainsi que dans le Nord, le Pas-de-Calais, l'Oise, le Loiret, l'Orne et la Sarthe (où la prévalence est plus élevée).

## Document 2

LE PREFET DE REGION PRESIDE LE **COMITE DE L'ADMINISTRATION REGIONALE (CAR)**,  
VERITABLE « CONSEIL D'ADMINISTRATION » DE L'ÉTAT EN REGION.

Le CAR est composé :

- des préfets de département,
- du recteur d'académie,
- du directeur régional des finances publiques,
- du directeur général de l'agence régionale de santé,
- du secrétaire général placé auprès du préfet de département où se situe le chef-lieu de la région,
- du secrétaire général pour les affaires régionales,
- des 5 directeurs régionaux de l'État (cf infra),
- du directeur interrégional de la mer.

Il est consulté sur les orientations stratégiques de l'État dans la région. Il examine l'ensemble des crédits d'interventions, d'investissement et de fonctionnement mis en œuvre par les services de l'État.

### LES DIRECTIONS RÉGIONALES

- Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS),
- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL),
- Direction régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES),
- Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF),
- Direction régionale des affaires culturelles (DRAC)

## DOCUMENT 3

### CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### **Partie législative {Articles L 1110-1 à L 6441-1}**

**Première partie : Protection générale de la santé (Articles L 1110-1 à L 1545-4)**

**Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L 1110-1 à L 11181-1)**

**Titre VII : Prévention des facteurs de risques pour la santé (Articles L 71-1 à L 73-1)**

**Chapitre II : Prescription d'activité physique (Article L1172-1)**

#### Article L1172-1

Dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, le médecin intervenant dans la prise en charge peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Les activités physiques adaptées sont dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret. Un décret fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées.

#### **Partie législative (Articles L 11110-1 à L 6441-1)**

**Première partie : Protection générale de la santé (Articles L 1110-1 à L1545-4)**

**Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles 11110-1 à 11181-1)**

**Titre VII : Prévention des facteurs de risques pour la santé (Articles L1171-1 à L1173-1)**

**Chapitre III : Maisons sport-santé (Article L1173-1)**

#### Article L1173-1

I- Afin de faciliter et de promouvoir l'accès à l'activité physique et sportive à des fins de santé et à l'activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la maison sport-santé assure des activités :

1 D'accueil, d'information et d'orientation du public concernant la pratique de ces activités ;

2 De mise en réseau et de formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée.

Les activités et les modalités de fonctionnement et d'évaluation de ces maisons sport-santé sont précisées par un cahier des charges défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des sports.

II- Les maisons sport-santé sont habilitées par l'autorité administrative. Les conditions et les modalités de cette habilitation ainsi que de son renouvellement, son retrait ou sa suspension sont définies par voie réglementaire.

---

#### **Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6441-2)**

**Première partie : Protection générale de la santé (Articles R1110-1 à R1563-1)**

**Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles R1110-1 à D1181-1)**

**Titre VII : Prévention des facteurs de risques pour la santé (Articles D1172-1 à R1173-12)**

**Chapitre II : Prescription d'activité physique (Articles D1172-1 à D1172-5)**

#### Article D1172-1

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.

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 liées à l'affection de longue



durée, à la maladie chronique ou à des situations de perte d'autonomie définies à l'article [D. 1172-1-1](#) dont elle est atteinte. L'activité physique adaptée s'adresse aux patients n'ayant pas un niveau régulier d'activité physique égal ou supérieur aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et qui ne peuvent augmenter leur niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et sécurisée. 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.

#### [Article D1172-1-1](#)

Sans préjudice de la liste des affections de longue durée établie à l'[article D. 160-4 du code de la sécurité sociale](#), la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'une activité physique adaptée est fixée comme suit :

1° Les maladies chroniques ayant un retentissement sur la vie quotidienne, susceptibles de générer des incapacités, voire des complications graves, et nécessitant une prise en charge au long cours ;

2° Les facteurs de risque tels qu'une condition, une pathologie ou un comportement augmentant la probabilité de développer ou d'aggraver une maladie ou bien de souffrir d'un traumatisme, notamment le surpoids, l'obésité, l'hypertension artérielle, la dénutrition, la sédentarité, les dyslipidémies, et les conduites addictives ;

3° Les situations de perte d'autonomie dues au handicap ou au vieillissement suivantes :

a) La personne est bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'[article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles](#) ;

b) La personne est bénéficiaire de l'aide à domicile mentionnée à l'[article L. 231-1](#) du même code ;

c) La personne est bénéficiaire d'un droit attribué par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'[article L. 146-9](#) du même code ;

d) La personne est titulaire de la carte " mobilité inclusion " mentionnée à l'[article L. 241-3](#) du même code ;

e) La personne a réalisé un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge révélant une fragilité.

#### [Article D1172-2](#)

Le médecin intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en situation de perte d'autonomie, pour lesquels l'activité physique adaptée a démontré des effets bénéfiques, peut lui prescrire une activité physique adaptée, avec son accord et au vu de sa pathologie ainsi que de sa situation, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente.

Lorsque le médecin prescrit une activité physique adaptée, il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique publiés par la Haute Autorité de santé.

Le médecin établit la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée, notamment le type d'activité, sa durée, sa fréquence, son intensité sur un formulaire spécifique dont le modèle est défini par arrêté du ministère chargé de la santé. Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par la personne qualifiée mentionnée au cinquième alinéa.

L'activité physique adaptée est prescrite pour une durée de trois mois à six mois renouvelable.

Elle est dispensée par l'une des personnes qualifiées suivantes :

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 adaptée aux patients atteints d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique, ou présentant des facteurs de risque, ou en perte d'autonomie :

-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.

#### [Article D1172-2-1](#)

Avec l'accord du patient, le masseur-kinésithérapeute peut, sauf indication contraire du médecin, renouveler une fois la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée à l'échéance de la durée de celle-ci ou du nombre de séances prescrites ou l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée, sur le formulaire spécifique prévu à l'article [D. 1172-2](#), aux conditions suivantes :

1° Le compte rendu et les bilans mentionnés à l'article [D. 1172-5](#) ne rapportent pas de difficulté ou de risque dans la pratique de l'activité physique adaptée susceptible de nuire à la santé du patient ;

2° Le médecin intervenant dans la prise en charge n'a pas émis d'indication contraire en amont ou en aval de la transmission du compte rendu et des bilans mentionnés à l'article D. 1172-5 ;

Le renouvellement de la prescription médicale par le masseur-kinésithérapeute tient compte des propositions relatives à la poursuite de l'activité figurant dans ce compte rendu et les bilans susmentionnés ou l'adapte aux besoins du patient.

Le masseur-kinésithérapeute porte sur l'original du formulaire spécifique de prescription, présenté par le patient, le renouvellement ou l'adaptation qu'il réalise en apposant les indications suivantes :

- a) Son identification complète : nom, prénom et numéro d'identification ;
- b) La mention " Renouvellement/ Adaptation (le cas échéant) de prescription médicale d'activité physique adaptée";
- c) La date à laquelle le masseur-kinésithérapeute effectue ce renouvellement ou cette adaptation, et sa signature.

L'original est remis au patient. Le masseur-kinésithérapeute en informe le médecin prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises.

#### [Article D1172-3](#)

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, à la situation, 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.

#### [Article D1172-4](#)

La prise en charge des patients est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice.

#### [Article D1172-5](#)

La personne qualifiée mentionnée à l'article [D. 1172-2](#) dispensant l'activité physique adaptée établit :

-au début de la prise en charge du patient, un bilan d'évaluation de la condition physique et des capacités fonctionnelles ainsi qu'un bilan motivationnel qui sert à définir un programme d'activité physique adaptée au patient précisant le type d'activité, d'intensité, de fréquence et le nombre de séances ou la durée de cette activité ;

-périodiquement, un compte rendu sur le déroulement du programme d'activité physique adaptée, les effets sur la condition physique et l'état fonctionnel du patient ;

-à l'issue du programme, un bilan comparatif d'évaluation de la condition physique et des capacités fonctionnelles ainsi qu'un bilan motivationnel du patient permettant d'apprécier les progrès et les bienfaits pour le patient et formulant des propositions de poursuite de ce programme avec des recommandations quant au type d'activité à poursuivre, leur fréquence et leur intensité ou, le cas échéant, de sortie du programme si le patient a acquis une autonomie suffisante ou que son état de santé paraît ne plus le nécessiter.

Ces documents sont transmis au patient et, avec son accord, au médecin prescripteur et au médecin traitant.

## DOCUMENT 4

### MAISONS SPORT-SANTE : LE GOUVERNEMENT ANNONCE DE NOUVELLES MESURES DE SOUTIEN - COMMUNIQUÉ DE PRESSE - 18 DECEMBRE 2023

#### **Maisons Sport-Santé : le Gouvernement annonce de nouvelles mesures de soutien**

Aurélien Rousseau, Amélie Oudéa-Castéra et Agnès Firmin le Bodo ont annoncé de nouvelles mesures en faveur des Maisons Sport Santé, et notamment un soutien financier de 12 millions d'euros pour 2024.

**A l'occasion d'un déplacement au sein de la Maison Sport Santé de l'Hôtel Dieu, Aurélien Rousseau, ministre de la Santé et de la prévention, Amélie Oudéa-Castéra, ministre des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques et Agnès Firmin le Bodo, ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, ont annoncé de nouvelles mesures en faveur des Maisons Sport Santé, et notamment un soutien financier de 12 millions d'euros pour l'année 2024.**

Alors que les bienfaits d'une activité physique régulière sur la santé sont fréquemment établis par les études scientifiques, le gouvernement s'engage, **depuis leur création**, en faveur du déploiement des **Maisons Sport-Santé mesure phare de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024**. La reconnaissance de ces structures dans le code de la santé publique, inscrite dans la **loi du 2 mars 2022** visant à démocratiser le sport en France, a permis de préciser leur rôle. Leurs missions consistent à la fois à **accompagner en proximité** les patients atteints d'affection de longue durée, de maladies chroniques ou en risque de perte d'autonomie **vers une pratique d'activité physique adaptée à but thérapeutique**, mais aussi à **contribuer au virage vers la prévention, en amenant à la pratique régulière d'une activité physique et sportive les publics les plus éloignés**.

A l'issue de quatre appels à projets réussis, **plus de 500 Maisons Sport Santé se sont déployées partout en France**, conformément à l'objectif fixé en 2017 par le président de la République. Une enquête réalisée par l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) en juillet dernier indiquait par ailleurs la progression régulière de l'activité des **Maisons Sport Santé, qui ont permis d'accompagner près de 400 000 personnes ces dernières années**, tout en soulignant la nécessité d'amplifier cet élan en leur permettant de toucher un public plus large ainsi que de stabiliser leur modèle économique.

A l'aube d'une année exceptionnelle pour le sport en France, marquée par l'accueil des Jeux Olympiques et Paralympiques, ainsi que par la Grande Cause nationale dédiée à l'activité physique et sportive, **le gouvernement réaffirme son engagement à poursuivre la structuration du réseau des Maisons Sport-Santé sur l'ensemble du territoire**. En lien avec les professionnels de santé et l'ensemble des parties prenantes sur les territoires, l'objectif est d'en faire un levier d'action durable pour promouvoir, partout en France, l'activité physique et sportive comme vecteur essentiel de santé publique et intégrer l'offre d'activité physique adaptée à but thérapeutique dans les parcours de soins.

A l'issue de leur déplacement conjoint au sein de la Maison Sport-Santé de l'Hôtel Dieu, hôpital de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, les ministres Aurélien Rousseau, Amélie Oudéa-Castéra et Agnès Firmin Le Bodo ont annoncé de **nouvelles mesures de soutien aux Maisons Sport-Santé autour de trois axes** :

#### **1) Un soutien financier de 12 millions d'euros de l'Etat aux Maisons Sport-Santé en 2024**

Dans le cadre de la loi de finances pour 2024, **les crédits du Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques destinés aux maisons sport-santé sont portés à 6 millions (+ 2 millions d'euros par rapport à 2023)**.

**Le ministère de la Santé et de la prévention apportera un soutien inédit au Programme via les crédits du Fonds d'intervention régional à hauteur de 6 millions d'euros.**

#### **2) Le lancement d'une mission d'inspection conjointe IGAS-IGESR pour renforcer durablement le modèle économique des Maisons Sport-Santé**

Cinq ans après le premier appel à projets, le gouvernement souhaite confier à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) une mission visant à identifier les voies et moyens de consolider ces nouvelles structures.

Cette mission sera notamment chargée de déterminer les modèles économiques garantissant leur intervention durable au service des Français, en tenant compte de la nécessité de conserver une pluralité de financements. Elle sera lancée dès janvier 2024 par les Ministres afin que les conclusions soient remises d'ici à l'été 2024 pour une éventuelle traduction dans le cadre des lois financières pour 2025.

### **3) Le renforcement de la visibilité des Maisons Sport-Santé via leur référencement sur Doctolib.**

**Afin que l'action des Maisons Sport-Santé soit davantage visible et connue du grand public, l'ensemble des Maisons Sport Santé habilitées seront notamment référencées sur le site et l'application Doctolib à compter du 18 décembre** et pour une période de 12 mois.

En complément, deux actions de communication, qui se dérouleront les semaines du 18 décembre et du 9 janvier, permettront à des millions d'utilisateurs d'accéder, depuis la page d'accueil de Doctolib, à des informations utiles sur le rôle des Maisons Sport Santé.

Dans le cadre de la Grande Cause Nationale 2024 consacrée à la promotion de l'activité physique et sportive, qui constitue une opportunité inédite d'accélérer le virage de la prévention en santé et de la promotion du sport et de ses bienfaits, le travail se poursuit entre les ministères concernés pour améliorer les dispositifs existants et en étendre la portée. **En janvier prochain, le gouvernement dévoilera de nouvelles décisions visant à donner une impulsion supplémentaire à la politique Sport-Santé.**

# Stratégie Nationale

**Sport**

**Santé**

**2019-2024**

*Améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie.*

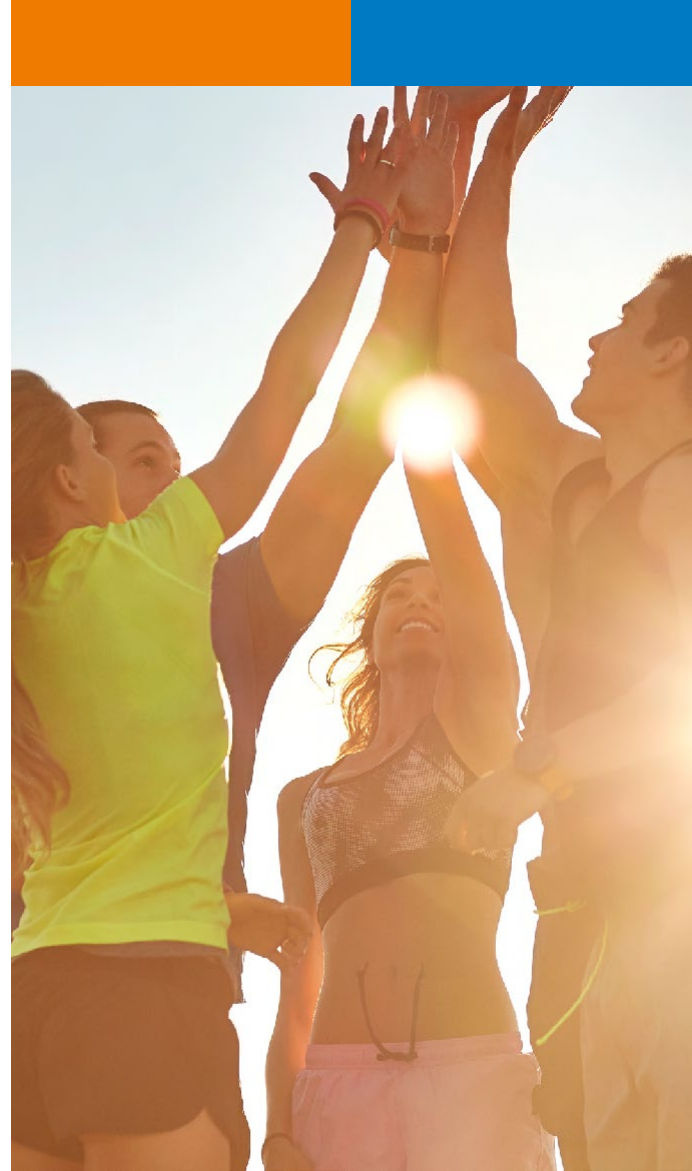


Lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées est un enjeu de santé publique.

