

SPORT & SANTÉ



24

PROPOSITIONS
POUR PLACER
**LA PRÉVENTION
AU CŒUR
DES POLITIQUES
PUBLIQUES**



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

SOMMAIRE

- 6 **L'ÉDITO**
du Président de la FHF,
Arnaud ROBINET et de
la Déléguée générale
de la FHF, Zaynab RIET

- 7 Le comité FHF Prévention

- 8 Avant-propos : activité physique,
de quoi parlons-nous ?

- 11 **FAIRE
DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**
un enjeu fort de santé
publique mobilisant
l'ensemble des acteurs

- 11 Renforcer le pilotage
et la promotion de l'activité
physique à l'échelle nationale

- 13 Systématiser les actions
en faveur de l'activité physique
dans les plans régionaux et locaux
en faveur de l'amélioration
de la santé de la population

- 15 **DÉFINIR UN CADRE
DE FINANCEMENT PÉRENNE**
favorisant le déploiement
et le recours à l'activité physique

SOMMAIRE

- 19 MIEUX (RE)CONNAÎTRE**
les professionnels de l'activité physique adaptée

- 21 RENFORCER L'INTÉGRATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**
dans les parcours de soins
 - 21 La prescription de l'activité physique adaptée dans les parcours de soins
 - 23 Focus : Cancérologie et activité physique adaptée
 - 25 Focus : Santé mentale et activité physique adaptée
 - 26 Focus : Grand Âge et activité physique adaptée

- 28 ENCOURAGER LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**
des professionnels exerçant en établissements de santé et médico-sociaux publics

- 30 LES 24 PROPOSITIONS DE LA FHF EN FAVEUR DU SPORT-SANTÉ**



100 ans de la FHF, 100 ans des Jeux de Paris : 2024 sera l'année du sport-santé !

L'année 2024 sera une année d'exception pour la France. L'été prochain, cent ans après les Jeux de Paris de 1924, plus de 15 000 athlètes prendront part aux compétitions olympiques et paralympiques organisées dans notre pays et porteront haut les valeurs universelles du sport.

Pour notre pays, ces Jeux seront une vitrine culturelle ouverte sur le monde, mais aussi une formidable occasion de penser notre rapport aux pratiques sportives qui, au-delà des compétitions, demeurent un vecteur de bien-être et d'amélioration de la santé à tous les âges de la vie.

Au début de l'année, le Président de la République invitait d'ailleurs les Français à faire au moins 30 minutes d'activité physique par jour. Un enjeu primordial alors que 95% de la population française adulte est exposée à un risque de détérioration de sa santé par manque d'activité physique¹.

À quelques semaines de la cérémonie d'ouverture des Jeux, cet événement historique est l'occasion de promouvoir et de déployer plus fortement l'activité physique dans toutes ses composantes.

L'activité physique, qu'elle soit à visée préventive, à travers par exemple le développement des maisons sport-santé depuis plus de quatre ans, ou partie intégrante des parcours de soins, lorsqu'elle est adaptée aux patients et à leurs pathologies, est devenue incontournable. L'activité physique est tout autant un droit qu'une nécessité pour les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. L'accès facilité à une pratique sportive (équipements, partenariats...) est aussi, évidemment, une attente forte des professionnels qui améliore leur quotidien. Les hôpitaux et les établissements et services médico-sociaux publics ont été précurseurs en la matière, compte-tenu de la situation des personnes qu'ils accompagnent ou soignent chaque année, notamment dans le domaine des maladies complexes et chroniques. L'hôpital public est également un lieu où la prévention, et donc la promotion de l'activité physique, a toute sa place. En témoignent les exemples d'établissements qui se sont engagés dans cette voie, comme le CHU d'Angers qui a mis en œuvre une direction à la santé publique et une feuille de route, notamment autour des habitudes de vie comme l'activité physique.

Il est à présent temps de franchir un cap pour faire de l'activité physique un outil préventif et thérapeutique d'ampleur, partout en France.

C'est pourquoi la Fédération hospitalière de France (FHF) formule 24 propositions pour renforcer l'action publique en faveur du sport-santé.

¹ Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique - ANSES, 2022.

Élaborées par le Comité Prévention de la FHF, sous l'égide du Professeur François CHOLLET, ces propositions se veulent une contribution utile au débat public pour mieux intégrer l'activité physique dans les politiques nationales, locales et dans les établissements. Parcours de soins ou de vie, santé des professionnels de santé... Nous sommes tous concernés.

Vive les Jeux Olympiques et Paralympiques, vive le sport et ses valeurs, vive la santé !



Zaynab RIET
*Déléguée générale de la Fédération
hospitalière de France*

Arnaud ROBINET
*Président de la Fédération
hospitalière de France*

Le comité FHF Prévention

La Prévention est au cœur de notre système de santé. Elle en est aussi l'avenir.

Animée par cette conviction, la Fédération hospitalière de France (FHF) s'est dotée depuis 2018 d'un Comité Prévention, présidé par le Pr François CHOLLET. Ce Comité conduit une réflexion et formule des propositions concrètes et ambitieuses en la matière.

Composé de personnalités représentant toute la diversité de la communauté hospitalière et hospitalo-universitaire (médecins, directeurs, usagers, élus...), le comité se fixe annuellement un programme de travail afin de promouvoir les actions de prévention dans notre système de santé, valoriser les initiatives exemplaires des établissements sanitaires et médico-sociaux publics et construire des outils communs à la diversité des acteurs qui le composent.





Avant-propos : activité physique, de quoi parlons-nous ?

L'activité physique est un des leviers de prévention des maladies et d'amélioration de la santé les plus documentés. Une pratique physique régulière diminue le risque d'apparition de maladies cardio-vasculaires, réduit les douleurs, diminue le risque de diabète et de chute des personnes âgées, participe à l'amélioration de la santé mentale... Pour les plus jeunes, la pratique régulière d'une activité physique permet d'assurer une bonne croissance. Chez les plus âgés, une activité physique adaptée et régulière permet de prévenir l'ostéoporose et de maintenir leur autonomie. La non-sédentarité est un déterminant essentiel de santé. L'activité physique et la pratique sportive sont ainsi des outils universels de prévention primaire.