Roxana Maracineanu, ministre des Sports, et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, mettent en œuvre une Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 avec la conviction que la pratique des Activités Physiques et Sportives (APS) pour la santé relève de l'intérêt général.

Inscrite dans le plan national de santé publique « Priorité Prévention », la Stratégie Nationale Sport Santé porte l'ambition de (re)mettre les Français en mouvement sur tous les territoires, de déployer des pratiques adaptées accessibles et encadrées, et de faire reconnaître pleinement le rôle majeur des APS pour la santé physique et mentale de chacun.

**La Stratégie Nationale Sport Santé est une politique publique qui s'inscrit dans l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques 2024.**



## **La Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 S'articule autour de 4 axes :**



**La promotion de la Santé et du bien-être par l'activité physique et Sportive**

**Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique**

**La protection de la Santé des Sportifs et le renforcement de la Sécurité des pratiquants**

**Le renforcement et la diffusion des connaissances**

## **Axe 1 : promouvoir la Santé et le bien-être par l'activité physique et Sportive**

**Enjeu :** Encourager la pratique d'une activité physique et sportive à tous les âges de la vie, de manière régulière, durable et adaptée, et lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne

### **Les principales actions**

#### **Promouvoir les aps via des campagnes de communication**

Dès 2019, interventions auprès des écoliers et collégiens sur la nécessité de pratiquer une activité physique régulière

Développement du label « Génération 2024 » pour promouvoir le sport et l'Olympisme dans les établissements scolaires

#### **Développer des offres de pratique ciblées pour chacun des publics : écoliers, étudiants, seniors, professionnels, détenus...**

Dès la rentrée 2019, expérimentation de classes « confiance sport » (cours le matin et activités physiques et sportives l'après-midi)

Développement de conciergeries sportives au sein des entreprises et des administrations

Dès 2019, recommandation des APS auprès des seniors lors des stages de préparation à la retraite

D'ici 2021, développement de programmes d'APS spécifiques pour augmenter de 20 % la pratique dans les EHPAD

#### **Étoffer l'offre locale d'équipements sportifs et encourager la création d'équipements légers de loisirs**

Le ministère des Sports investit 20 millions d'euros sur la construction et la rénovation d'équipements sportifs en priorité sur les territoires carencés en 2019

#### **Favoriser les mobilités actives au quotidien (marche et vélo)**

Lancement du Plan « Savoir Rouler à Vélo » : dispositif d'apprentissage du vélo et de la circulation en autonomie

#### **Déployer les maisons sport santé sur l'ensemble du territoire**

100 maisons sport santé d'ici fin 2019, objectif de 500 d'ici à 2022

## **Axe 2 : développer l'offre à l'activité physique adaptée (apa) à des fins thérapeutiques**

**Enjeu :** Reconnaître le rôle majeur de l'APA dans un parcours de soin pour le traitement des maladies chroniques

### **Les principales actions**

#### **Mieux sensibiliser et former l'ensemble des médecins à la prescription d'activité physique adaptée**

Dès 2019, mise à disposition des médecins d'outils en appui à la prescription et à la décision médicale à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé

#### **Développer l'orientation et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques vers une offre et un cadre de pratique adapté**

D'ici 2021, création d'une plateforme en ligne recensant les offres d'APS et d'APA



**Accompagner et soutenir le développement des prises en charge de l'activité physique adaptée en mobilisant tous les financeurs possibles**

Dès 2020, l'activité physique

adaptée sera inscrite dans le protocole de soin des femmes atteintes de cancer du sein



## **Axe 3 : mieux protéger la Santé des Sportifs et renforcer la Sécurité des pratiques quelle que soit leur intensité**

**Enjeu :** Informer l'ensemble des acteurs sur les bonnes pratiques et alerter la population générale sur les risques engendrés par une pratique mal maîtrisée ainsi que sur les bonnes pratiques

### **Les principales actions**

**Optimiser la surveillance médicale réglementaire pour les sportifs de haut niveau**

**Établir un protocole de prise en charge harmonisé pour chaque pathologie, notamment pour prévenir et lutter contre les commotions cérébrales**

**Mettre en place des campagnes de prévention dans différents environnements (sports de montagne, activités nautiques, subaquatiques et aquatiques) et de promotion des pratiques sportives**

Dès 2019, Plan « Aisance Aquatique », expérimentations pour optimiser l'apprentissage de la natation dès le plus jeune âge (lutte contre les noyades)

**Accentuer la formation des encadrants sur le thème de la réglementation et des bonnes pratiques dans le sport**

**Sensibiliser les professionnels des aps et les adhérents aux risques liés à la consommation de produits dopants**

**Lutter contre les filières de commercialisation des produits dopants**

## **Axe 4 : documenter et diffuser les connaissances relatives aux bénéfices et aux impacts de la pratique Sportive sur la Santé et la condition physique**

**Enjeu :** Les bienfaits de l'activité physique et sportive pour la santé sont prouvés. Il s'agit aujourd'hui d'en faire la promotion auprès du grand public, des acteurs institutionnels et privés concernés

### **Les principales actions**

**Intensifier la mission de veille sanitaire au sein des fédérations sportives**

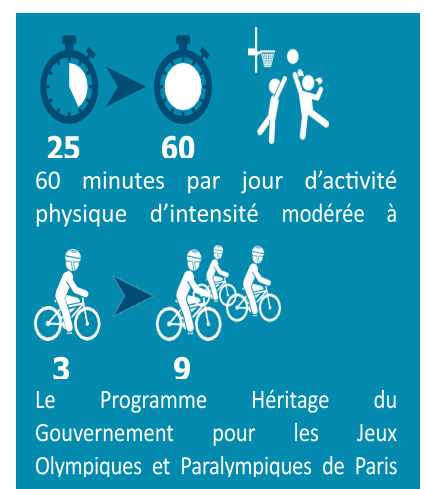
**Favoriser l'observation et la recherche permettant d'évaluer l'impact de la sédentarité et de l'inactivité physique en termes médico-économiques**

En 2019, publication d'une revue de littérature exhaustive sur les connaissances disponibles

Dès 2019, engagement d'études médico-économiques

**Renforcer l'observation des pratiques d'activités physiques et sportives pour améliorer la connaissance et l'analyse de l'accidentologie**

En 2020, mise en place d'un observatoire de l'accidentologie des sports par le ministère des Sports



## DOCUMENT 6

### Décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des maisons sport-santé

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le titre VII du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique (partie réglementaire) est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE III

##### « MAISONS SPORT-SANTÉ

##### « Section 1

##### « Dispositions communes

« *Art. R. 1173-1.* – Les décisions mentionnées par le présent chapitre sont prises conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et le recteur de région académique, qui désignent le service chargé de l'instruction des demandes.

« Cette désignation conjointe fait l'objet d'une publication sur les sites internet de l'agence régionale de santé et des services déconcentrés du ministère chargé des sports.

##### « Section 2

##### « Habilitation et renouvellement

« *Art. R. 1173-2.* – L'habilitation mentionnée au II de l'article L. 1173-1 du présent code est accordée pour une durée de cinq ans, lorsque :

« 1° Le demandeur s'engage à respecter le cahier des charges mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 1173-1 ;

« 2° La maison sport-santé contribue à assurer un maillage territorial permettant d'apporter une réponse de proximité aux besoins de la population en matière d'accès à l'activité physique et sportive à des fins de santé et à l'activité physique adaptée ;

« 3° Le demandeur présente, pour l'activité de la maison sport-santé, un budget prévisionnel équilibré.

« *Art. R. 1173-3.* – L'habilitation est renouvelée pour la même durée que celle pour laquelle elle a été accordée, lorsque :

« 1° L'évaluation de l'activité de la maison sport-santé depuis la précédente habilitation permet de vérifier que le cahier des charges a été respecté ;

« 2° Les recettes et les dépenses attachées à l'activité de la maison sport-santé depuis la précédente habilitation permettent de vérifier que son financement est viable ;

« 3° Les conditions prévues par l'article R. 1173-2 sont respectées lors de l'examen de la demande de renouvellement de l'habilitation.

« La procédure de renouvellement s'applique à la fin de chaque période quinquennale.

« *Art. D. 1173-4.* – Le cahier des charges mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 1173-1 précise :

« 1° Les activités et modalités de fonctionnement des maisons sport-santé, notamment leurs missions, les publics, y compris professionnels, auxquels leurs activités s'adressent, le niveau de qualification de leurs intervenants ainsi que le ressort territorial de leurs activités ;

« 2° Les modalités d'évaluation des maisons sport-santé, notamment le suivi qualitatif et quantitatif de leurs activités, les justificatifs financiers présentés pour établir que le financement de leurs activités est viable ainsi que le contenu du rapport annuel et du bilan global prévus par l'article D. 1173-10.

« *Art. D. 1173-5.* – Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des sports précise le contenu des dossiers de demande d'habilitation et de renouvellement.

« *Art. D. 1173-6.* – La décision d'habilitation ainsi que celle autorisant son renouvellement mentionnent :

« 1° Le nom de la maison sport-santé ;

« 2° Le nom et la forme juridique de la personne morale titulaire de l'habilitation ;

« 3° Le nom de la personne physique, responsable des activités de la maison sport-santé ;

« 4° La localisation de la maison sport-santé.

« La décision est notifiée au demandeur et publiée au recueil des actes administratifs et sur les sites internet de l'agence régionale de santé et des services déconcentrés du ministère chargé des sports.

« La liste des maisons sport-santé habilitées est également publiée sur les sites internet de l'agence régionale de santé et des services déconcentrés du ministère chargé des sports.

« *Art. R. 1173-7.* – L'habilitation ouvre droit à l'utilisation du logo et de la signalétique "Maison sport-santé".

« *Art. R\*. 1173-8.* – Le silence gardé pendant deux mois par l'administration sur une demande d'habilitation vaut rejet de cette demande.

« Art. R. 1173-9. – Le silence gardé pendant deux mois par l’administration sur une demande de renouvellement de l’habilitation vaut acceptation de cette demande.

« La demande de renouvellement est présentée par le titulaire de l’habilitation au plus tard six mois avant l’expiration de celle-ci. A défaut, la demande est instruite comme une nouvelle demande d’habilitation et la maison sport-santé ne peut plus se prévaloir de son habilitation, après la date d’expiration de celle-ci et jusqu’à la date à laquelle elle obtient une nouvelle habilitation, notamment en faisant usage du logo et de la signalétique mentionnés à l’article R. 1173-7.

« Art. D. 1173-10. – Le titulaire de l’habilitation transmet aux autorités mentionnées au premier alinéa de l’article R. 1173-1, au plus tard le 1<sup>er</sup> mars de chaque année, un rapport sur l’activité et le financement de la maison sport-santé au cours de l’année écoulée.

« Au plus tard huit mois avant la date d’expiration de l’habilitation, le titulaire de celle-ci adresse aux mêmes autorités un bilan global de son activité et de son financement durant l’habilitation.

« Art. R. 1173-11. – Le titulaire de l’habilitation d’une maison sport-santé déclare aux autorités mentionnées au premier alinéa de l’article R. 1173-1 tout projet de modification des éléments au vu desquels l’habilitation a été accordée et leur fournit toute information utile pour leur permettre d’évaluer ce projet.

« Lorsqu’il estime, dans un délai de deux mois à compter de la déclaration mentionnée au premier alinéa, que cette modification présente un caractère substantiel, le service instructeur désigné en application de l’article R. 1173-1 informe le demandeur de la nécessité de déposer une nouvelle demande d’habilitation et l’examine dans les conditions prévues par l’article R. 1173-2. La mise en œuvre des modifications est suspendue jusqu’à la décision d’habilitation.

« Lorsque la modification ne présente pas un caractère substantiel, la décision d’habilitation est actualisée.

### « Section 3

#### « Suspension et retrait de l’habilitation

« Art. R. 1173-12. – En cas de manquement au cahier des charges ou aux autres dispositions législatives et réglementaires applicables aux maisons sport-santé, le service désigné pour instruire ce manquement met le titulaire de l’habilitation en mesure de présenter des observations écrites dans un délai qu’il fixe, et qui ne peut être inférieur à quinze jours.

« Lorsque ce même service estime, à l’issue de ce délai, et compte-tenu des observations qui ont été produites le cas échéant, que le manquement est caractérisé, il met en demeure le titulaire de l’habilitation de remédier à ce manquement dans un délai qu’il fixe, et qui ne peut être inférieur à un mois. Les autorités mentionnées à l’article R. 1173-1 peuvent suspendre l’habilitation jusqu’à ce qu’il soit remédié au manquement. La décision de suspension est portée à la connaissance des usagers de la maison sport-santé et fait l’objet d’une mention sur le site internet de la maison sport-santé ainsi que d’un affichage à l’entrée de ses locaux.

« Lorsque le titulaire de l’habilitation n’a pas pris les mesures nécessaires, l’habilitation prévue à l’article L. 1173-1 peut être retirée. La maison sport-santé ne peut plus se prévaloir de son habilitation.

« Les décisions mentionnées au deuxième et troisième alinéa sont notifiées au titulaire de l’habilitation et publiées au recueil des actes administratifs et sur les sites internet de l’agence régionale de santé et des services déconcentrés du ministère chargé des sports. »

**Art. 2.** – Les structures assurant les missions dévolues aux maisons sport-santé à la date de la publication de la loi du 2 mars 2022 susvisée peuvent se prévaloir de la qualité de maison sport-santé sans être habilitées jusqu’au 31 décembre 2023. Elles doivent déposer une demande d’habilitation au plus tard le 30 juin 2023.

Le silence gardé pendant six mois par l’administration sur la demande vaut habilitation.

A défaut d’avoir obtenu l’habilitation mentionnée par l’article L. 1173-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2023, les maisons sport-santé mentionnées au premier alinéa ne peuvent plus se prévaloir de la qualité de maison sport-santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Les structures ayant commencé à exercer les missions dévolues aux maisons sport-santé entre la date de la publication de la loi du 2 mars 2022 et la date de publication du présent décret peuvent se prévaloir de la qualité de maison sport-santé sans être habilitées jusqu’au 31 décembre 2023. Pour continuer à se prévaloir de cette qualité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, elles doivent obtenir une habilitation en application des articles R. 1173-2 et R\*. 1173-8 du code de la santé publique.

**Art. 3.** – Les dispositions de l’article 2 du présent décret peuvent être modifiées par décret en Conseil d’Etat.

Fait le 8 mars 2023.