Malgré ses avantages reconnus en matière de prévention, la pratique physique régulière n'est toujours pas suffisamment mobilisée. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la tendance mondiale va vers une diminution du volume total de l'activité physique quotidienne. L'inactivité physique est devenue l'un des facteurs premiers de risque et est à l'origine d'environ 10% de la mortalité en Europe. Selon l'OMS, l'inactivité physique est la cause de 5% de la charge des cardiopathies coronariennes, de 7% du diabète de type 2, de 9% du cancer du sein et de 10% de cancer du côlon.

1 L'activité physique, une place grandissante dans les pratiques de santé

En parallèle, une littérature scientifique renouvelée et grandissante suggère clairement l'impact positif d'une activité physique sur le bien-être et le vécu de la maladie et probablement aussi, dans de nombreux cas, sur l'évolution des maladies. Elle vient en sus des approches physiothérapeutiques portées par les protocoles de rééducation et assurées par les kinésithérapeutes, par exemple pour un déficit neurologique.

Il est connu et validé, notamment dans le champ du surpoids et de l'obésité et depuis plusieurs décennies par le Plan National Nutrition Santé, que l'activité physique n'est plus une option mais fait partie intégrante de la thérapeutique, sans pour autant qu'elle ne bénéficie d'un financement spécifique.

Aujourd'hui, même si les données scientifiques méritent d'être consolidées, les exemples se multiplient et paraissent particulièrement illustratifs dans les secteurs des maladies cardio-vasculaires, du cancer, des maladies mentales et du vieillissement. L'activité physique adaptée est en train de devenir un outil à part entière dans la prise en charge des patients.

L'activité physique est à la fois un outil de prévention primaire pour l'ensemble de la population en bonne santé et un outil thérapeutique potentiel et désormais reconnu. Nos besoins de santé changent et notre système de santé doit évoluer avec eux. Avec le vieillissement de la population, et la chronicisation des maladies, un plan ambitieux

en faveur de l'activité physique et de l'activité physique adaptée doit être déployé.

À ce titre, de récentes dispositions législatives ont ouvert la prescription médicale l'activité sportive. Depuis 2016 et la loi de modernisation de notre système de santé, dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée, 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.

L'activité physique adaptée (APA) « 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 » et « 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 »².

Les activités physiques adaptées sont alors dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret. Des professionnels, chargés de les mettre en oeuvre dans les parcours de soins des patients, ont rejoint et rejoignent les établissements sanitaires et médico-sociaux publics. Les enseignants en activité physique adaptée, dont le rôle devient central, demeurent toutefois encore méconnus et attendent aujourd'hui une reconnaissance à la hauteur de leur participation.

2 Des initiatives locales exemplaires qui se multiplient

En dehors des hôpitaux et structures médico-sociales publics, des initiatives locales naissent et démontrent une sensibilité accrue de la part des élus locaux pour les enjeux autour de l'activité physique.



À Paris, par exemple, des dispositifs "Paris Sport Santé" ont été mis en place par la ville pour inciter la population à pratiquer une activité sportive adaptée, notamment avec la Maison sport-santé de la ville.

— villeurbanne —

À Villeurbanne, un dispositif "en forme sur ordonnance" propose de l'activité physique adaptée sur ordonnance, depuis janvier 2018, à destination des citoyens en affection de longue durée (ALD) et éloignés des pratiques physiques. Si les initiatives existent, et se développent, l'offre, notamment de ville demeure limitée et doit pouvoir se développer pour permettre réellement aux citoyens d'accéder à cette prise en charge.

² Article D. 1172-1 du Code de la santé publique.



En Haute-Garonne, un plan de plus de quarante actions, destinées à proposer une offre de sport-santé de proximité, a été lancé par le Conseil départemental fin 2023. Un réseau sport-santé départemental, associant l'ensemble des acteurs du territoire (élus, médecins, sportifs, etc) va être créé, et des ambassadeurs en charge de promouvoir l'activité physique tout au long de la vie vont être désignés. 24 clubs de sport du département vont par ailleurs être labellisés "club inclusif" pour rendre accessible leur pratique aux personnes en situation de handicap.

Enfin, il faut souligner le rôle bénéfique potentiel de l'activité physique pour les professionnels de santé qui exercent dans nos établissements sanitaires et médico-sociaux publics et qui expriment une souffrance au travail. L'activité physique constitue un outil managérial au service des professionnels susceptible de participer à l'atténuation et au traitement des risques psycho-sociaux et de favoriser le bien-être au travail.

Plusieurs établissements publics l'ont déjà intégrée, ont équipé leurs locaux et promeuvent des séances individuelles ou de groupes bénéfiques en termes de santé, de lien social et de cohésion d'équipe. L'activité sportive doit être développée et encouragée dans le cadre de la politique sociale et de la prévention des structures sanitaires et médico-sociales publiques.

La promotion de l'activité physique adaptée à l'hôpital ou en dehors, dont la pertinence en matière de protection de la santé est désormais connue, ne pourra se faire sans une politique nationale structurée. Ce portage nécessitera un financement adapté, ciblé, et à la hauteur de l'ambition d'une démocratisation de la prescription de l'APA dans la pratique médicale, qui n'a pas encore vu le jour aujourd'hui. Il doit couvrir différents aspects :

- **Formation des professionnels de santé** aux dispositifs d'APA et de sport-santé ;
- **Financement de infrastructures** : équipements à l'hôpital, pour les patients comme pour les professionnels de santé, financement des Maisons sport-santé ;
- **Financement des séances d'APA** : prise en charge par la Sécurité Sociale, et nécessaire mobilisation des complémentaires santé.



Renforcer le pilotage et la promotion de l'activité physique à l'échelle nationale



PRÉCONISATION 1

Créer une délégation interministérielle chargée de coordonner les actions sport-santé en lien avec les collectivités territoriales

C'est à l'ensemble de la population que s'adresse l'action sport-santé et la promotion de l'activité physique. Les acteurs enjeu sont multiples et les cibles très nombreuses. Les champs sanitaire et médico-social, avec leurs spécificités, sont partie intégrante de cette dynamique. Pour atteindre ces objectifs ambitieux, la coordination d'une politique nationale impliquant les différents acteurs nationaux et territoriaux est une nécessité, sous l'égide d'une délégation interministérielle dédiée.

Elle contribuera à la fois à compléter la connaissance, à promouvoir et généraliser les initiatives, à définir les cibles, à recenser les expériences menées localement par les collectivités territoriales, les organismes de santé, le milieu associatif, mais également à fédérer les acteurs partout en France.

Elle aura pour mission d'accompagner les territoires dans le virage sport-santé et d'assurer la coordination des actions entreprises. Elle recueillera un assentiment certain à la fois par le gain en matière de santé et par le lien social induit par la pratique.

Cette délégation interministérielle pourra ainsi être en coordination des actions du Ministère de la Santé, du Ministère des Sports et du Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales.



PRÉCONISATION 2

Faire des mobilités actives une grande cause nationale, pour lutter contre la sédentarité

Dans un rapport de février 2022, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentaire, de l'Environnement et du travail (ANSES) précisait que le manque d'activité physique et la sédentarité de 95% des adultes français les exposerait à une détérioration de leur état de santé.

Au-delà de l'aspect thérapeutique du sport, il s'agit de faire entrer la lutte contre la sédentarité dans les pratiques quotidiennes de nos concitoyens. Les mobilités actives sont l'un des premiers leviers mobilisables en ce sens. Le rapport "Marcher, Bouger, Pédaler" de la mission gouvernementale consacrée aux mobilités actives dans la lutte contre la perte d'autonomie, publié en 2022, précise toutefois que le développement des mobilités actives fait face à de nombreuses inégalités sociales, géographiques et culturelles.

Il s'agit donc de mener une politique volontariste de prévention primaire, qui doit d'abord passer par le financement d'une grande campagne de communication ciblée sur le Grand Âge.

Cette communication doit être accompagnée par le développement d'alternatives au vélo traditionnel, avec l'aide à l'achat de vélos à assistance électrique et de vélos-cargos, pour les particuliers et les établissements médico-sociaux.

Les collectivités territoriales, et notamment les municipalités, doivent être associées au premier ordre dans cette initiative nationale, en adaptant l'urbanisme pour permettre l'évolution de ces mobilités en toute sécurité.



PRÉCONISATION 3

Faire des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024 l'occasion de promouvoir toutes les formes d'activité physique, en y associant étroitement les établissements de santé et médico-sociaux publics

La pratique sportive n'est pas univoque. Souvent centrée autour de l'approche compétitive (gagner un match, améliorer un temps...), elle peut freiner certaines personnes à s'engager dans des clubs ou associations sportives, estimant ne pas avoir le potentiel ou les compétences attendus. Il s'agit alors de déconstruire les représentations négatives du sport chez des publics marqués par la dimension compétitive ou scolaire du sport, ou peu enclins à prendre soin d'eux.

À l'instar des actions menées par les maisons sport-santé en faveur du sport pour tous, il est nécessaire d'informer sur l'ensemble des pratiques sportives dont

peuvent profiter les individus, et selon leurs appétences.

À ce titre, l'organisation des Jeux olympiques et paralympiques à Paris en 2024 est l'occasion de promouvoir l'universalité de l'intérêt de l'activité physique, compétitive ou non. Il convient ainsi que les Agences régionales de santé (ARS) en lien avec les Comités départementaux olympiques et sportifs (CDOS) s'engagent dans la promotion de l'activité physique, qu'elle soit compétitive, ou à visée thérapeutique comme celle désormais mise en oeuvre pour les malades pris en charge dans les hôpitaux. À ce titre, il serait attendu que les établissements de santé et médico-sociaux soient systématiquement asso-

ciés à ces actions tout étant plus intégrés aux travaux et programmes menés par les CDOS.

Au-delà de l'année olympique 2024, des actions en faveur du développement et de la promotion de l'activité physique adaptée à destination des patients, en partenariat avec les structures hospitalières et médico-

sociales du territoire, pourraient être organisées lors des journées olympiques annuelles ayant lieu habituellement au mois de juin, et que ce type de pratique devienne un axe à part entière de la culture sportive et de sa promotion en France.



Systematiser les actions en faveur de l'activité physique dans les plans régionaux et locaux en faveur de l'amélioration de la santé de la population



PRÉCONISATION 4

Intégrer un volet sport-santé et activité physique adaptée dans tous les plans régionaux de santé (PRS)

Le plan régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels des actions que mène chaque agence régionale de santé (ARS). Ces actions visent à favoriser l'amélioration de l'état de santé de la population, l'accès à la santé, et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le PRS doit comporter un volet dédié à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Or, aujourd'hui, tous les PRS n'ont pas inscrit l'activité physique, et notamment l'activité physique adaptée, dans leurs documents. Des régions, comme l'Île-de-France ou l'Occitanie ont ouvert la voie d'une reconnaissance du sport-santé comme enjeu d'offres de soins sur le territoire.

L'ambition serait donc d'amplifier la démarche, de mettre l'enjeu du sport-santé et de l'activité physique adaptée au coeur des dispositifs régionaux de planification, en intégrant dans chaque PRS un volet autour du sport-santé et de l'activité physique adaptée.



PRÉCONISATION 5

Systematiser l'intégration de l'activité physique adaptée dans les contrats locaux de santé conclus entre les ARS et les collectivités territoriales

Les contrats locaux de santé (CLS) sont des outils portés conjointement par les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales afin de réduire les inégalités d'accès aux soins sur un territoire et de mettre en cohérence les initiatives portées par les deux entités. Ces CLS portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ils définissent une stratégie et des objectifs communs entre l'ensemble des acteurs du territoire considéré ainsi que les moyens pour les atteindre.

Il est donc l'outil adapté pour décliner localement, selon les besoins, les orientations issues du PRS en matière de sport-santé et de l'activité physique adaptée et accompagner les collectivités territoriales et acteurs locaux à proposer une offre de proximité en la matière. Sur l'initiative des ARS, il convient donc de systématiser l'intégration d'objectifs et d'actions en faveur du déploiement et de l'accès à l'activité physique adaptée lors de la conclusion des CLS.