## Document 7

### EXEMPLES D' ACTIONS LOCALES

#### PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE DES PERSONNES RESIDANT EN EHPAD EN PAYS-de-LOIRE- 23 JUIN 2023

Conformément au Plan Sportif Territorial Pays de La Loire 2022-2027 et à l'occasion de la journée olympique annuelle du 23 juin 2023, l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire relance une fenêtre de financement des prestations d'activité physique adaptée en établissement et service accueillant des personnes âgées pour les départements 44, 49, 53 et 85.

Un financement sera alloué aux établissements et services intéressés en 2023. Celui-ci repose sur un barème calculé en fonction du nombre de lits et places. Le coût horaire sera déterminé en fonction du nombre de demandes et du montant de l'enveloppe régionale.

Afin de procéder au calcul des montants à allouer, merci de bien vouloir compléter la demande jointe, en tenant compte des précisions ci-dessous :

- **Votre projet est mutualisé**: seule la structure porteuse doit renvoyer le dossier complété à l'ARS en listant les capacités des établissements et services concernés.
- **Votre projet n'est pas mutualisé** : vous devez compléter le dossier en indiquant les capacités de votre établissement.

Les projets mutualisés entre EHPAD et SSIAD bénéficieront d'un forfait bonifié.

Cette année, dans le contexte des événements olympiques et paralympiques à venir (JOP 2024) et dans le cadre de la stratégie régionale de la prévention des chutes, je vous invite par ailleurs à :

- **favoriser la tenue** au sein de vos établissements **d'évènements conviviaux** visant à promouvoir et favoriser la pratique d'activité physique adaptée en lien avec les professionnels qualifiés (« olympiades », évènements intergénérationnels, etc...)
- **ouvrir les Parcours d'Activités Santé Séniors (PASS) et les séances d'APA** (notamment en accueil de jour) aux aidants/entourage des personnes âgées accueillies

Par ailleurs, si vous avez bénéficié d'un financement au titre de 2022, merci de bien vouloir compléter le document à télécharger ci-dessous : Compte rendu d'action en cas de financement au titre de l'année 2022. Pour rappel, les ateliers d'activité physique doivent être assurés par des professionnels qualifiés. Cette fenêtre de dépôt ne concerne pas les établissements de la Sarthe, qui bénéficient déjà de prestations d'activités physiques gérées par le Comité Départemental Olympique et Sportif.

### GRAND DEFI VIVEZ BOUGEZ EN OCCITANIE

#### Importance de l'activité physique quotidienne pour la santé des jeunes : les préconisations officielles

De nombreuses recherches ont mis en évidence l'importance fondamentale de l'activité physique quotidienne pour la santé des jeunes.

Ces études ont abouti à l'émergence d'un consensus international sur l'activité physique des enfants et adolescents, qui devraient **pratiquer une heure d'activités physiques par jour pour être en bonne santé**, et ce du lundi au dimanche.

**Définition** : Faire de l'activité physique, c'est bouger son corps, être essoufflé, avoir chaud, transpirer ou avoir le cœur qui bat vite (exemples : marcher, courir, monter les escaliers, jardiner, faire du vélo, du foot avec ses copains ou de la corde à sauter).

#### L'activité physique régulière participe à la bonne santé des enfants et des adultes

La pratique d'une activité physique régulière dès l'enfance, au-delà des effets bénéfiques immédiats pour la santé des jeunes, va jouer un rôle déterminant sur la santé des futurs adultes qu'ils deviendront.

Il est par exemple acquis qu'un **enfant qui pratique régulièrement des activités physiques deviendra un adulte en meilleure santé** qu'un enfant qui a tendance à rester inactif.

#### Un constat : les enfants ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique

Les différentes études nous montrent que moins de 50% des enfants et adolescents respectent les préconisations officielles, c'est-à-dire font moins d'une heure d'activité physique quotidienne.

Ce manque de pratique d'activité physique devient un véritable problème de santé publique. En effet, **actuellement les jeunes font moins d'activité physique quotidienne que leurs parents lorsqu'ils avaient le même âge**. Ce constat explique une diminution de la condition physique d'une génération à une autre.

UN OBJECTIF PRIORITAIRE : AUGMENTER LE NIVEAU GLOBAL D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES JEUNES

### **La promotion de l'activité physique des jeunes, une priorité de santé publique**

La promotion de l'activité physique des enfants et adolescents est un objectif majeur partagé par les mondes de l'éducation, de la santé et du sport. Elle apparaît d'ailleurs dans de nombreux plans et textes officiels :

- [Plan cancer](#)
- [Parcours éducatif de santé](#)
- [Plan régional sport santé bien être](#)
- [Plan National Nutrition Santé](#)
- [Stratégie décennale de lutte contre les cancers](#)

### **Des institutions qui se fédèrent pour créer le Grand Défi Vivez Bougez**

Le constat inquiétant sur le niveau d'activité physique des jeunes est à l'origine d'un travail de partenariat qui réunit depuis 6 ans, Epidaure, département prévention de l'institut du cancer de Montpellier, le rectorat de l'académie de Montpellier, l'agence régionale de santé Occitanie (ARS Occitanie), la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Occitanie (DRAJES Délégation Régionale Académique à la Jeunesse à l'Engagement et aux Sports) et le Grand Défi Pierre Lavoie (GDPL).

L'objectif de ces partenaires, représentés par des chercheurs, des enseignants, des chargés de missions et des médecins de santé publique, est de proposer un projet « clef en main », valide pédagogiquement et scientifiquement, qui encourage les enfants à **prendre de bonnes habitudes de vie, notamment celle de pratiquer au minimum une heure d'activité physique quotidienne**.

C'est ce travail de collaboration qui a abouti à la création du **Grand Défi Vivez Bougez (GDVB)**.

LE GDVB, UN PROJET POUR CHANGER LES COMPORTEMENTS SUR LA DURÉE

### **Une action qui dure un mois**

**Cette action se déroule sur un mois** au cours duquel l'enfant, accompagné des acteurs éducatifs qui l'entourent, va pouvoir prendre conscience de l'importance de l'activité physique pour sa santé mais aussi du rôle central qu'il peut jouer pour adopter de saines habitudes de vie.

### **Des effets sur le long terme**

L'ambition des partenaires du **Grand Défi Vivez Bougez** est importante : ils souhaitent que les enfants participant au GDVB adoptent des comportements favorables pour leur santé **sur la durée**, en faisant au moins une heure d'activité physique quotidienne tout au long de l'année.

### **Des recherches scientifiques de grande ampleur**

Pour démontrer l'impact du **Grand Défi Vivez Bougez**, une équipe de scientifiques met en œuvre des recherches de haut niveau.

**Les premiers résultats très prometteurs nous incitent à poursuivre notre action** tout en améliorant constamment le GDVB.

LE GDVB, TROIS PRIORITÉS

### **Première priorité : proposer un projet ludique, qui permet à l'enfant de devenir acteur de sa santé - Les enfants sont au cœur du Grand Défi Vivez Bougez.**

Notre objectif est de les associer à la construction d'un **Grand Défi Vivez Bougez** adapté à leur école, leur quartier afin qu'ils deviennent acteurs de leur santé.

Il faut par conséquent leur proposer **un projet ludique, motivant, fédérateur**, afin qu'ils s'investissent avec énergie sur la totalité du GDVB, qui dure un mois.

L'équipe du GDVB s'est appuyée pour cela sur un projet existant au Québec, [le Grand Défi Pierre Lavoie](#) (GDPL), qui se développe là-bas depuis 2008.

**Au Québec, ce sont presque 400 000 enfants sur 500 000 qui participent au GDPL chaque année.**

L'équipe du **Grand Défi Vivez Bougez** s'est déplacée au Québec, a reçu également les représentants du Grand Défi Pierre Lavoie en France, et **un travail de partenariat est initié depuis le début de notre projet**.

Il en résulte deux projets, le GDVB et le GDPL, qui ont de nombreux points communs, mais qui ont aussi leurs spécificités, liées à la culture et aux expertises de chaque contributeur.

### **Deuxième priorité : fédérer les acteurs éducatifs autour du Grand Défi Vivez Bougez**

**Les parents, les enseignants, les éducateurs sportifs ou associatifs et les personnels communaux sont autant d'adultes qui ont une action éducative quotidienne auprès des enfants.**

Il est fondamental qu'ils collaborent autour d'un objectif commun : aider les enfants à percevoir l'importance d'une activité physique quotidienne **et à devenir acteurs de leur santé.**

Le **Grand Défi Vivez Bougez** leur offre cette possibilité.

En se fédérant pour accompagner les enfants dans ce projet, **ils donnent de la puissance à leur action éducative et de la cohérence au GDVB.**

### **Troisième priorité : favoriser la pratique d'activités physiques en famille**

Le **Grand Défi Vivez Bougez** s'appuie sur des études récentes qui démontrent **tout l'impact fondamental des familles sur l'adoption de saines habitudes de vie par l'enfant.**

En premiers lieux, les parents apparaissent comme des modèles aux yeux de leurs enfants. Ces derniers développent donc des comportements et des habitudes de vie, similaires à ceux de leurs parents.

**En pratiquant régulièrement des activités physiques**, par exemple en prenant l'habitude de marcher plutôt que d'utiliser la voiture quand cela est possible, **les parents montrent à leurs enfants l'importance d'une activité physique quotidienne.**

Par ailleurs, il est démontré scientifiquement que les comportements développés dès le plus jeune âge, comme pratiquer quotidiennement une activité physique, sont généralement conservés à l'âge adulte.

**En partageant régulièrement des moments d'activité physique avec leurs enfants**, notamment en participant au GDVB, **les parents contribuent au maintien d'une activité physique régulière**, ce qui est indispensable pour la santé de leurs enfants.

#### **Les pilotes**

En France, le projet associe Épidaure, le département prévention de l'institut du cancer de Montpellier (ICM), l'académie de Montpellier, la délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports, l'agence régionale de santé Occitanie et le Grand Défi Pierre Lavoie.

## DOCUMENT 8

**Instruction interministérielle n° DGCS/sd3a/sd3b/ds1a/2024/20 du 29 février 2024 relative aux missions des référents en agences régionales de sante (ars) et en délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et au sport (DRAJES) pour le développement de l'activité physique et sportive des personnes âgées et en situation de handicap en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)**

La ministre du travail, de la santé et des solidarités

La ministre des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région Mesdames et Messieurs les recteurs de région académique

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)

Copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs des délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)

Référence	NOR : TSSA2404250J (numéro interne : 2024/20)
Date de signature	29/02/2024
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé et des solidarités Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) Ministère des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques Direction des sports (DS)
Objet	Missions des référents en agences régionales de santé (ARS) et en délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et au sport (DRAJES) pour le développement de l'activité physique et sportive des personnes âgées et en situation de handicap en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).
Actions à réaliser	Mettre en place les référents sport et santé au sein des agences régionales de santé et réaliser les missions qui leur sont dédiées ; Accompagner les établissements sociaux et médico- sociaux pour les enfants dans la mise en œuvre des 30 minutes d'activité physique quotidienne.
Résultats attendus	Toutes les agences régionales de santé ont un référent sport et santé en leur sein. Tous les établissements sociaux et médico-sociaux pour enfants mettent en œuvre les 30 minutes d'activité physique quotidienne.
Echéance	Au cours de l'année 2024.
Résumé	L'instruction vise à définir les missions des référents en agences régionales de santé (ARS) et en délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et au sport (DRAJES) pour le développement de l'activité physique et sportive des personnes âgées et en situation de handicap en établissements sociaux et médico- sociaux (ESMS) ainsi que les modalités de déploiement des 30 minutes d'activité physique quotidienne en ESMS pour enfants.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.

Les jeux Olympiques et Paralympiques de Paris en 2024 sont l'occasion d'encourager le déploiement de la pratique d'activité physique et sportive (APS) pour tous, en particulier des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour le champ de l'autonomie. C'est une dimension essentielle de l'héritage des jeux comme en témoigne le plan Héritage 2024.

L'APS est un levier phare de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien de l'autonomie. Elle est aussi un vecteur de lien social. Le renforcement de la politique nationale de déploiement de l'APS doit s'appuyer sur une déclinaison opérationnelle sur les territoires, pilotée par les agences régionales de santé (ARS) et les délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES). Il s'agit ainsi de favoriser l'interconnaissance et les projets communs entre les acteurs du mouvement sportif et du secteur médico-social.

La présente instruction interministérielle vise à présenter les missions des référents au sein des ARS et DRAJES mais aussi les modalités de déploiement des 30 minutes d'activité physique quotidienne en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) accompagnant des enfants en situation de handicap.

Elle est complétée par une note d'information interministérielle à destination des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) pour les accompagner dans le déploiement de l'APS des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

### **1) Une déclinaison territoriale de la politique de renforcement de l'APS par le biais des réseaux des référents en DRAJES et en ARS**

La collaboration entre le Ministère des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques et le Ministère du travail, de la santé et des solidarités doit se décliner de manière opérationnelle au sein des territoires au travers du renforcement des relations entre les DRAJES et les ARS afin de favoriser la transversalité et l'interconnaissance du secteur médico-social et du mouvement sportif. Des référents en charge du handicap et du sport-santé sont d'ores et déjà identifiés au sein de chaque DRAJES. Pour soutenir le développement des APS dans le champ de l'autonomie (personnes âgées et personnes en situation de handicap), il est nécessaire qu'un référent APS pour les personnes âgées et les personnes handicapées au sein des ARS collabore avec le ou les référent(s) en DRAJES. Ces référents ont vocation à faire le lien avec les référents pour l'APS désignés au sein de chaque établissement social et médico-social (ESMS) pour personnes âgées ou personnes handicapées, en application de la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (article L. 311-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF)) et du décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médico-social qui en précise les modalités de désignation, de formation et les missions. Ces référents peuvent être identiques aux référents sport-santé des ARS.

L'objectif de cette instruction interministérielle est de formaliser les missions communes de ces référents en ARS et DRAJES, dans le cadre de la promotion et du développement des APS à destination des personnes âgées ou en situation de handicap.

Les référents régionaux ont pour missions de :

- Suivre le déploiement du réseau des référents APS en ESMS et les accompagner dans la réalisation de leurs missions. Cet accompagnement comprend l'organisation de temps de rencontre réguliers entre référents pour favoriser le partage de pratiques, la diffusion d'informations au réseau des référents et la mise en réseau de ces référents avec les acteurs du mouvement sportif ;
- Contribuer, le cas échéant, aux appels à projets lancés à l'initiative de l'un ou l'autre des services. Il est recommandé, lorsque cela se justifie, de mettre en place des appels à projets communs en particulier dans le déploiement des 30 minutes d'activité physique quotidienne ;
- Participer, chacun pour ce qui le concerne, à l'élaboration le cas échéant des plans locaux sportifs prévus par l'article L. 113-4 du code du sport ;
- Recenser les initiatives qui émergent sur leur territoire et diffuser cette information auprès des acteurs locaux de leur champ respectif ainsi qu'à la Direction des sports et à la Direction générale de la cohésion sociale ;
- Recenser et compiler les données<sup>1</sup> sur la pratique d'APS au sein des ESMS afin de les transmettre à la Direction des sports et à la DGCS pour les appuyer dans la définition et la conduite des politiques nationales sur le sujet.

Les modalités de travail en commun de ces référents peuvent rester souples, elles reposent essentiellement sur des échanges réguliers et fluides afin de favoriser la circulation de l'information.



Afin de garantir l'effectivité de leurs missions, ces référents doivent disposer d'une connaissance fine de l'écosystème local, chacun sur son champ d'action. Ils doivent pouvoir être identifiés réciproquement par les structures présentes sur le territoire. Les ARS et les DRAJES s'assurent donc que cette information soit diffusée et accessible facilement (par exemple sur le site internet de l'ARS et/ou de la DRAJES).