DÉFINIR UN CADRE DE FINANCEMENT PÉRENNE

favorisant le déploiement et le recours à l'activité physique



PRÉCONISATION 6

Développer et promouvoir les Maisons sport-santé en définissant un cadre de financement pérenne et durable

Les Maisons sport-santé (MSS) sont des structures créées en 2019 dans le cadre de la stratégie nationale sport-santé. Elles ont pour objectif de contribuer à la lutte contre la sédentarité et ses conséquences néfastes sur la santé publique, notamment l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Elles entendent cibler prioritairement les personnes atteintes d'affections de longue durée et les publics éloignés de l'activité physique et sportive. En 2023, ce sont 573 MSS qui ont été labellisées.

Les établissements de santé publics se sont également engagés dans cette voie. En 2018, le CHU de Caen a ouvert une salle d'activité physique, labellisée Maison sport-santé depuis 2021. Elle met en avant les bénéfices de l'activité physique régulière auprès des patients et également des professionnels. Les patients y ont accès à des fins thérapeutiques, dans le cadre de protocoles de soins et de recherche, tandis que les professionnels peuvent accéder toute la journée à des cours collectifs ou à la salle de musculation.

Les Maisons sport-santé se heurtent toutefois à des difficultés liées principalement à leur modèle économique, à leur gouvernance, à l'éloignement des publics ou à la rencontre de cultures professionnelles différenciées, comme le relève l'enquête menée par l'INJEP en 2023.

En premier lieu, le financement des structures et des actions sport-santé n'est en général pas pérenne. Il repose sur des subventions très variables et des appels à projets souvent annuels.

Ce système ne permet pas de pérenniser les actions. L'absence de prise en charge systématique par l'Assurance maladie et les mutuelles des activités des Maisons sport-santé et des prescriptions de sport sur ordonnance constitue également un obstacle au développement des APA (cf infra).

Fin 2023, le Ministre de la Santé et de la Prévention, Aurélien ROUSSEAU, annonçait que, 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 augmenteraient de 2 millions d'euros (6 millions d'euros au total). Le ministère de la Santé et de la Prévention a proposé d'apporter un soutien au Programme via les crédits du Fonds d'intervention régional à hauteur de 6 millions d'euros.

Si cet engagement est à saluer, il doit se poursuivre par **la construction d'un système de financement dédié et pérenne**, afin de viabiliser l'économie de ces structures, et en leur donnant des perspectives dans le temps long.

La distance géographique est également un enjeu car il éloigne les publics du sport-santé. En effet, les MSS rencontrent des difficultés à capter les publics des quartiers prioritaires de la politique de la ville qui seraient moins disposés à prendre soin d'eux, ou encore davantage préoccupés par leurs conditions de vie précaires. Ils évoquent également la difficulté à faire venir les habitants des zones rurales, confrontés pour leur part à la distance géographique, à

l'isolement ainsi qu'aux difficultés de transport entre leur domicile et les MSS.

Une action publique en faveur du développement et de la promotion des MSS dans ces zones est à mener. Une **campagne de communication ministérielle dédiée, à destination de ces publics, sur les avantages du sport-santé et l'intérêt des MSS est à déployer**, ainsi que des facilités pour s'y rendre.

Enfin, afin de mieux intégrer les MSS dans les politiques locales, celles-ci pourraient être de manière plus systématique intégrées

dans les instances de concertations menées autour des collectivités territoriales, notamment par leur inclusion dans les discussions autour des contrats locaux de santé (CLS).

Un mode de fonctionnement plus décentralisé au plus proche des habitants en coordination avec les mairies et leurs équipement publics mérite d'être expérimenté.



PRÉCONISATION 7

Prévoir le financement des professionnels en activité physique adaptée dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) par la branche autonomie

Pour assurer le recrutement effectif de professionnels en activité physique adaptée en établissements et services médico-sociaux (ESSMS), et en particulier dans les EHPAD, il convient que le financement de ces postes soit assuré par la solidarité nationale. En effet, pour éviter d'augmenter le reste à charge des résidents et permettre un recrutement généralisé sur l'ensemble du territoire national, les professionnels APA doivent élarger sur les sections « soins » des structures.

La branche autonomie de la Sécurité Sociale, dans le cadre du plan de création des 50 000 postes soignants à horizon 2030, doit par conséquent prévoir le financement de ces nouveaux personnels.

Les crédits nouvellement fléchés pour la fonction APA doivent permettre le recrutement en interne d'un professionnel APA ou bien le financement de séances réalisées par un professionnel extérieur.

Cette nouvelle compétence peut également être mutualisée entre plusieurs établissements au sein d'un même groupement territorial social et médico-social (GTSMS).

PRÉCONISATION 8

Instaurer un nouveau compartiment de financement des ESSMS sous forme d'un « forfait prévention » pérenne y favorisant le développement de l'APA

Au-delà du financement des professionnels APA au sein des ESSMS, la promotion de l'activité physique, ne pourra se faire sans un modèle de financement renouvelé, prenant en compte les actions de prévention.

Mission fondamentale des ESSMS, notamment à travers les centres de ressources territoriaux (CRT) portés par les EHPAD et les SSIAD, la prévention ne dispose pas à ce jour de canal de financement. Les actions aujourd'hui portée par les établissements le sont sur fonds propres ou bien par réponse à des appel à projet limité dans le temps.

Il convient de changer de logique en créant une **nouvelle brique de financement des ESSMS basée sur des objectifs de prévention.**

Cette nouvelle modalité de financement est assumée par la branche autonomie dans le cadre des travaux actuels de réforme du modèle économique des EHPAD et des ESSMS PH (réforme Sérafin). L'objectif doit être de sortir de la logique préexistante de financement par procédures itératives d'appel à projets pour aller vers un financement pérenne des actions.

Concernant l'activité physique adaptée, ce nouveau financement doit couvrir la formation des professionnels de santé aux dispositifs d'activité physique et le financement d'infrastructures (équipements en ESSMS et à domicile).

PRÉCONISATION 9

Mettre en place une labellisation des équipes et structures sanitaires et médico-sociales ayant développé des actions favorisant l'activité physique

La promotion de l'activité physique adaptée à l'hôpital public ne pourra se faire sans un financement et un soutien adapté, ciblé, aux initiatives (professionnels, infrastructures...) et à la hauteur de l'ambition d'une démocratisation de la prescription de l'activité physique adaptée dans la pratique médicale. C'est la condition essentielle pour assurer leur pérennité et leur répliquabilité.

Afin de reconnaître et soutenir l'engagement des établissements de santé et médico-sociaux dans le sport-santé, un label pourrait être créé et décerné par le Ministère de la Santé selon un cahier des charges à préciser. Il valoriserait les démarches innovantes entreprises en faveur des patients et/ou des professionnels de la struc-

ture dans un souci d'attractivité, de visibilité et de certification qualité d'une prise en charge. Serait ainsi mise en avant la pratique d'une activité physique à visée préventive ou thérapeutique sans considération compétitive et répondant à un cahier des charges à concevoir. Les établissements lauréats se verraient attribuer une dotation financière afin de pérenniser les actions entreprises.



PRÉCONISATION 10

Engager une réflexion avec l'Assurance maladie pour définir un système de remboursement des actes prescrits d'activité physique adaptée

Il n'est pas possible de bénéficier d'un remboursement de la part de l'Assurance maladie pour la pratique de l'activité physique adaptée prescrite. Ainsi, un patient peut devoir régler l'intégralité des dépenses liées à l'APA, alors que celle-ci est essentielle dans son parcours de soins.

À ce jour, **deux types de prise en charge partielles ou totales** sont toutefois possibles mais demeurent très variables selon les individus :

- **Par certaines collectivités territoriales** qui proposent des aides directes ou indirectes pour financer l'APA avec l'appui des agences régionales de santé, des conseils départementaux ou des communes. C'est le cas de Strasbourg ou de Paris, par exemple. Les collectivités interviennent également par la mise à disposition de structures (locaux et personnel d'accueil) ;
- **Par la complémentaire santé** : sur présentation d'une ordonnance, certaines mutuelles remboursent la pratique d'une APA.

Cette situation peut représenter un obstacle financier à l'accès à l'activité physique adaptée, notamment de la part de publics disposant de faibles moyens économiques. Il est donc indispensable d'engager une réflexion avec l'Assurance maladie pour un définir un système de remboursement pérenne des actes d'APA pour l'ouvrir au plus grand nombre. À ce titre, l'inscription dans la nomenclature des actes les actes d'APA afin d'assurer leur prise en charge et ainsi ouvrir cette activité au plus grand nombre serait un premier jalon.



PRÉCONISATION 11

Mener une campagne nationale visant à mieux faire connaître les métiers de l'activité physique adaptée pour susciter les vocations

Nos besoins en santé changent et notre système de santé et ses modes de prise en charge doivent également évoluer. L'espérance de vie augmente : elle est de 85,3 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes, soit +16,2 ans et +15,8 ans depuis 1950. D'ici 2040, la France comptera 2,4 millions de personnes de plus de 80 ans supplémentaires par rapport à aujourd'hui. Pareillement, en 2021, la France compte 12 millions de patients atteints d'une maladie chronique reconnue dans le cadre des affections longue durée (ALD). La prévalence de ces maladies est passée de 14,6% en 2008 à 17,8% en 2021, notamment à cause du vieillissement de la population

Face à ces enjeux, la démocratisation de l'activité physique adaptée passera par la formation des professionnels de santé, et des encadrants des séances.

Aujourd'hui, l'activité physique adaptée peut être dispensée par :

- Masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien ;
- Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée ;
- Les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée.

L'APA étant aujourd'hui indispensable, et son importance n'allant que croître, il convient de mettre en œuvre un plan de communication, sous l'égide des Ministères de la Santé, de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche à destination des lycéens et étudiants favorisant leur insertion dans les voies de formation sport-santé et activité physique adaptée.

Par ailleurs, les enseignants en activité physique adaptée sont largement formés dans le cursus de sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), différentes des filières de formation médicale et soignante.

Afin de créer des synergies nouvelles entre professionnels amenés à exercer ensemble de manière renforcée à l'avenir, une réflexion peut être lancée afin de favoriser l'émergence de modules de formation commun, de temps de stage, de partage des pratiques et de découverte des métiers type "vis ma vie".



PRÉCONISATION 12

Reconnaître les missions des professionnels de l'APA dans les établissements publics

Les établissements publics de santé recrutent aujourd'hui de plus en plus d'enseignants en activité physique adaptée, tant leur intérêt dans la réalisation de parcours de soins, souvent pour des maladies au long cours et/ou complexes, a été démontré.

Toutefois, ces professionnels ne peuvent être aujourd'hui recrutés que par voie contractuelle. Il n'existe en effet ni concours d'entrée dans la fonction publique dédiée, ni de grille indiciaire qui leur est propre.

Il en résulte des difficultés à se projeter dans la carrière hospitalière que ce soit dans l'acquisition du statut de fonctionnaire ou dans leurs perspectives de rémunération.

Face à l'augmentation du nombre de ces professionnels au sein des structures publiques, sanitaires et médico-sociales, un chantier doit être ouvert afin de mieux reconnaître ces professionnels en leur proposant un concours d'entrée dédié ainsi qu'une grille de rémunération propre à leur corps.

Cette évolution sera également un préalable à une attractivité accrue de ces professionnels dans les structures hospitalières et médico-sociales.

RENFORCER L'INTÉGRATION

de l'activité physique dans les parcours de soins



La prescription de l'activité physique adaptée dans les parcours de soins



PRÉCONISATION 13

Sensibiliser les professionnels de santé sur l'intérêt de prescrire de l'activité physique

Les médecins et spécialistes peuvent prescrire l'activité physique sur ordonnance dans de nombreuses maladies, en complément des traitements classiques. La prescription médicale de l'activité physique a été mise en place depuis 2017.