## **2) Le déploiement des 30 minutes d'« activité physique quotidienne »**

Conformément à la volonté du Président de la République, le dispositif des 30 minutes d'activités physiques quotidiennes (APQ) doit être étendu aux établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap. Cette mesure, initialement mise en œuvre au sein des établissements scolaires, doit permettre à chaque élève de bénéficier d'au moins 30 minutes d'activité physique quotidienne, afin de lutter contre la sédentarité.

Ces 30 minutes d'APQ viennent compléter la palette des pratiques sportives, sans s'y substituer, car il existe une complémentarité entre ces deux aspects de l'exercice physique. Les formes que peuvent prendre les 30 minutes d'APQ sont variées et doivent être adaptées au contexte de chaque établissement. L'activité physique quotidienne doit s'appuyer sur l'environnement existant. Une tenue sportive n'est pas nécessaire, les locaux et les abords de l'établissement seront utilisés en priorité.

En outre, la mise en place des 30 minutes d'APQ ne nécessite pas l'intervention d'un professionnel diplômé pour encadrer de l'APS ; tout professionnel travaillant au sein de l'établissement est capable de mener ce temps.

**La souplesse doit prévaloir sur les modalités de mise en œuvre des 30 minutes d'APQ, pour prendre en compte les spécificités liées à la diversité des handicaps et les contraintes organisationnelles propres au fonctionnement des établissements.**

Cette mesure peut être déployée en partenariat avec les collectivités locales, dans le cadre d'un rapprochement avec le mouvement sportif scolaire et les clubs sportifs affiliés à des fédérations agréées signataires d'une convention. Les partenaires travaillent à la co-construction de contenus pédagogiques adaptés. Ils accompagnent également les équipes pédagogiques dans la mise en place de ces contenus avec du matériel et/ou une offre de formation (dans le temps scolaire ou hors temps scolaire) et mobilisent leurs réseaux de clubs.

Une fiche pratique dédiée à la mise en œuvre des 30 minutes d'APQ en ESMS sera disponible sur le site de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Enfin, un fonds de soutien sera animé par les ARS dans le cadre de la campagne du fonds d'intervention régional (FIR) 2024, pour soutenir les projets de développement des activités physiques et sportives et ainsi accompagner le déploiement des 30 minutes d'activités physiques quotidiennes en ESMS.



**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N°DGCS/SD3A/SD3B/DS1A/2024/21** du 29 février 2024 relative au déploiement de l'activité physique et sportive dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) du champ de l'autonomie

La ministre du travail, de la santé et des solidarités  
La ministre des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région  
Mesdames et Messieurs les recteurs de région académique  
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)

Copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs des délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)

### Introduction

Les jeux Olympiques et Paralympiques 2024 à Paris sont l'occasion d'encourager le déploiement de la pratique d'activité physique et sportive (APS) pour tous, en particulier des personnes âgées (PA) et des personnes en situation de handicap (PSH) pour le champ de l'autonomie. C'est une dimension essentielle de l'héritage des jeux comme en témoigne le plan Héritage 2024.

**Le renforcement de l'APS, levier phare du maintien de l'autonomie et de la prévention de la perte d'autonomie, constitue un axe majeur des politiques en faveur des PA et PSH. C'est également un facteur clé d'inclusion et de préservation des liens sociaux.**

Elle contribue à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (comme le diabète, les cancers, les pathologies cardiovasculaires, etc.), des risques de chute, des troubles cognitifs et des syndromes de dépression ou d'anxiété. Elle améliore l'équilibre, la musculation, le sommeil, les fonctions cognitives et physiques, la confiance en soi et en ses capacités. Elle peut être enfin vecteur de convivialité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande pour les personnes âgées et les adultes en situation de handicap de réaliser au moins entre deux heures et demie et cinq heures d'activité physique modérée et entre une heure et demie et deux heures et demie d'activité physique soutenue par semaine si les capacités de la personne le lui permettent. L'OMS conseille en outre des activités complémentaires centrées sur le renforcement musculaire et sur l'équilibre. Elle recommande par ailleurs aux enfants en situation de handicap de réaliser au moins une heure d'activité physique modérée par jour si possible. Il convient de souligner de manière générale qu'une activité physique modérée vaut mieux qu'une absence d'activité.

Dès lors, le déploiement de l'accès aux offres d'APS constitue un axe majeur des politiques menées en faveur des PA et des PSH, à travers notamment :

- La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 ;
- La stratégie nationale sport et handicap 2020-2024 ;
- Le plan national antichute des personnes âgées 2022-2024 ;
- La stratégie bien vieillir.

Il s'agit, par divers canaux et mesures, de contribuer au déploiement d'une pratique adaptée aux attentes et aux besoins de tous, de favoriser l'information et l'accessibilité aux offres existantes, de former et sensibiliser le grand public et les professionnels concernés aux bienfaits de l'APS. Ces différents chantiers visent également un objectif de territorialisation de l'offre et de coordination des acteurs concernés au plus proche des bénéficiaires.

**La Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France répond, elle aussi, à ces différents objectifs en introduisant notamment :**

- L'élargissement de la prescription d'activité physique et sportive aux personnes atteintes de maladie chronique, en affection de longue durée, à risque ou en perte d'autonomie par tout médecin intervenant dans la prise en charge ;
- La désignation d'un référent pour l'APS dans les établissements sociaux et médico- sociaux (ESSMS) dont la présente note vise en partie à accompagner la mise en place ;
- Le développement de l'APS et le droit à l'information des bénéficiaires comme une des missions d'intérêt général de l'action sociale et médico-sociale ;
- La possibilité pour les communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) d'établir un plan sportif local pour le développement de l'APS sur leur territoire. Ces plans doivent intégrer une réflexion sur le sport adapté, le handisport et la pratique sportive féminine mais aussi favoriser les initiatives locales et la coopération entre acteurs issus notamment des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et sportifs ;
- Une définition des maisons sport-santé et de leurs missions d'accueil, d'information, de mise en réseau et de formation.

**S'inscrivant dans ce contexte global, la présente note vise à accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la promotion de l'APS auprès des PA et des PSH en facilitant l'interconnaissance des acteurs et des ressources disponibles.**

Si une très grande majorité d'ESSMS déclare mettre en œuvre des activités et pratiques sportives, les situations sont toutefois inégales selon les établissements, les territoires et les publics concernés. La pratique des adultes est souvent inférieure à celle des enfants. Ainsi, si les trois quarts des enfants handicapés accompagnés par un établissement pratiquent des APS, cette proportion chute à 53 % pour les adultes.

En 2021, 214 029 personnes âgées vivant à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont bénéficié d'activités physiques adaptées collectives financées par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et 64 562 personnes âgées vivant en résidence autonomie ont pu également bénéficier d'APS. La répartition des actions sur le territoire demeure néanmoins hétérogène. Les services à domicile peuvent également mettre en place des ateliers d'APS. En outre, leur mission de repérage en matière de prévention de la perte d'autonomie peut les conduire à orienter la personne vers des APS adaptées lorsqu'ils détectent une fragilité. 2/3 des personnes âgées atteignent les recommandations de l'OMS bien que la pratique régulière diminue avec l'âge, notamment pour les femmes âgées.

La présente note s'inscrit dans cette volonté générale de renforcement de l'APS en se donnant pour objectifs d'accompagner l'ensemble des établissements et services sociaux et médico- sociaux (ESSMS) dans le déploiement de l'offre, dans l'amélioration de son accessibilité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap en favorisant la connaissance des leviers et ressources disponibles et l'interconnaissance des acteurs du mouvement sportif et du secteur médico-social. Elle a été conçue comme un guide recensant les éléments utiles aux acteurs du secteur médico-social dans la mise en œuvre de projets d'APS à destination des personnes âgées ou en situation de handicap (parties 1 et 2). Elle précise les modalités de désignation, de formation et les missions du référent APS en établissement social et médico-social (partie 3). Cette dernière partie ne concerne pas les services sociaux et médico-sociaux. Des productions, des espaces d'échanges et de partage permettant l'accompagnement de la mise en action des référents pour l'APS seront mis à disposition des ESSMS via une communauté de pratiques.

**Vous voudrez bien veiller à la diffusion de cette dernière auprès des ESSMS concernés.**

## **1. Le déploiement de la pratique d'APS des personnes âgées et en situation de handicap accompagnées par des ESSMS : objectifs, bénéficiaires et acteurs**

### **1.1. Définitions**

Les termes d'APS regroupent toutes les pratiques, qu'elles soient sportives, compétitives, de loisirs, extrêmes, libres, au cours desquelles le corps est utilisé, mis en jeu et ceci quelle que soit la valeur (physiologique, psychologique, sociologique) que le pratiquant lui prête. Cette formule très large englobe trois notions détaillées ci-après :

- L'activité physique ;
- L'activité sportive ;
- L'activité physique adaptée (APA).

Ces notions ne poursuivent pas toujours des objectifs similaires et sont mises en œuvre selon des modalités différentes ; elles ne doivent donc pas être confondues. L'activité physique est définie par l'OMS comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie » supérieure à celle dépensée au repos. Elle se distingue de l'activité sportive en ce qu'elle ne nécessite pas d'infrastructures lourdes ou d'équipements spécifiques et ne répond pas à des règles de jeu. Il peut s'agir tout simplement de tâches de la vie quotidienne telles que le jardinage, se déplacer à vélo ou à pied, mais également d'activités comme le footing ou une séance de renforcement musculaire.

L'activité sportive correspond à une activité physique régie par des règles, pouvant être soit individuelle, soit collective.

L'activité physique adaptée renvoie à une notion encadrée par le Code de la santé publique (CSP). L'article D. 1172-1 du CSP la définit comme « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ». Les activités physiques adaptées peuvent notamment être dispensées dans des conditions prévues par décret (Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée) et sont destinées à prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies, à augmenter l'autonomie et la qualité de vie des patients, voire à les réinsérer dans des activités sociales.

### **1.2. Les bénéficiaires**

Sauf contre-indication médicale, l'ensemble des personnes accompagnées par un ESSMS a vocation à bénéficier de l'offre d'APS développée au sein de l'établissement ou à proximité de celui-ci ou par le service. Compte tenu de la vulnérabilité des publics accompagnés par les ESSMS du champ de l'autonomie, une vigilance particulière est requise.

Dans la mesure du possible, l'activité proposée doit être adaptée à chaque personne et à ses capacités physiques et cognitives. Une première évaluation des capacités physiques de chaque personne peut être réalisée en fonction de l'âge, du niveau d'autonomie, de la pratique régulière ou non d'une activité physique ou sportive, de l'existence ou non d'un handicap et du type de handicap. Cette évaluation ne se substitue pas à une évaluation médicale réalisée par un professionnel de santé qui sera nécessaire lorsque l'activité proposée est répétée et/ou d'intensité modérée à élevée.

Lorsque la personne n'est pas en mesure de pratiquer des activités physiques ou sportives ordinaires en autonomie et en sécurité, elle peut, sur prescription, bénéficier d'activité physique adaptée. Aux termes de l'article L. 1172-1 du CSP modifié par la Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France, cette prescription intervient dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie. L'activité est alors adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical de la personne.

L'accord de la personne accompagnée ou, le cas échéant, de son représentant légal, constitue un préalable indispensable à la pratique d'une activité physique ou sportive, en particulier lorsqu'il s'agit d'une activité répétée et/ou d'intensité modérée à élevée. En effet, si les bienfaits de l'activité physique et sportive sont nombreux, il est contre-productif de contraindre une personne. La pratique d'une activité physique ou sportive doit être vécue comme une opportunité pour chacun de développer ses capacités, son autonomie, et son bien-être.

Afin de recueillir l'accord éclairé de la personne accompagnée ou de son représentant légal, l'établissement ou le service présente les modalités des activités proposées (nature de l'activité, durée, intensité, périodicité, nombre de participants, matériel nécessaire, encadrement, etc.). Cette information doit être délivrée de manière claire et adaptée à la compréhension de tous.

### **1.3. Les acteurs du mouvement sportif et du médico-social**

#### **1.3.1. Favoriser l'interconnaissance des acteurs locaux du mouvement sportif et du secteur médico-social pour déployer l'APS**

Le renforcement de l'APS et de son accessibilité s'appuie sur la coordination des acteurs locaux concernés, en particulier des services publics, des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et du secteur du sport. Sans prétendre à l'exhaustivité, le tableau ci-dessous vise à offrir une vision générale des principaux acteurs concourant au déploiement de l'activité physique et sportive des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, auprès desquels les ESSMS peuvent s'orienter.

Acteurs	Présentation succincte
Les professionnels de santé	<p><b>Les professionnels de santé participent au développement de la pratique par le biais de l'activité physique sur prescription</b>, notamment les <b>médecins intervenant dans la prise en charge</b><sup>14</sup> qui produisent les ordonnances, mais également les <b>masseurs-kinésithérapeutes</b>, les <b>ergothérapeutes</b> et les <b>psychomotriciens</b> qui représentent une partie des effecteurs de cette activité.</p> <p>Les professionnels de santé de ville peuvent exercer de manière coordonnée sur les territoires au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des communautés professionnelles territoriales de santé par exemple.</p>
Les intervenants qualifiés en activité physique adaptée	Plusieurs professionnels du sport disposent de connaissances et compétences nécessaires pour encadrer de l'activité physique et/ou de l'activité physique adaptée. Ils sont détaillés dans la partie ci-après (cf. 1.3.2.) et en annexe (cf. annexe 1).
Les maisons sport-santé	Elles contribuent à faciliter et promouvoir l'activité physique et sportive et l'activité physique adaptée en exerçant des missions d'accueil, d'information et d'orientation du public d'une part, de mise en réseau et de formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée d'autre part. Un cahier des charges, défini par arrêté <sup>15</sup> , précise les conditions d'exercice des maisons sport-santé et leurs missions. Elles feront l'objet d'une procédure d'habilitation conjointe par les ARS et DRAJES à compter de 2024 ( <a href="#">cartographie en ligne</a> ).
Les collectivités territoriales en particulier les centres communaux et intercommunaux de l'action sociale (CCIAS/CCAS)	<p>En charge de l'action sociale dans la commune ou l'intercommunalité, les CCAS/CCIAS déploient notamment des animations favorisant les liens sociaux et la prévention de la perte ou le maintien de l'autonomie, dont des activités physiques adaptées (exemple : séance de gym douce sur chaise, yoga, olympiade sportive, etc.) sur le territoire.</p> <p><b>À noter : les plans sportifs locaux</b></p> <p>En application de l'article L. 113-4 du Code du sport, <b>les communes et les établissements publics de coordination intercommunale peuvent établir un plan sportif local</b> pour formaliser et ordonner les orientations et actions visant à la promotion et au développement de la pratique d'APS sur leur territoire. Il s'agit d'organiser un parcours sportif diversifié pour l'ensemble des publics, notamment pour la pratique sportive féminine, le sport adapté et le handisport. Le plan doit favoriser les initiatives locales d'intégration par le sport et permettre coopération et mutualisation des ressources humaines et matérielles de la vie sportive locale. Sont associés à l'élaboration de ce plan notamment les représentants du mouvement sportif, des associations œuvrant au développement de l'APS, des établissements et services médico-sociaux, des établissements de santé et de l'État. Le plan peut donner lieu à la conclusion de contrats pluriannuels sur les actions et ressources mises en œuvre.</p>
Les centres sociaux <sup>16</sup>	Ces structures de proximité favorisent les liens sociaux et accompagnent les habitants dans leurs projets socio-culturels, notamment d'activité physique et sportive.
Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	Les CLIC sont des points d'information de proximité auprès desquels les personnes âgées, leurs proches aidants et les professionnels qui les accompagnent peuvent se renseigner sur les aides et dispositifs existants pour favoriser le « bien vieillir » sur le territoire.
Les clubs seniors	Gérés par des mairies ou des associations, les clubs seniors proposent également des activités collectives comme des activités physiques.
Les jeunes volontaires du Service civique solidarités seniors ( <a href="#">SC2S</a> )	Les jeunes de 16-25 ans (jusqu'à 30 pour ceux en situation de handicap) du SC2S réalisent des services civiques indemnisés de 6 à 12 mois auprès des personnes âgées à domicile ou en établissement pour lutter contre l'isolement social (l'accompagnement lors des déplacements, l'orientation vers une activité physique adaptée, etc. peuvent faire partie de leurs missions).
Les caisses de retraite et de complémentaire (CARSA, MSA, AGIRC-ARRCO, CNRACL)	Elles déploient notamment des ateliers collectifs d'activité physique adaptée à destination des retraités sur l'ensemble du territoire ( <a href="#">cartographie en ligne pour trouver son atelier</a> )
Les clubs et fédérations sportives	<a href="#">Un annuaire des fédérations sportives</a> , disponible en ligne, permet de trouver un club près de chez soi où pratiquer une activité sportive.
Les associations proposant de l'activité physique adaptée	Plusieurs associations développent une offre d'activité physique adaptée à destination des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap. À titre d'exemple, la Fédération française du sport adapté, soutenue par le Ministère des sports et de Jeux Olympiques et Paralympiques, dispose d' <a href="#">un annuaire en ligne</a> de ses comités départementaux, auprès de qui se renseigner, et des clubs qui lui sont affiliés.