En 2023, l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) faisait néanmoins le constat que la prescription de l'activité physique adaptée ne va pas encore de soi pour l'ensemble des professionnels de santé. Selon l'étude menée par l'institut, si des barrières d'accès à ce type de prise en charge existent (offre moindre dans certains territoires notamment), tous les professionnels médicaux ne sont pas encore pleinement sensibilisés à la logique préventive et non médicamenteuse, ni rassurés à l'idée d'envoyer leurs patients vers des acteurs qui ne sont pas des professionnels de santé reconnus, comme les éducateurs sportifs et enseignants en APA.

Afin de favoriser le recours à l'activité physique adaptée prescrite, il est préconisé de renforcer la sensibilisation des professionnels de santé, notamment médicaux, sur l'intérêt de prescrire du sport. Des modules en premier ou deuxième cycle d'étude médicale, autour de l'éducation médico-sportive et l'activité physique adaptée, pourraient être systématisés. De même, des évaluations du recours par les médecins traitant de l'APA peuvent être déployées par les caisses primaires d'assurance maladie.

En parallèle, et compte tenu du développement des infirmiers de pratique avancée (IPA) au sein des parcours de soins, une réflexion peut être ouverte sur l'extension à ces professionnels de la possibilité de prescrire de l'APA et/ou d'en assurer le suivi et le renouvellement avec les patients pris en charge.



PRÉCONISATION 14

Inscrire la prescription d'activité physique adaptée dans les Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROSP) des médecins libéraux

Au-delà de la sensibilisation des professionnels médicaux à l'intérêt de prescrire de l'activité physique à leurs patients qui pourrait intervenir dès leur formation initiale, il peut être mis en place des incitations financières des praticiens libéraux à orienter leurs patients vers de l'APA.

À ce titre, les rémunérations sur objectif de santé publique (ROSP) contribuent à faire évoluer les pratiques pour atteindre des objectifs de santé. La création d'une valorisation financière spécifique encourageant les praticiens libéraux à s'engager dans les prescriptions de l'activité physique adaptée permettrait de développer cette pratique auprès des publics ciblés.



PRÉCONISATION 15

Permettre l'expérimentation de la prescription d'activité physique adaptée dans des parcours de soins innovants

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. Il intègre de fait les maladies telles que l'obésité, les maladies métaboliques ou les maladies cardiovasculaires qui ont déjà souvent depuis longtemps de recours à l'APA et dont l'exemple a contribué à en promouvoir le développement.

La prescription d'un programme d'APA doit ainsi répondre à quatre conditions :

- Le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques ;
- Il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS ;
- Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire ;
- Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable.

Cette prescription est ainsi aujourd'hui ouverte pour :

- Les maladies chroniques³ 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 ;
- 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 ;
- Les situations de perte d'autonomie dues au handicap ou au vieillissement suivantes :
 - La personne est bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie ;
 - La personne est bénéficiaire de l'aide à domicile ;

³ Décret n°2020-235 du 30 mars 2023 fixant la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activité physique adaptée.

- La personne est bénéficiaire d'un droit attribué par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;
- La personne est titulaire de la carte "mobilité inclusion" ;
- La personne a réalisé un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge révélant une fragilité.

Si les textes en vigueur permettent la prise en charge d'une grande partie des malades dans les cas de figure précités, ils n'en demeurent pas moins restrictifs.

La prescription de l'activité physique adaptée doit dès lors être permise dans des champs de prise en charge encore inexplorés. Il est par exemple envisageable que des parcours de soins en rhumatologie, psychiatrie, obsté-

trique ou en post-chirurgical puissent être enrichis par la pratique physique encadrée et prescrite médicalement comme un levier d'amélioration du rétablissement.

Ainsi, il serait pertinent de recenser les parcours de soins ou simples prises en charge dans lesquels l'activité physique adaptée a un intérêt, mais qui ne correspondrait aux situations évoquées par décret et précédemment. Une fois ces parcours innovants identifiés, il est préconisé qu'un cadre expérimental soit proposé afin de permettre sur une durée déterminée la prescription de l'activité physique adaptée par le médecin. Les résultats de l'expérimentation, si positifs, pourraient donner lieu à une généralisation via une adaptation réglementaire des textes.

Le comité FHF Prévention a souhaité mettre en avant trois exemples de disciplines favorisant le recours à de l'activité physique adaptée : cancérologie, santé mentale et Grand Âge. Le bénéfice du sport-santé a d'abord été démontré dans les maladies cardio-vasculaires et métaboliques, et il faut saluer l'engagement des professionnels de santé précurseurs ayant construits les premiers programmes d'activité physique adaptée, au bénéfice des patients et de la démocratisation du sport comme approche préventive.

Ces programmes innovants permettent d'intégrer aujourd'hui le sport-santé dans l'ensemble des parcours de soins.

La cancérologie notamment a vu le développement de l'APA s'imposer dans des protocoles de soin dans les établissements publics depuis plusieurs années, bien que des efforts en matière de promotion et de soutien restent à fournir.

Par ailleurs, plusieurs études et initiatives promouvant le recours à de l'APA dans les prises en charge psychiatriques ont été réalisées ces dernières années.

Enfin, de nombreux établissements médico-sociaux publics mettent en place des programmes d'APA au bénéfice de leurs résidents, et il s'agit désormais de les soutenir.



Focus : Cancérologie et activité physique adaptée

PRÉCONISATION 16

Promouvoir les études sur l'activité physique adaptée en cancérologie, par pathologie, ouverte sur la ville et le domicile, sur la prévention du cancer, l'amélioration de sa prise en charge, et la qualité de vie des patients

Les études sur l'impact du sport sur la prévention du cancer est particulièrement hétérogène. Cette diversité de qualité des études rend difficile l'identification des programmes adaptés par pathologie ainsi que les bénéfices attendus.

Les bénéfices du sport-santé au cours de la maladie sont aussi bien documentés pour certains cancers comme le sein. D'autres, comme les cancers de mauvais pronostics, sont quant à eux moins bien documentés.

De la même manière, le bénéfice du sport sur d'autres facteurs comme l'anxiété et le bien-être sont bien démontrés, sans que les études ne soient suffisamment développées pour tous les types de cancer.

Enfin, si les études existantes sont organisées au sein des hôpitaux, il est nécessaire de les étendre à d'autres structures.

PRÉCONISATION 17

Construire et développer des parcours structurés intégrant l'activité physique adaptée en cancérologie

La cancérologie bénéficie de programmes d'APA qui se développent, notamment au sein des établissements publics de santé qui sont précurseurs. À titre d'exemple, le CHI Compiègne-Noyon a ouvert en 2021 un espace bien-être dédié aux soins de support en oncologie, incluant des séances d'activité physique adaptée proposées chaque semaine aux patients suivis.

On observe toutefois un manque de culture médicale sur ces programmes, entraînant un faible taux de prescription. Ce faible taux de prescription est accentué par le manque de données existantes pour définir des programmes adaptés aux différentes pathologies, entraînant une hétérogénéité des séances d'APA en nombre, durée et type de séances.

On observe par ailleurs des problématiques organisationnelles fortes avec des séances d'APA organisée lors de séjours à l'hôpital et souvent réalisée lors de séances de chimiothérapie, de manière ponctuelle.

Pour éviter aux patients la nécessité de revenir à l'hôpital, il semble nécessaire de pouvoir **proposer ces séances au plus près du domicile du patient**, notamment via les Maisons sport-santé. L'enjeu réside aussi dans les territoires ruraux, qui ne bénéficient pas de structures adaptées.

Les programmes d'APA impliquent un nombre important d'acteurs (associations, professionnels de santé, collectivités territoriales, établissements de santé publics et privés, avec un manque de coordination et un regroupement autour des centres d'expertise. Il est ainsi aujourd'hui nécessaire de concevoir et déployer des parcours en cancérologie structurés et coordonnés en matière de prise en charge incluant l'activité physique adaptée. Cette réflexion pourrait être menée de concert entre la HAS, la CNAM, l'INCa et les offreurs de soins en oncologie.



Focus : Santé mentale et activité physique adaptée



PRÉCONISATION 18

Promouvoir les bénéfices de l'activité physique adaptée dans le secteur de la psychiatrie pour encourager son déploiement dans les parcours de soins

L'activité physique à visée thérapeutique est communément mise en oeuvre dans les secteurs de prise en charge somatique. Son intégration dans des parcours psychiatrique paraît moins évidente malgré le fait que les pionniers de la psychothérapie institutionnelle se soient intéressés au sujet dès 1948. Si des établissements (essentiellement des établissements monodisciplinaires) ont intégré l'activité physique adaptée aux médiations thérapeutiques, ces activités restent trop souvent cantonnées à de l'occupationnel.

Rejoignant l'intuition des pionniers, la littérature s'est développée suggérant fortement la pertinence d'intégrer l'activité physique, notamment pour :

- Psychoses aiguës ou chroniques : patients présentant des symptômes positifs (délires, hallucinations), et/ou des symptômes négatifs (émoussement affectif, avolition, alogie, anhédonie...). Les capacités à communiquer, à verbaliser et à vivre en communauté sont régulièrement altérées : désorganisation du discours et du comportement, altérations cognitives, altération de la qualité de vie et handicap fonctionnel dans les champs sociaux, familiaux, professionnels.
- Troubles de l'humeur : que ce soit sur le versant dépressif (dépression) ou expansif (manie) les troubles de l'humeur opèrent une rupture radicale dans la trajectoire de vie du patient avec une altération profonde

de la perception de la réalité et de son environnement. Pour la dépression, la première phase du traitement est l'activation comportementale dont la reprise d'une activité physique fait partie et redynamise les patients et devrait être proposée systématiquement.

- Les troubles de la personnalité au sens large, troubles anxieux envahissants, troubles limites, troubles des conduites, troubles du contrôle pulsionnel.
- Les patients porteurs de pathologies de comorbidités somatiques chroniques : diabète, HTA ;
- La prévention des syndromes métaboliques, du surpoids et de l'obésité lors de troubles chroniques.

Les effets positifs potentiels étant désormais documentés rejoignant le savoir expérimental développé par les établissements ayant intégré l'activité physique adaptée dans leur démarche thérapeutique, il convient de porter dans le débat public, auprès des décideurs et auprès des soignants, la pertinence de systématiser l'intégration de l'activité physique adaptée dans les parcours.

Cela passera par le recensement et le partage d'initiatives entreprises dans les services psychiatriques et centres hospitaliers de santé mentale en France, pour les lister et les diffuser.

Une information à destination des professionnels, notamment des encadrants sur les bénéfices de l'activité physique adaptée en psychiatrie, et au sein des filières de formation des enseignants en activité physique adaptée sont à porter.



Focus : Grand Âge et activité physique adaptée



PRÉCONISATION 19

Créer et valoriser des indicateurs illustrant l'impact d'une généralisation de l'activité physique adaptée en EHPAD sur le maintien de l'autonomie des résidents

Si les impacts socio-économiques du sport-santé en France sont aujourd'hui documentés, il convient à présent de systématiser cet indicateur afin de le faire rentrer dans les axes d'amélioration de l'accompagnement des résidents.

En effet, sur le seul champ du grand âge en EHPAD, une étude menée par Claudia SENIK, Carine MILCENT et Chloé GERVÈS-PINQUIÉ (2015) démontre qu'une pratique régulière d'APA permet une baisse importante du nombre de chutes. Alors que les chutes représentent la première cause de traumatismes physiques chez les plus de 70 ans (INSERM 2015), elles ont des conséquences sanitaires, sociales et économiques impor-

tantes. Selon cette étude, une généralisation d'un programme d'APA à l'ensemble des EHPAD français permettrait une économie, pour la solidarité nationale, comprise entre 421M€ et 771M€. La Cour des Comptes a quant à elle chiffré l'impact des chutes des personnes âgées à plus de 2mds€. Pour rappel, les chutes sont responsables de 10 000 décès annuels.

Il est donc urgent d'actionner ce levier de l'APA pour réduire le nombre de chutes et leurs effets pour les personnes âgées, conformément aux objectifs du "plan antichute des personnes âgées" adopté par le Gouvernement en 2022.