### 1.3.2. Connaître plus spécifiquement les intervenants en APS

Selon l'article L. 212-1 du Code du sport : « seuls peuvent, contre rémunération, enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive ou entraîner ses pratiquants, à titre d'occupation principale ou secondaire, de façon habituelle, saisonnière ou occasionnelle, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa du présent article et de l'article L. 212-2 du présent code, les titulaires d'un diplôme, titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification professionnelle inscrite au répertoire de France compétences et enregistré au Répertoire national des certifications professionnelles de France compétences ».

Les diplômes généraux d'encadrement sportif permettent l'encadrement de tout type de public, dont les personnes en situation de handicap.

Les principaux diplômes Jeunesse et Sport pour être animateurs ou éducateurs sont :

- Le « brevet professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et du Sport » (**BPJEPS**) qui atteste de la possession de compétences professionnelles indispensables à l'exercice du métier d'animateur et d'éducateur sportif selon la mention obtenue (disciplinaire, pluridisciplinaire ou liée à un champ particulier).

Il existe une certification additionnelle pour acquérir des compétences spécifiques à l'encadrement des PSH : le **Certificat Complémentaire « Accompagnement et Inclusion des personnes en situation de handicap »** (CC AIPSH).

- Le « diplôme d'État de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et du Sport » (**DEJEPS**) qui atteste de la possession des compétences à l'exercice du métier de coordonnateur ou d'entraîneur dans le champ de la mention obtenue.

Le **DEJEPS Handisport** s'intéresse spécifiquement à l'encadrement des PSH moteur ou sensoriel tandis que le **DEJEPS Activités Physiques Adaptées** vise l'encadrement des PSH mental ou psychique.

Il existe également des diplômes universitaires :

- Le « Diplôme d'Études Générales Universitaires Sciences et techniques des activités physiques et sportives » (**DEUG STAPS**) qui permet l'encadrement d'activités de loisirs pour tout public.
  - o Le **DEUST STAPS** « Diplôme d'Études Universitaires Scientifiques et Techniques » dont plusieurs mentions permettent l'encadrement d'activité physique adaptée.
- La **Licence STAPS** qui confère des prérogatives d'encadrement d'APS au sein des ESMS.

La Licence STAPS mention **Activité Physique Adaptée et Santé** est spécialisée dans l'encadrement d'une activité physique adaptée.

- La **Licence Professionnelle Santé, vieillissement et activités physiques adaptées**, à destination de l'encadrement d'activités physiques adaptées pour un public senior.

D'autres diplômes de la branche professionnelle (certificat de qualification professionnelle - **CQP**) et des fédérations sportives (titre à finalité professionnelle - **TFP**) permettent également d'animer une APS, mais se retrouveront rarement en ESMS.

#### L'encadrement par les personnels médico-sociaux

Si un moniteur-éducateur ou éducateur spécialisé, ne peut pas encadrer contre rémunération une APS, il peut cependant proposer dans le cadre de son activité professionnelle et de son projet éducatif, une activité physique dès lors que celle-ci :

- Ne présente pas de risque spécifique ;
- Possède une finalité ludique, récréative ou liée à la nécessité de se déplacer ;
- Est proposée sans objectif d'acquisition d'un niveau technique ni de performance ;
- N'est pas intensive.

Il faut noter que selon les situations de handicap et l'autonomie en termes de mouvement, les taux d'encadrement peuvent être différents.

## 2. Les ressources disponibles et modalités de mise en œuvre possibles

### 2.1. Les ressources et outils au niveau national

Il existe aujourd'hui de nombreuses ressources au niveau national à disposition des professionnels du médico-social pour les accompagner dans le développement de l'offre d'activités physiques et sportives en ESMS. Ces ressources sont, toutefois, souvent éparses et parfois mal identifiées par les acteurs du secteur. Sans prétendre à l'exhaustivité, les principales ressources sont mentionnées ci-dessous.

#### ❖ *Le HandiGuide des sports*

Créé en 2006 à l'initiative du Ministère des sports, le HandiGuide des sports est un annuaire interactif des structures qui déclarent accueillir ou être en capacité d'accueillir des pratiquants sportifs en situation de handicap. Il permet de porter à la connaissance des personnes handicapées l'offre de pratique sportive qui leur est dédiée en fonction des possibilités d'accueil dans l'environnement sportif à proximité de leur lieu de résidence. Le site a été rénové en 2019 et propose désormais des fonctionnalités telles que la géolocalisation ou des trajets d'accès aux structures sportives. Cet annuaire est accessible en ligne à l'adresse : <https://www.handiguide.sports.gouv.fr/recherche-structure>.

#### ❖ *La page sport sur monparcourshandicapgouv.fr*

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Caisse des dépôts et consignations, en lien avec le Ministère des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques, travaillent actuellement à l'élaboration d'une page dédiée au sport sur le site <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/>. Cette page aura vocation à recenser l'ensemble des informations utiles pour la pratique d'activités physiques et sportives à destination des personnes en situation de handicap.

#### ❖ *Le site internet pour-les-personnes-agees.gouv.fr*

Ce site internet de la CNSA, centralise une information générale sur les aides et dispositifs proposés aux personnes âgées et à leurs proches. Une page est spécifiquement dédiée à la prescription de l'activité physique adaptée<sup>17</sup>.

#### ❖ *Le site pourbienvieillir.fr*

Le site pourbienvieillir.fr des caisses de retraite et de complémentaire et de Santé publique France offre une information permettant de sensibiliser et accompagner les personnes âgées à bien vivre leur retraite (santé, vie sociale, droits, adaptation du logement, etc.). Il dispose également d'une cartographie en ligne des ateliers développés sur les territoires par les caisses de retraite et de complémentaire dont les ateliers d'activité physique adaptée souvent couplée à la prévention des chutes ([www.pourbienvieillir.fr/trouver-un-atelier](http://www.pourbienvieillir.fr/trouver-un-atelier)). Des conseils pratiques, guides et bonnes pratiques sont également disponibles sur le site. Enfin, un espace dédié est réservé aux professionnels concourant à la prévention de la perte d'autonomie.

#### ❖ *Les sites internet des associations et des fédérations*

Certaines associations et fédérations sportives spécialisées dans la pratique d'activités physiques adaptées pour des publics à besoins spécifiques proposent, sur leur site, des ressources à destination des professionnels du sport ou des acteurs du secteur médico-social. La liste suivante présente les principales têtes de réseau, elle n'a pas vocation à être exhaustive :

- La **Fédération française handisport** dispose notamment d'un centre ressources<sup>18</sup> accessible via la création d'un compte. Ce centre met à disposition des fiches et vidéos pédagogiques pour mettre en place des activités d'initiation ou de découverte, sous forme ludique, dans de nombreuses activités sportives pour des personnes en situation de handicap moteur et/ou sensoriel. Les fiches ont été conçues pour des encadrants sans prérequis d'expérience



handisport et avec l'idée de réaliser des actions à moindre coût, notamment en centres spécialisés et en milieu scolaire.

- La **Fédération française du sport adapté** propose un panel d'outils (guide méthodologique, fiches de suivi, plateforme web, etc.) dans le cadre de son programme « Bouger avec le sport adapté »<sup>19</sup>.
- La **Fédération française de retraite sportive (FFRS)**, la **Fédération française de sport pour tous (FFSPT)** et la **Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV)** proposent des programmes à destination des publics seniors<sup>20</sup>.

Ces fédérations bénéficient, en outre, d'un maillage sur le territoire grâce des antennes locales. Elles peuvent être des partenaires pour les ESMS pour la mise en place d'activités physiques et sportives.

## 2.2. Un exemple de dispositif

### *Le programme ESMS&Clubs*

Initié par le Comité paralympique et sportif français (CPSF) en 2020, il vise à mettre en lien des clubs sportifs et des établissements médico-sociaux qui n'ont pas de contacts réguliers afin d'impulser des actions de découverte des pratiques parasportives et d'accompagner leur pérennisation. L'accompagnement proposé par le CPSF peut prendre plusieurs formes :

- Aide à l'identification des établissements cibles via la mobilisation de ses réseaux ;
- Conseil et suivi à l'opérationnalisation du projet ;
- Accompagnement financier.

Il est possible de contacter le CPSF pour devenir éligible à ce programme ; il est ouvert au plus grand nombre de structures.

## 2.3. Les modalités de mise en œuvre et exemples

Pour développer et faciliter l'accès aux activités physiques ou sportives des personnes qu'ils accompagnent, les ESSMS peuvent :

- Développer l'offre d'activités au sein de l'établissement ;
- Faciliter l'accès à l'offre d'activités proposées à proximité de l'établissement ;
- Pour les services, proposer directement des activités aux personnes accompagnées ou les orienter vers les acteurs et dispositifs locaux.

Ces modalités peuvent se compléter en fonction des ressources de l'ESSMS et du maillage territorial et si elles sont mises en œuvre concomitamment, les personnes accompagnées bénéficient d'une offre plus diversifiée à même de répondre à leurs attentes.

S'agissant de l'offre proposée au sein d'un établissement (ESMS), le recours à un professionnel du sport salarié de l'établissement à temps plein ou à temps partiel constitue une solution intéressante qui peut permettre d'impulser une dynamique au sein de l'ESMS et de pérenniser les projets d'APS qui y sont développés. Ce professionnel peut avoir un effet d'entraînement important auprès du reste de l'équipe éducative. Il facilite notamment l'implication des autres professionnels éducatifs dans la mise en œuvre de l'APS en leur fournissant, par exemple, des conseils sur la mise en place d'activités. Les ESMS peuvent également faire le choix de recourir à des intervenants professionnels externes tels que des éducateurs ou des enseignants en activité physique adaptée (APA) indépendants, des professionnels salariés par les ligues, des clubs sportifs ou des associations spécialisées dans les APA (cf. partie ressources). Enfin, plusieurs ESMS peuvent choisir de mutualiser leurs ressources, qu'elles soient humaines ou matérielles, dans le cadre de conventions de partenariat afin de réduire leurs coûts. Cette mutualisation ne concerne pas les référents APS en ESMS.

Les partenariats noués peuvent également avoir pour objectif de faciliter la pratique d'APS en milieu ordinaire. Si l'offre d'APS adaptées à la pratique des personnes à besoins spécifiques en milieu ordinaire reste peu présente sur certains territoires, elle tend néanmoins à se développer. Les

établissements et services peuvent mobiliser et déployer leurs expertises spécifiques pour aider les acteurs du droit commun dans l'accompagnement inclusif de personnes en situation de handicap. L'Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) propose, à ce sujet, des ressources<sup>21</sup>.

En outre, le dispositif des clubs inclusifs porté par le Comité paralympique et sportif français (CPSF) en collaboration avec le Comité d'organisation des jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 et les fédérations françaises Handisport (FFH) et du Sport Adapté (FFSA), doit permettre d'impulser cette dynamique à l'échelle du territoire. Ce programme vise à sensibiliser et accompagner les clubs sportifs pour leur permettre d'accueillir dans des conditions optimales les personnes en situation de handicap<sup>22</sup>.

Sur le champ du handicap, les réseaux de la FFH pour les handicaps physiques et sensoriels et de la FFSA pour les handicaps mentaux et psychiques constituent également des partenaires privilégiés. Le handiguide des sports, plateforme numérique développée par le ministère des Sports et des jeux Olympiques et Paralympiques afin de recenser l'offre d'APS à destination des PSH, répertorie aujourd'hui plus de 3 000 structures et 4 000 lieux de pratique sur l'ensemble du territoire (cf. 2.1.).

Dans le cadre des interventions de soins à domicile, les services autonomie à domicile<sup>23</sup> (SAD) peuvent également avoir recours notamment à des ergothérapeutes, des masseurs-kinésithérapeutes, des intervenants en activité physique adaptée mentionnés à l'article D. 1172-2 du CSP<sup>24</sup>. En effet, dans le cadre de leurs nouvelles missions, incluant la prévention de la perte d'autonomie, les SAD établissent des partenariats formalisés en fonction du projet de service et des ressources du territoire<sup>25</sup> mais aussi pour proposer une réponse adaptée aux fragilités ou évolutions repérées chez une personne accompagnée. Ils peuvent dans ce cadre orienter la personne ou formaliser des partenariats avec également les opérateurs d'ateliers dont l'APS, comme les caisses de retraite et de complémentaire, les maisons sport-santé ou encore les associations dédiées. Les SAD peuvent également bénéficier des financements alloués par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) pour mener « des actions individuelles ou collectives destinées aux personnes de 60 ans et plus, visant à les informer, à les sensibiliser ou à modifier des comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie. Elles peuvent également viser à identifier les personnes destinataires de ces actions »<sup>26</sup>.

Les établissements et services qui ne disposent pas d'équipement sportif peuvent nouer des partenariats avec des structures publiques ou privées (municipalité, intercommunalité, autre ESSMS, structures sportives à vocation commerciale, associations, etc.) pour la mise à disposition d'infrastructures sportives et de matériels. À l'inverse les ESSMS disposant d'installations sportives ont la possibilité de mettre à disposition celles-ci à des associations ou des écoles. Outre l'intérêt financier qu'elle peut représenter, une telle mise à disposition participe également de l'ouverture des ESSMS sur l'extérieur et d'une logique « d'inclusion inversée ». Les ESSMS intéressés peuvent se rapprocher des municipalités, des référents en DRAJES et des maisons sport-santé afin d'identifier des lieux de pratique.

## 2.4. Les financements possibles

Le financement des actions d'activité physique et sportive peut se faire par différents canaux.

**Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie<sup>27</sup>** sont des acteurs essentiels du financement d'APA pour les personnes âgées, notamment à travers les axes de financement n° 2 (actions de prévention en résidence autonomie) et n° 5 (autres actions collectives de prévention) à domicile ou en EHPAD. L'APA est une des thématiques prioritaires identifiée au niveau national pour les programmes des conférences. Les actions collectives d'APA ont été financées à hauteur de 11,5 M€ au titre de l'axe 5 et à hauteur de 2 830 212 € au titre de l'axe 2 en 2021.