PRÉCONISATION 20

Systématiser le passage d'un professionnel de l'activité physique adaptée pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie à domicile

Les Français, dans une large majorité, expriment leur préférence pour vieillir à domicile plutôt que dans un établissement. Si cette volonté est parfaitement compréhensible, elle doit être assortie de moyens suffisants pour rendre possible le maintien à domicile le plus longtemps possible, dans de bonnes conditions. Et alors que les besoins d'aide et d'accompagnement à domicile vont augmenter de 20% dans les 10 prochaines années, il en est de même pour les besoins d'investissement permettant d'adapter les logements des personnes âgées.

Cette préconisation vise à systématiser les visites à domicile de professionnel APA à un moment clef qui est celui de la première demande d'allocation personnalisée à l'autonomie, afin de procéder à une évaluation globale du logement et de proposer des aménagements afin de préserver au maximum l'autonomie des personnes âgées.



PRÉCONISATION 21

S'appuyer sur le déploiement de l'outil ICOPE et des consultations de prévention aux « âges clefs », pour mieux informer sur les conduites à tenir en matière d'activité physique et sportive et formuler des recommandations adaptées à chacun

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a instauré des « rendez-vous de la prévention » pour lutter contre l'apparition de facteurs de risques ou de pathologies, à trois périodes clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans). Celle prévue auprès des 60-65 ans apparaît comme une réelle opportunité pour prévenir et dépister l'apparition de fragilités et mettre en place des stratégies de soins et d'éviter une perte d'autonomie. À l'appui de ces consultations de prévention, l'organisation d'un repérage systématique des signes de fragilité annonciateurs de la perte d'autonomie permettrait d'identifier en amont une dégradation de l'état de santé des personnes âgées et de relayer les alertes aux professionnels concernés au bon moment. Telle est l'ambition du programme conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé intitulé ICOPE (*Integrated Care for Older People ICOPE*) serait l'outil officiel de repérage de la fragilité.

La généralisation et le déploiement du programme ICOPE sont inscrits dans la proposition de loi pour le Bien Vieillir actuellement en discussion au Parlement.

Ces temps doivent pouvoir être l'occasion de faire le point sur les conduites à tenir en matière d'activité physique et sportive en fonction des possibilités de chacun.

ENCOURAGER LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

des professionnels exerçant en établissements de santé et médico-sociaux publics



PRÉCONISATION 22

Réaliser et diffuser un inventaire des bonnes pratiques en matière d'activité physique dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et de leurs modalités de mise en œuvre

Des dispositifs innovants en matière d'activité physique au travail se développent dans des établissements, que ce soit des cours de yoga, de la danse, du *breathework*, challenge sportif inter-établissement, des créations de salles de sport, temps dédiés autour de la pratique du vélo...

Des initiatives en matière de financement seraient ainsi listées et diffusables, telles que :

- La conclusion de nouveaux contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dédiés à la diffusion du sport-santé et au bien-être des professionnels de santé par l'activité physique comme déjà proposés par l'ARS Grand-Est ;

- Des financements d'infrastructures sportives par le biais des fondations hospitalières, comme au CHU de Rennes ou à l'AP-HP ;
- La mobilisation d'acteurs privés pour la réalisation d'infrastructures dédiées notamment à la pratique sportive, comme au CHI de Créteil avec la construction du pôle QVT comprenant notamment une salle de sport.



PRÉCONISATION 23

Intégrer dans les projets sociaux et les politiques de prévention des établissements de santé et médico-sociaux une dimension pratique sportive au travail

Les établissements devront s'engager à mettre en place une politique favorisant la pratique sportive de ses professionnels, dans un objectif d'amélioration de leur santé, de leur bien-être et de la diminution de leur stress. Pour ce faire, l'introduction dans les projets sociaux des établissements de santé, sur l'impulsion des ARS, d'une dimension pratique physique au travail est un levier d'action pertinent.

Il permet de souligner l'intérêt de l'établissement pour l'amélioration du bien-être de ses professionnels, tout en dessinant un cap pluriannuel et des actions à mettre en place dans le temps long.

Des sessions spécifiques et régulières d'accompagnement à l'exercice physique adapté par des professionnels internes, et valorisées pour ces derniers, peuvent être

systématiser dans ce plan et être mise en avant comme actions essentielles à destination des professionnels.

C'est ce qu'a fait notamment le CHU de Caen, qui a ouvert une salle d'activité physique en 2018, labellisée maisons sport-santé depuis 2021, partagée entre patients et professionnels de l'établissement.

Ces derniers y bénéficient de cours collectifs (pilate, step, cardio...) et peuvent accéder à une salle de musculation.



PRÉCONISATION 24

Expérimenter avec des établissements de santé volontaires l'impact de temps d'activité physique inclus dans le temps de travail sur l'exposition aux risques professionnels et l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail

Il est parfois difficile pour les professionnels de santé de se dégager du temps pour avoir une pratique sportive, et ce malgré les dispositifs mis à leur disposition (séance de sport adapté, salle de sport...).

Afin de favoriser la pratique sportive dans les établissements de santé et médico-sociaux, une expérimentation pourrait être lancée auprès de structures volontaires constituant à accorder un temps, soit quotidien soit hebdomadaire, aux professionnels pour la pratique sportive, comme cela se pratique déjà dans la Fonction Publique d'État et la Fonction Publique Territoriale. À Poissy par exemple, les agents de la mairie bénéficient de deux heures par semaine sur leur temps de travail pour pratiquer une activité physique depuis 2017. En Occitanie, la préfecture de région a quant à elle en oeuvre la "pause active"⁴.

Plusieurs expérimentations pourraient être proposées : du réveil musculaire quotidien à l'identification d'un créneau d'une à deux heures par semaine, le temps consommé serait inclus dans le temps de travail.

Les évaluations pourraient se dérouler a minima sur 18 mois, avec une dimension quantitative (évolution du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire, du taux d'accident du travail, du taux de turn-over) et qualitative (diffusion de questionnaires à l'ensemble des professionnels en amont de l'expérimentation puis tous les 6 mois pour évaluer leurs ressentis en termes d'exposition au stress, aux risques psycho-sociaux et aux troubles musculosquelettiques).

Pour rappel, « l'étude de l'impact économique de l'Activité Physique et Sportive (APS) sur l'entreprise, le salarié et la société civile » réalisée par le cabinet *Goodwill-