Pour la majorité des CFPPA, la procédure de sélection des projets est la suivante : les porteurs de projets peuvent déposer leurs candidatures auprès de leur CFPPA d'appartenance en répondant aux critères du cahier des charges publié par le biais d'un appel à projets. En pratique, il convient pour le porteur de projet de se rapprocher de sa conférence d'appartenance pour disposer d'informations complémentaires sur les modalités de sélection et le calendrier d'instruction des projets.

**Des crédits par ailleurs délégués aux agences régionales de santé (ARS) dans le cadre des campagnes budgétaires annuelles des ESSMS** accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, peuvent être utilisés à cet effet. Les orientations de ces campagnes sont définies par instruction.

Certaines ARS financent, via le Fonds d'intervention régional (FIR), des projets soutenant la pratique des APS par les personnes en situation de handicap, à domicile ou en établissement, au titre de la prévention, en particulier en lien avec les plans régionaux Sport Santé Bien-être. Certaines ARS ont également choisi d'abonder le financement de la démarche « ESMS&Clubs » aux côtés du CPSF. Certaines ARS s'intéressent aussi à la dimension handicap des maisons sport-santé, voire à soutenir des maisons sport-santé mettant en œuvre des projets à destination des personnes handicapées.

**Un fonds de soutien sera animé par les ARS dans le cadre de la campagne FIR**, pour soutenir les projets de développement des activités physiques et sportives et ainsi accompagner le déploiement des 30 minutes d'activités physiques quotidiennes. Ils peuvent permettre aux ESSMS de faire des demandes de subventions pour leurs projets d'APS, notamment sur :

- La formation continue des professionnels déjà en poste ;
- La participation au recrutement de professionnels du sport et de l'APA ;
- Le matériel nécessaire au développement des APS ;
- Tout autre besoin au développement de la pratique.

**Les collectivités locales peuvent soutenir la pratique des APS en ESSMS**, de façon directe ou indirecte :

- Les communes et EPCI, en particulier pour des projets d'équipements relevant des ESSMS mais susceptibles de s'ouvrir à un public plus large, comme celui des écoles (« inclusion inversée ») ; la mise en accessibilité des équipements sportifs municipaux, si elle a vocation à bénéficier à tous les publics, a aussi pour bénéfice de faciliter l'accès des ESSMS à ces deniers ;
- Les régions indirectement via le soutien au parasport.

**Les ESSMS peuvent également recourir au mécénat** (entreprises locales, Rotary club), initiatives des parents et des équipes (fête annuelle, tombolas...) et à leurs fonds propres, pour financer des matériels et équipements ainsi que la participation à des compétitions et autres événements.

❖ ***L'exemple du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARS Occitanie et la ligue du sport adapté pour aider des établissements (ESMS) à mettre en place un projet d'APS structuré***

*L'ARS Occitanie conventionne avec la ligue régionale de la FFSA sur trois axes :*

- *marches de santé adaptées pour les personnes en situation de handicap mental ou psychique vivant à domicile ou en établissement ;*
- *activités motrices pour les personnes handicapées vieillissantes ;*
- *accompagnement de la mise en place de projets d'activités physiques, sportives et artistiques (APSA) intégrés aux projets d'établissements.*

*Le CPOM 2017-2021 prolongé en 2022 concerne une vingtaine d'établissements par an. Ces derniers bénéficient d'un accompagnement structuré et structurant : diagnostic, sensibilisation de l'ensemble des équipes, des familles et des personnes accueillies, animation d'une séance découverte, appui à l'élaboration d'un projet d'APS, bilan quelques mois après. Le soutien annuel de l'ARS sur cet axe du CPOM s'élève à un peu plus de 60 000 €.*

## ❖ **L'exemple de l'appel à candidatures préfigurant le référent sport porté par l'ARS des Pays de la Loire**

*L'ARS des Pays de la Loire a lancé un appel à candidatures en 2019 pour financer pendant 18 mois un intervenant (STAPS, éducateur sportif), recruté en interne ou comme prestataire, chargé de mettre en place à l'échelle d'un ou plusieurs ESMS handicap une démarche globale de développement des APS (sensibilisation en interne des équipes et des personnes accueillies, diversification des activités pratiquées, développement des partenariats avec des clubs, travail avec les gestionnaires sur le montage financier permettant la pérennisation du poste).*

### **3. Les référents APS en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)**

La Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France introduit la désignation d'un référent pour l'activité physique et sportive au sein de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux<sup>28</sup>. Pour rappel, **les services ne sont pas concernés par cette disposition**.

Le Décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 en précise les modalités de désignation, de formation ainsi que les missions que la présente note entend préciser et accompagner<sup>29</sup>.

Une communauté de pratiques sera animée par l'ANAP en lien avec les référents DRAJES et ARS. Cette communauté permettra d'engager la création d'un réseau national de référents afin de partager des retours d'expériences de projets et des outils.

Les référents désignés au sein des DRAJES et des ARS auront notamment pour mission d'animer conjointement le réseau régional des référents désignés au sein des ESMS accueillant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap sur le territoire.

#### **3.1. Les modalités de désignation**

Le directeur d'établissement désigne le référent pour l'APS parmi les membres du personnel sur la base du volontariat et en recueillant expressément l'accord de l'intéressé. Il n'est pas possible d'avoir un recours à un tiers extérieur et non salarié par l'établissement. L'accord est formalisé par écrit en précisant la date d'effet de cette nouvelle mission.

S'il est possible de solliciter prioritairement les membres du personnel ayant une expertise concernant l'APS comme un professionnel intervenant en APA, le référent peut exercer diverses fonctions au sein de l'établissement (aide-soignant, infirmier, personnel d'administration, etc.). Il est donc recommandé de privilégier la motivation et la disponibilité des personnes. En effet, le référent n'a pas pour obligation de mettre en œuvre et animer directement des séances d'activité physique et sportive. Il est avant tout une personne-ressources délivrant une information adaptée à tous sur le sujet dédié (voir ci-après).

Le directeur d'établissement doit, au préalable, impérativement s'assurer conjointement avec l'intéressé de la compatibilité de ses nouvelles missions avec ses horaires et sa charge de travail. Le référent doit pouvoir être disponible sur son temps de travail pour exercer sa fonction.

Le directeur d'établissement procède, en conséquence, à l'évolution de la fiche de poste de l'intéressé en y inscrivant sa nouvelle fonction de référent. Il informe le conseil de la vie sociale ou tout autre instance de participation mise en place, l'ensemble du personnel, des résidents et leur entourage de la désignation du référent. Il s'assure de transmettre l'information aux référents des DRAJES et des ARS et leur fournit les contacts de la personne désignée.

La personne référente peut cesser à tout moment ses missions. Elle en informe par écrit sa direction au plus tard un mois avant la date d'effet de sa décision.

## 3.2. Les missions du référent

Le référent est avant tout le point d'entrée pour l'ESMS concernant toutes les questions relatives à l'APS. Il exerce à ce titre une mission obligatoire d'information, précisée ci-après. Il n'est donc pas nécessairement un professionnel intervenant pour l'activité physique adaptée. Il peut néanmoins, s'il le souhaite et selon les ressources mises à sa disposition et ses disponibilités, assurer des missions complémentaires concernant notamment la mise en place d'un plan personnalisé d'activité physique et sportive pour les bénéficiaires concernés. Ces missions s'inscrivent en lien avec l'ensemble des professionnels de l'établissement et des acteurs concernés par le sujet formant l'écosystème de l'activité physique et sportive des personnes âgées et en situation de handicap.

### 3.2.1. Le référent exerce une mission d'information

Le référent délivre une information régulière (dans l'idéal une fois par mois) sur l'offre d'APS assurée au sein de l'établissement et à proximité de celui-ci, notamment au sein des maisons sport-santé. Il est recommandé de s'appuyer sur les ressources nationales disponibles, notamment en ligne, ainsi que sur les acteurs locaux (voir ci-dessus) pour constituer une veille et mettre à jour le cas échéant l'information disponible sur le sujet.

Cette information est délivrée :

- Aux personnes accompagnées par l'établissement ;
- Au conseil de la vie sociale ou toute autre instance de participation mise en place au sein de l'établissement ;
- Aux familles des personnes accompagnées et à la personne de confiance le cas échéant ;
- Aux personnes chargées d'une mesure de protection juridique le cas échéant.

Cette information doit être claire et adaptée à la compréhension de toutes et tous. Pour cela, le référent peut s'appuyer sur les bonnes pratiques en matière de communication pour élaborer notamment des documents en « facile à lire et à comprendre ». Il est également recommandé de s'appuyer si possible sur une diversité de canaux de transmission : lettre d'information intégrée dans le livret d'accueil, diffusion et/ou mise à disposition des plaquettes d'information des différents acteurs, panneaux d'affichage de l'établissement, e-mails aux personnes extérieures à l'établissement, outils numériques mis en place par l'établissement, communication orale, relai par les instances de participation, etc.

Le référent exerce ses missions en lien avec l'ensemble du personnel de l'établissement. La direction veille à l'appuyer autant que besoin dans la mise à disposition des ressources et dans sa mise en visibilité auprès de l'établissement.

### 3.2.2. Le plan personnalisé d'activité physique (mission facultative)

Le référent peut concevoir ou initier avec la personne accompagnée, et à la demande de cette dernière, ou le cas échéant de son représentant légal, l'élaboration d'un plan personnalisé d'activité physique. Ce plan, centré sur les souhaits et les capacités de la personne, doit permettre de définir des objectifs et les moyens de les atteindre. Ces objectifs peuvent être de natures diverses et ne visent pas nécessairement des performances sportives. À titre, d'exemple le bénéficiaire de ce plan peut choisir de pratiquer une activité physique ou sportive dans le but d'améliorer son bien-être physique, de se divertir ou de créer du lien social.

**Ce plan est formalisé au sein du projet personnalisé** (Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) élaboré avec la participation de la personne prise en charge. Il comprend les éléments suivants (un modèle figure en annexe 2 de la présente note) :

- La présentation des attentes du bénéficiaire en matière d'activité physique et/ou sportive ainsi que la prescription d'activité physique adaptée, le cas échéant. Cet élément constitue le point central du plan ;
- Une évaluation des capacités physiques et cognitives du bénéficiaire et de son niveau

- d'autonomie. Cette évaluation est réalisée par un professionnel de santé et en lien avec les professionnels qui accompagnent la personne au quotidien au sein de l'établissement ;
- Les besoins d'accompagnement identifiés au regard du niveau d'autonomie du bénéficiaire ;
  - La sélection de l'activité ou des activités correspondant aux attentes du bénéficiaire et compatible avec ses capacités, ainsi que les modalités de réalisation de ces activités (fréquence, moyens à mettre en œuvre notamment en matière de transport, etc.) et, le cas échéant, les adaptations à prévoir ;
  - Un bilan annuel reprenant ce qui a été réalisé, les bénéfices, les difficultés rencontrées, les reconduites et éventuellement les ajustements. Ce bilan est réalisé en lien avec l'ensemble des personnes ayant participé à l'élaboration du plan.

**Ce plan ne constitue en aucun cas une prescription d'activité physique ou sportive.** Il peut toutefois intégrer les éléments d'un programme d'activité physique adaptée prescrit dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles [D. 1172-1](#) à [D. 1172-5](#) du CSP.

L'élaboration de ce plan est collective, elle implique le bénéficiaire, le cas échéant son représentant légal, les professionnels de santé et les professionnels qui accompagnent la personne au quotidien au sein de l'établissement. **Il ne peut en aucun cas être réalisé par le référent seul.** Lorsque le référent ne dispose pas de certification ou de diplôme en matière de sport, il s'assure de recueillir l'avis d'un professionnel de l'activité physique et sportive qu'il communique au bénéficiaire, le cas échéant à son représentant légal, ainsi qu'au professionnel de santé qui a procédé à l'évaluation de l'autonomie de la personne accompagnée.

Le plan personnalisé d'activité physique est partagé avec l'ensemble des professionnels intervenant dans l'établissement. Il peut être révisé, annulé ou suspendu à tout moment et sans formalisme particulier à la demande du bénéficiaire, ou le cas échéant de son représentant légal. Sa pertinence sera, par ailleurs, réinterrogée régulièrement, en dehors des bilans annuels prévus et particulièrement au cours de la première année, pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux réajustements nécessaires. Lorsque le plan ne peut pas ou plus être mis en œuvre, le référent en informe le bénéficiaire, le cas échéant son représentant légal, ainsi que l'équipe de l'établissement, et tente autant que possible de trouver une solution alternative en lien avec l'ensemble des personnes qui ont pris part à l'élaboration du plan.

Cette mission est facultative, le référent n'a donc pas l'obligation de la mettre en œuvre. Elle constitue néanmoins une opportunité d'amener les résidents d'un ESMS vers la pratique d'une activité physique ou sportive et doit donc être encouragée autant que possible.

### **3.2.3. Missions facultatives / bonnes pratiques**

Au-delà des missions mentionnées par le Décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médico-social, le référent peut, avec l'accord de la direction de l'établissement, réaliser des missions complémentaires et facultatives en lien et en cohérence avec sa fonction de référent. Ces missions constituent des bonnes pratiques qui peuvent être encouragées chaque fois que les disponibilités du référent, et le cas échéant les ressources de l'établissement, le permettent.

Pour les ESMS qui accompagnent des enfants en situation de handicap, il est recommandé de confier la mise en œuvre - selon les modalités précisées dans l'instruction attenante à cette note - des 30 minutes d'activité physique quotidienne au référent.

Par ailleurs le référent est le point d'entrée pour l'ESMS concernant toutes les questions relatives à l'APS, il est donc un interlocuteur privilégié pour trois types d'acteurs extérieurs à l'établissement :

- Les référents au sein des DRAJES et des ARS pour le recensement des données relatives à la pratique d'APS des personnes accompagnées par les ESMS ;
- Les communes et les établissements publics de coopération intercommunale pour

- l'établissement du plan local sportif mentionné à l'article L. 113-4 du Code du sport ;
- Les acteurs du mouvement sportif pour la mise en place de partenariats.

Les référents APS sont susceptibles d'être sollicités par les DRAJES et les ARS pour obtenir des données relatives à la pratique d'APS au sein de leur établissement. Dans cette optique, ils peuvent utilement collecter de manière régulière les informations suivantes :

- Le nombre de personnes pratiquant une activité physique ou sportive au sein de l'établissement ;
- Les activités réalisées ;
- Les modalités de réalisation de ces activités (fréquence, lieux de pratique, partenaires, etc.).

Un document de suivi type sera élaboré et diffusé ultérieurement.

À l'occasion des temps de rencontre organisés par les référents au sein des DRAJES et des ARS, les référents APS peuvent également transmettre, à titre d'information, les difficultés rencontrées, les leviers mobilisés et les bonnes pratiques mises en œuvre. La somme des informations recueillies par les DRAJES et les ARS doit permettre d'affiner la connaissance des autorités publiques sur la pratique d'APS des personnes accompagnées par un ESMS et favoriser la diffusion des initiatives locales sur l'ensemble du territoire.

Les référents APS, de par leur connaissance globale des moyens nécessaires au développement de l'offre d'APS au sein de leur établissement, peuvent également être désignés par leur direction, avec leur accord, pour participer à l'élaboration des plans locaux sportifs susmentionnés. L'initiative de ces plans locaux sportifs revient aux communes et aux établissements publics de coopération intercommunale qui sollicitent les ESMS le cas échéant. Selon les modalités d'association choisies par les communes pour établir ces plans, il est recommandé aux référents APS, dans la mesure du possible, de se coordonner afin de porter une parole commune au cours de ces travaux.

Enfin, les missions du référent APS peuvent également être élargies à la prospection et à la conclusion de partenariats avec des acteurs du mouvement sportif dans le but de développer l'offre d'activité physique et sportive à destination des personnes accompagnées par l'établissement. Cette mission nécessite, plus encore que pour les missions mentionnées ci-dessus, que le référent bénéficie de disponibilités sur son temps de travail et des ressources financières nécessaires. Les axes de développement sont définis par la direction de l'établissement, le cas échéant, en lien avec le référent qui, du fait de sa connaissance de la pratique d'activités physiques et sportives au sein de l'ESMS, peut être force de proposition. Pour mener à bien cette mission, le référent peut s'appuyer sur les ressources recensées dans la présente note (cf. notamment la partie 2) ainsi que sur les exemples d'initiatives menées par d'autres établissements. Afin d'accompagner le référent dans la réalisation de cette mission, la direction de l'établissement peut proposer au référent des formations à la gestion de projet.

**Ces missions vont au-delà de ce que prévoit le Décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 précité et sont, dès lors, facultatives. La réalisation de ces missions doit obligatoirement faire l'objet d'un accord exprès du référent formalisé par un écrit. La direction fait évoluer la fiche de poste en conséquence.**

### **3.3. La formation continue**

La direction veille à l'acquisition et au développement des compétences par la formation continue du référent pour l'APS en prenant attache notamment auprès des opérateurs de compétences (Opérateurs de compétences [OPCO] santé, OPCO sport, OPCO cohésion sociale) et du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et en consultant leurs catalogues de formation pour permettre au référent de bénéficier de modules de formation existant sur les axes suivants :

- 1) Le recueil et la délivrance d'une information claire et adaptée à la compréhension de tous ;
- 2) Les connaissances socles sur l'activité physique et sportive pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dont l'activité physique adaptée ;
- 3) La recherche de partenaires et la conclusion de partenariats (facultatif).

Il existe des formations fédérales, à destination notamment des professionnels du champ médico-

social, proposées par les deux fédérations sportives spécifiques qui permettent d'acquérir des compétences particulières sur le champ de l'activité physique ludique ou récréative, sans toutefois leur donner de prérogatives d'encadrement :

- La **Fédération française du sport adapté** propose de nombreuses formations à destination des professionnels des ESMS concernant l'encadrement des publics en situation de handicap mental ou psychique telles que «**autisme et médiations corporelles** » ou l'«**initiateur sport adapté en activités motrices** ». Plus d'informations sur <http://transformation.ffsportadapte.fr/>.
- La **Fédération française handisport** dispense des formations qui permettent de développer les compétences des personnels d'établissement sur le champ du handicap moteur ou sensoriel comme les formations handisport-santé, les formations multisports ou disciplinaires handisport. **La formation « structurer un projet APA dans sa structure » ciblée pour le personnel d'ESMS s'est ouverte cette saison.** Plus d'informations sur <https://www.formation-handisport.org/>

Il est également possible de s'appuyer sur les ressources mises à disposition par les acteurs du sport santé pour acquérir les connaissances de base sur l'APS et l'APA comme la Fédération française sports pour tous (FFSPT) ou encore la Fédération française retraite sportive (FFRS), la Fédération française du sport adapté (FFSA), la troisième partie du référentiel pour l'activité physique adaptée des caisses de retraite et de complémentaire.

#### 4. Travail de l'ANAP

L'ANAP est chargée d'accompagner les ESMS pour le déploiement de l'APS et des missions des référents.

L'ANAP proposera :

- des productions (fiches pratiques et outils) pour mieux s'approprier l'instruction interministérielle n° DGCS/SD3A/SD3B/DS1A/2024/20 du 29 février 2024 et la présente note d'information interministérielle, et faciliter leur mise en œuvre. Elles seront accessibles en ligne à tous les ESSMS ;
- l'animation d'une communauté de pratiques pour accompagner le lancement de la création d'un réseau de référents d'APS en ESMS visant à partager et valoriser les bonnes pratiques initiées. Cette animation se fera en lien avec les référents DRAJES et ARS ;
- le partage d'expériences sur la plateforme de bonnes pratiques de l'ANAP <https://anap.fr/s/bonnes-pratiques-orga>.

Les modalités de mise en œuvre et le contenu des fiches vous seront communiqués ultérieurement.



# ACTIVITE PHYSIQUE, PREVENTION ET TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES – UNE EXPERTISE COLLECTIVE DE L'INSERM

## COMMUNIQUE DE PRESSE - 14 FÉV 2019

Les maladies chroniques sont des affections non transmissibles de longue durée, parfois permanentes, qui évoluent avec le temps. Selon l'OMS, elles sont la première cause de mortalité mondiale et en Europe elles « concourent à près de 86 % des décès (...) et pèsent de plus en plus lourdement sur les systèmes de santé, le développement économique et le bien-être d'une grande partie de la population, en particulier chez les personnes âgées de 50 ans et plus ».

En France, la part des personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer d'un quart en 2015 à un tiers de la population en 2040. Actuellement, c'est un français sur quatre qui souffre d'une maladie chronique, trois sur quatre après 65 ans. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées atteintes par les pathologies chroniques ne cesse de progresser. Ces maladies entraînent des limitations fonctionnelles ayant des répercussions sur leur qualité de vie. Le nombre de personnes dépendantes passerait ainsi de 1,2 million en 2012 à 2,3 millions en 2060. Améliorer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques c'est donc répondre à une urgence majeure de santé publique.

Selon le rapport de l'OMS de 2010, un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur quatre facteurs de risque principaux : consommation de tabac, inactivité physique, consommation d'alcool et mauvaise alimentation. En France, les estimations actuelles des coûts directs (75 %) et indirects (25 %) de l'inactivité physique sont de l'ordre d'1,3 milliard d'euros.

Des actions de prévention peuvent être mises en œuvre en amont des maladies, mais aussi à tout moment de l'évolution de celles-ci. Les maladies chroniques et leurs complications contribuent très fortement à l'état de dépendance ; la prévention de leurs complications et récurrences est de ce fait un enjeu central pour le maintien de l'autonomie, notamment chez les personnes âgées.

L'Inserm a été sollicité par le ministère des Sports pour réaliser une expertise collective afin de disposer d'un bilan des connaissances scientifiques et d'analyser, dans le cadre des maladies chroniques, l'impact de l'activité physique et sa place dans le parcours de soin. Cette expertise s'appuie sur une analyse critique de la littérature scientifique internationale réalisée par un groupe pluridisciplinaire de treize chercheurs experts dans différents domaines relatifs aux pathologies chroniques, à la médecine du sport et à la psychosociologie.

Les principales pathologies qui y sont étudiées sont les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies respiratoires chroniques. L'obésité, en tant que déterminant de maladies chroniques et phénomène morbide en soi, y trouve également sa place. Enfin, sont aussi prises en compte certaines maladies mentales (dépression, schizophrénie), ainsi que les troubles musculosquelettiques (TMS) et la multimorbidité.

### **Trois enjeux majeurs sont associés aux travaux qui sont présentés dans cette expertise.**

Le premier enjeu n'est pas tant de savoir si on doit recommander une pratique régulière d'activité physique adaptée aux personnes atteintes d'une maladie chronique – il n'y a plus aucun doute sur cette nécessité – mais de déterminer les caractéristiques des programmes les plus efficaces selon les aptitudes physiques et les ressources psychosociales des patients, dans la perspective d'obtenir un maximum de bénéfices avec un minimum de risques : quand commencer un programme, quelle pratique, quelle intensité, quelle fréquence, dans quel cadre, avec quelle forme d'intervention ?

Le deuxième enjeu est d'identifier les déterminants de l'adoption d'un comportement actif, pérenne et inséré dans les habitudes de vie. Quel serait l'intérêt d'un programme d'activité physique dont la démonstration d'efficacité a été faite par un essai clinique réalisé dans des conditions idéales, mais qui se révélerait ensuite ni approprié ni adopté par les patients ?

Le troisième enjeu est de comprendre les mécanismes par lesquels l'activité physique agit de façon générale, en amélioration de la condition physique, mais aussi de façon spécifique selon les pathologies concernées. Une partie importante de l'expertise décrit pathologie par pathologie les bénéfices/risques de l'activité physique, et l'intérêt en prévention, soin complémentaire ou thérapeutique.

Le groupe d'expert s'appuie sur ces éléments scientifiques pour établir des recommandations de recherche ainsi que des recommandations d'actions destinées aux autorités de santé.

## **Principales recommandations**

### **1. Prescrire de l'activité physique pour toutes les maladies chroniques étudiées et l'intégrer dans le parcours de soin**

Dans de nombreuses pathologies chroniques le repos a longtemps été la règle, mais on assiste aujourd'hui à un véritable changement de paradigme : les études scientifiques montrent que, lorsqu'elle tient compte des recommandations de pratique et des complications liées à la pathologie, non seulement l'activité physique ne l'aggrave pas mais qu'en plus ses effets bénéfiques sont d'autant plus importants qu'elle est introduite tôt après le diagnostic.

Le groupe d'experts considère par conséquent que l'activité physique fait partie intégrante du traitement des maladies chroniques. Il recommande que sa prescription soit systématique et aussi précoce que possible dans le parcours de soin des pathologies étudiées. Il recommande également que l'activité physique soit prescrite avant tout traitement médicamenteux pour la dépression légère à modérée, le diabète de type 2, l'obésité et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Le groupe d'experts a également pu élaborer des recommandations spécifiques par pathologie qui s'accordent cependant sur la fréquence de la pratique d'activité physique adaptée – un minimum de 3 séances par semaine.

### **2. Adapter la prescription d'activité physique aux caractéristiques individuelles et médicales des patients**

Les principales barrières à la pratique de l'activité physique sont en général liées à la pathologie elle-même (douleurs, fatigue, effets secondaires de certains traitements...).

L'enjeu principal est donc d'adapter la pratique à l'état de santé du patient, ainsi qu'à son traitement, ses capacités physiques, ses risques médicaux et ses ressources psychosociales.

Le groupe d'experts recommande :

- d'évaluer le niveau d'activité physique du patient par un entretien et/ou des tests simples (ex : test de marche de 6 minutes) visant à évaluer sa capacité et sa tolérance à l'exercice. Des tests plus complexes (ex : épreuve d'effort cardiorespiratoire) sont requis pour permettre une adaptation de la prescription en terme d'intensité de pratique et pour sécuriser la pratique des personnes les plus vulnérables notamment ;
- de réaliser un suivi de l'évolution de la condition physique et de la tolérance à l'exercice pour adapter la prescription ;
- d'individualiser la prescription d'activité physique en tenant compte du cadre et du type de pratique, de ses modalités (intensité, durée, fréquence), et surtout des préférences et attentes du patient qui conditionnent son intérêt et son plaisir dans la pratique de cette activité ;
- de proposer des programmes personnalisés pour adapter individuellement l'activité physique en fonction de la pathologie, du patient et de son environnement afin de favoriser son adhésion et son observance, en particulier sur le long terme.

### **3. Organiser le parcours du patient afin de favoriser l'activité physique à toutes les étapes de la pathologie**

Le projet de pratique d'activité physique doit intégrer l'ensemble de la trajectoire du patient. Il est recommandé de concevoir dès le début des soins la préparation et l'identification des éléments lui permettant la poursuite d'une pratique à domicile ou à proximité de son lieu de vie. Il s'agit de permettre au patient de mobiliser immédiatement ses capacités et s'il le souhaite, d'adopter une position active dans son parcours de soins.

### **4. Associer à la prescription une démarche éducative pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme**

L'enjeu principal est que le patient intègre l'activité physique dans sa vie quotidienne, ce qui implique de favoriser dès le départ son engagement et le développement de son autonomie dans une pratique qui a du sens pour lui et qu'il pourra poursuivre sur le long terme. La bonne intégration de l'activité physique au projet global de soins et d'éducation thérapeutique suppose une communication régulière entre l'intervenant en activité physique adaptée et les soignants.

Le groupe d'experts recommande d'articuler les programmes d'activité physique avec les programmes d'éducation thérapeutique et d'initier toute démarche par un bilan éducatif partagé qui invite le patient à identifier ses habitudes de vie, ses besoins, ses possibilités, ses envies, ses freins et ses leviers, la manière dont il aimerait pouvoir être aidé... Il conviendra alors de fixer un objectif et d'identifier les moyens qu'il mobilisera pour l'atteindre. Des bilans de suivi permettront d'ajuster les objectifs et de renouveler les moyens tout au long de ce programme.

Pour les publics présentant des caractéristiques connues pour limiter ou compromettre l'adhésion et le maintien à long terme de l'activité physique (patients âgés, faible niveau socio-économique, précarité sociale...) et/ou n'ayant pas ou peu vécu en matière d'activité physique, le groupe d'experts préconise un cycle éducatif de plusieurs mois en activité physique adaptée encadré par des professionnels. L'enjeu est de permettre à ces patients d'expérimenter concrètement des activités physiques adaptées à leurs possibilités et à leurs besoins, d'en ressentir les effets, de les vivre avec plaisir et de les reconnaître comme étant bénéfiques pour leur santé.

Dès que le patient en a les ressources, le groupe d'experts recommande ensuite de l'accompagner dans la construction d'un projet de pratique d'activité physique qui a du sens pour lui dans son parcours de soins et de vie.

#### **5. Soutenir la motivation du patient dans la mise en œuvre de son projet**

Proposer des types de pratiques efficaces mais également ludiques et motivantes doit être un souci constant. L'engagement des personnes atteintes de maladie chronique dans une activité physique régulière est principalement motivé par le plaisir et l'intérêt qu'elles y trouvent mais aussi par leurs croyances en termes de bénéfices perçus, aussi bien pour leur santé physique que pour leur bien-être psychologique. À l'inverse, le manque de connaissances sur les effets positifs de la pratique de l'activité physique, ou des croyances défavorables selon lesquelles celle-ci serait inutile dans la gestion de leur pathologie, peuvent être à l'origine de l'absence d'initiation ou de maintien de sa pratique.

Les patients peuvent également être motivés par l'image de soi positive que leur renvoie le fait de pratiquer (ou la vision négative qu'ils auraient d'eux-mêmes en l'absence de pratique). Plus particulièrement, le fait de devoir se prendre en main pour faire face à sa pathologie est vécu par certains comme une responsabilité ou un devoir.

Si les intentions et la planification sont le plus souvent une étape incontournable à sa mise en place, la création de routines s'avère ensuite une nécessité pour que l'activité physique soit adoptée de manière pérenne. Pour favoriser le maintien de la motivation à long terme, le groupe d'experts recommande de s'appuyer sur une combinaison de stratégies incluant la communication d'informations sur les effets de l'activité physique et les opportunités de pratique, la définition d'objectifs, le suivi et l'anticipation des barrières et freins à la pratique, le soutien social et le partage d'expériences, la réévaluation cognitive et l'entretien motivationnel.

L'efficacité de ces stratégies sur la motivation est plus importante lorsque plusieurs d'entre elles sont utilisées ensemble. Elles peuvent être employées par différents interlocuteurs tout au long du parcours de santé (personnel soignant, médecin, psychologue, spécialiste de l'activité physique adaptée...) lors de séances en face-à-face, individuelles ou collectives. Certaines stratégies peuvent bénéficier d'un soutien technologique (accéléromètre, réseaux sociaux, sites internet, appels téléphoniques, SMS, objets connectés santé, serious games, visioconférences...).

#### **6. Former les médecins à la prescription d'activité physique**

La formation à la connaissance théorique et pratique des bénéfices de l'activité physique et des dispositifs d'intervention en activité physique est nécessaire en direction de l'ensemble des professionnels de santé. Par conséquent, le groupe d'experts recommande :

- une généralisation de modules obligatoires relatifs à la prescription de l'activité physique dans la formation des étudiants en médecine ;
- une formation continue des médecins avec les mêmes objectifs que ceux de la formation initiale ;
- la participation d'experts de l'activité physique à visée de santé mais aussi d'experts de l'activité physique adaptée dans ces modules de formation pluridisciplinaire ;
- le développement d'échanges et de réflexions communes entre différentes professions impliquées en faveur de la pratique de l'activité physique adaptée.

#### **7. Former des professionnels de l'activité physique à la connaissance de la pathologie et à l'intégration de l'activité physique dans l'intervention médicale**

Le groupe d'experts recommande que les intervenants en activité physique adaptée aient été formés aux compétences suivantes :

- savoir maîtriser les interactions entre l'activité physique et la pathologie chronique dans la conception de programmes et de séances destinés aux patients ;

- savoir mettre en œuvre et interpréter des tests spécifiques d'activité physique (complémentaires aux tests médicaux) adaptés aux limitations des personnes ;
- savoir mettre en œuvre un bilan éducatif partagé pour engager le patient dans une démarche de projet et évaluer avec lui sa motivation et ses freins vis-à-vis de la pratique de l'activité physique, ses habitudes et conditions de vie et ses possibilités d'activité ;
- savoir concevoir et planifier un programme d'activité physique développant l'autonomie de la personne qui soit adapté aux contre-indications et indications médicales, aux capacités et limitations de la personne, à son niveau de pratique et à ses objectifs ;
- savoir mettre en œuvre les programmes d'intervention en ajustant la pratique à la progression de la personne et à l'évolution de son état de santé sur la base d'évaluations pertinentes ;
- savoir développer une démarche d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique selon le niveau de qualification et/ou le moment de l'intervention dans le parcours de soins ;
- savoir mobiliser les techniques de soutien de la motivation et de l'engagement du patient dans son projet personnel ;
- savoir communiquer avec le patient et l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours personnalisé en respectant les règles de confidentialité ;
- savoir gérer, mettre en œuvre et intégrer les principes de l'éthique de la relation de soin dans le travail avec le patient ;
- savoir gérer les conditions de sécurité de la pratique de personnes vivant avec une maladie chronique.

## 8. Promouvoir des recherches

Notre infographie

[1] L'OMS définit l'activité physique comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique ».

[2] Expertise collective Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, 2014

L'expertise «Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques», a nécessité plus de 3 ans de travail et l'analyse critique d'environ 1800 documents scientifiques.

## GUIDE HAS 2022 - ANNEXE 3 - RECOMMANDATIONS MONDIALES

L'OMS a édité des recommandations sur l'AP et la sédentarité (22) pour les adultes et les personnes âgées, en bonne santé, en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique (tableau 30).

Tableau 30. Recommandations mondiales sur l'AP et la sédentarité pour les adultes de 18 ans et plus (OMS, 2021 (22))

### Recommandations mondiales sur l'AP chez les adultes

**Tous les adultes** devraient pratiquer une AP régulière.

Les adultes devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 à 300 minutes d'AP aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'AP aérobie d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et soutenue pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Les adultes devraient pratiquer des AP de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires, deux fois par semaine ou plus, au vu des bénéfices supplémentaires que ces AP apportent sur le plan de la santé.

Les adultes et, en l'absence de contre-indication, les adultes atteints d'une maladie chronique peuvent augmenter l'AP aérobie d'intensité modérée à plus de 300 minutes ou pratiquer plus de 150 minutes d'AP aérobie d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé.

**En complément, les personnes adultes âgées de 65 ans et plus**, dans le cadre de leur AP hebdomadaire, devraient pratiquer des activités physiques variées et à plusieurs composantes qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure, au moins trois fois par semaine, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.

Les adultes devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une AP de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) apporte des bénéfices pour la santé.

Pour contribuer à réduire les effets néfastes pour la santé d'un niveau de sédentarité élevé, les adultes devraient viser à dépasser les niveaux recommandés d'AP d'intensité modérée à soutenue.

### Déclarations de bonnes pratiques

#### Les adultes et les personnes âgées en bonne santé

**Pour tous les adultes en bonne santé**

Une AP limitée vaut mieux qu'aucune AP.

Si les adultes n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité limitée d'AP sera néanmoins bénéfique pour leur santé.

Les adultes devraient commencer par de petites quantités d'AP et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée.

**En complément, pour les personnes âgées de 65 ans et plus**

Les personnes âgées devraient être aussi actives que le permet leur capacité fonctionnelle et adapter leur niveau d'effort en fonction de leur forme physique.

**En complément, pour les adultes souffrant d'un handicap** |

La pratique d'une AP ne suppose pas de risque important pour les adultes souffrant d'un handicap, pour autant qu'elle soit adaptée à leur niveau d'activité, à leur état de santé et à leurs fonctions physiques actuels, et lorsque les bénéfices pour la santé l'emportent sur les risques.

Les adultes souffrant d'un handicap devront éventuellement consulter un professionnel de la santé ou un autre spécialiste de l'activité physique et des handicaps pour déterminer le type et la quantité d'AP qui leur conviennent.

#### **Les adultes et les personnes âgées souffrant d'une maladie chronique**

Lorsqu'ils ne sont pas en mesure de respecter les recommandations, les adultes souffrant de ces affections chroniques devraient s'efforcer de pratiquer une AP adaptée à leurs capacités.

Les adultes souffrant de ces affections chroniques peuvent consulter un spécialiste de l'AP ou un professionnel de santé pour définir les types et la quantité d'activité adaptés à leurs besoins, à leurs capacités, à leurs limitations/complications fonctionnelles, à leurs médicaments et à leur schéma thérapeutique global.

En l'absence de contre-indication, il n'est généralement pas nécessaire d'obtenir un certificat médical d'aptitude avant de commencer à pratiquer une activité physique d'intensité faible ou modérée n'excédant pas le niveau d'effort d'une marche rapide ou de la vie quotidienne.

## DOCUMENT 12

### BOUGER POUR SA SANTE : MICHEL CYMES ALERTE SUR LE RETARD FRANÇAIS ET EN APPELLE AUX MEDECINS – Article de presse du 13 mars 2024

Autour de Michel Cymes, ambassadeur santé des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, le collectif « Pour une France en forme » s'inquiète de la faible pratique de l'activité physique et sportive. « La France est 119e sur 146 pays ; nous devrions avoir honte », alertent les signataires de cet appel que Ouest-France publie. Ces douze médecins en appellent à leurs confrères et consœurs : « Nous avons besoin de vous. Demandez à vos patients s'ils bougent ! »

Avec le collectif « Pour une France en forme », dans lequel il a réuni des experts du sport-santé, Michel Cymes s'inquiète de la faible pratique de l'activité physique et sportive. « **Nombre de nos adolescents présentent, aujourd'hui, des maladies de « vieux ».** » : les mots sont graves et l'alerte réelle. Alors que les Jeux olympiques et paralympiques en France approchent, les douze médecins membres du Collectif pour une France en forme, experts du sport-santé réunis par le médecin, animateur et ambassadeur santé de Paris 2024, Michel Cymes - parmi lesquels l'ancienne ministre Valérie Fourneyron -, s'inquiètent que le pays soit si en retard dans la pratique de l'activité physique et sportive.

Lire aussi : Paris 2024. Activité physique au quotidien : ce que les JO apportent, ce qu'il reste à faire  
S'ils reconnaissent que le Comité d'organisation, avec lequel ils travaillent en grande proximité, a permis d'accomplir de grands progrès sur ces questions, dans le cadre de l'héritage immatériel des Jeux, ils lancent un appel à leurs consœurs et confrères, car il reste tant à faire. « **Nous avons besoin de vous pour que les Jeux olympiques, la Grande Cause nationale, permettent à la France de retrouver une place digne de notre pays, écrivent-ils. Rejoignez-nous pour aider les Français de tous âges à être en meilleure santé. Pas question de culpabiliser nos patients, mais informons-les sur les dangers d'un mode de vie inactif et trop sédentaire ; et conseillons-les pour l'améliorer.** »

#### Le texte de la tribune

Chères consœurs, chers confrères, nous avons besoin de vous !

Nous voici à quelques mois d'un événement mondial qui va réunir les plus grands sportifs de la planète. Les Jeux olympiques et paralympiques représentent une vitrine exceptionnelle pour le pays organisateur. Des centaines de millions de téléspectateurs vont s'extasier devant les exploits des athlètes. Nous serons, espérons-le, un modèle d'organisation.

**Lire aussi :** [Paris 2024. L'État mise sur les JO pour promouvoir le sport en entreprise](#)

Le savoir-faire d'un pays capable d'organiser un tel événement sera salué par toute la planète... et pourtant ! Pourtant ce pays, le nôtre, se classe 119e sur 146 pays [selon l'enquête mondiale de l'OMS réalisée sur 1,6 millions de participants et publiée en 2020, NDLR]. Non pas en termes de médailles, de records, de résultats sportifs, non ! Ce classement, c'est notre place pour ce qui concerne la pratique d'activité physique recommandée (60 minutes par jour) par nos jeunes et adolescents. Oui, 119 sur 146 ! Ne nous cachons pas derrière des arguments fallacieux, des excuses faciles... Nous devrions avoir honte. Tout simplement honte.

Les comorbidités peuvent être prévenues par l'activité physique

Nombre de nos adolescents présentent, aujourd'hui, des maladies de « vieux ». Si vos études de médecine datent des années 1980, 1990, voire 2000, souvenez-vous comment on appelait le diabète de type 2 : le diabète de la maturité, le diabète gras. Il touchait les hommes de 50, 60 ans, au ventre bedonnant. Aujourd'hui, son diagnostic s'observe de plus en plus souvent chez les jeunes : surpoids et sédentarité se compliquent de maladies chroniques, en particulier cardiovasculaires, dont l'apparition est de plus en plus précoce.

**Lire aussi :** [Un Français sur deux fait moins de 30 minutes d'activité physique par jour](#)

La situation est tout aussi dramatique chez les adultes. La France qui se targue d'avoir l'une des meilleures espérances de vie au monde, a surtout l'une des plus mauvaises espérances de vie en bonne santé. Nous vivons donc longtemps, mais... malades. Surpoids, obésité, hypertension, diabète... Tout ce que l'on appelait les comorbidités lors de la pandémie de Covid-19, qui ont entraîné tant de drames humains, peut - comme la plupart des autres maladies chroniques - être prévenu et améliorées par la pratique régulière d'une activité physique. Regardons les choses en face : nous ne pourrions pas, ni humainement, ni financièrement, prendre en charge, tous ces futurs patients de plus en plus jeunes et de plus en plus nombreux que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) nous prédit.

Au niveau de la communication, nous brillons par notre incapacité à faire passer les vrais messages auprès du grand public

La seule solution pour diminuer le nombre de malades est la prévention, dont l'activité physique est un des piliers. Hélas, la France n'est pas un pays de prévention. Au niveau de la communication, nous brillons par notre incapacité à faire passer les vrais messages auprès du grand public.

Au niveau médical, nous devons aussi faire mieux. Dans ce monde où tout change, les modalités de la médecine ont évolué et nombre de pays qui développent ce côté préventif l'ont compris. Pas le nôtre. La médecine française, dont la qualité est

unanimement reconnue, reste quasi-exclusivement curative. La médecine que nous appliquons est celle qui nous a été enseignée et qui continue à l'être. D'où l'incapacité de notre pays à protéger la santé de ses prochaines générations et donc de son avenir. Mais, nous sommes têtus, et restons persuadés que nous y arriverons.

Notre collectif, Pour une France en Forme, a pour objectif de remettre la France en mouvement pour améliorer la santé de sa population. Consultant du COJOP (Comité d'organisation des Jeux olympiques et paralympiques), il a réussi grâce à l'extraordinaire implication de Paris 2024 et de son président [Tony Estanguet](#), à faire mettre en place les 30 minutes d'activité physique quotidienne à l'école ; nous nous sommes battus pour que l'activité physique, le sport et leurs bienfaits pour la santé soient le thème de la Grande Cause nationale 2024... Nous avons réussi.

Combien de fois posez-vous la question : est-ce que vous bougez ?

Mais sans vous, les médecins, nous risquons de voir tous nos efforts se déliter progressivement. Vous n'oubliez jamais de demander à vos patients s'ils fument, s'ils consomment de l'alcool, mais combien de fois leur posez-vous cette courte question : est-ce que vous bougez ? Pratiquez-vous une activité physique ou sportive ? Quand prescrivez-vous une activité physique, thérapeutique validée qui doit être prescrite à tout malade chronique stable, à vos patients et aux personnes trop inactives ou sédentaires ? La barrière du manque de temps peut être levée par mise en place possible sur plusieurs consultations.

**Lire aussi : « On a appris le bien-être » : le sport-santé est aussi l'affaire du Centre sportif de Normandie**

Rejoignez-nous pour aider les Français de tous âges à être en meilleure santé. Pas question de culpabiliser nos patients, mais informons-les sur les dangers d'un mode de vie inactif et trop sédentaire ; et conseillons-les pour l'améliorer. Vantons-leur tous les bienfaits, physiques mentaux et sociaux, d'une activité physique modérée régulière qui augmentera leur qualité de vie et la longévité de celle-ci en bonne santé. Toutes les études scientifiques le prouvent formellement, tout comme les économies de santé qui résultent de ses bienfaits.

Oui, nous avons besoin de vous tous pour que les Jeux olympiques et paralympiques, la Grande Cause nationale, aident les Français à retrouver une forme olympique et paralympique !

#### **Les signataires**

- **Dr Michel Cymes**, médecin spécialiste, présentateur et producteur d'émissions médicales sur France Télévisions
- **Pr François Carré**, physiologiste cardiovasculaire et cardiologue du sport, CHU Pontchaillou-Université Rennes 1-INSERM 1099
- **Pr Martine Duclos**, médecin endocrinologue et physiologiste, service de médecine du sport, CHU Clermont-Ferrand, Université Clermont-Auvergne, INRA, UNH, Unité de nutrition humaine, CRNH Auvergne ; directrice scientifique de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Clermont-Ferrand
- **Dr Didier Ellart**, adjoint au maire de Marcq-en-Barœul en charge du Sport et de la Santé, membre de l'Association nationale des élus en charge des Sports (Andes)
- **Dr Valérie Fournayron**, médecin du sport ; présidente de l'International Testing Agency ; ancienne ministre des Sports ; ancienne députée-maire de Rouen
- **Pr François Genêt**, professeur au Centre hospitalier Raymond-Poincaré de Garches ; ancien responsable de la délégation médicale au Comité paralympique et sportif français
- **Dr Roland Krentowski**, président de « Mon Stade »
- **Dr Bertrand Mas-Fraissinet**, médecin ; président du Groupe Pasteur Mutualité
- **Pr Jean-Michel Oppert**, professeur au CHU de la Pitié-Salpêtrière de Paris ; spécialiste de nutrition
- **Dr Yves Pages**, président de la Société française de sport santé ; membre du comité de pilotage de la stratégie nationale du sport santé
- **Pr Gérard Saillant**, président de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière ; président de l'association Biarritz-côte Basque sport santé
- **Pr. Jean-François Toussaint**, professeur de physiologie, Université Paris-Descartes, CIMS – APHP ; directeur de l'IRMES, Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport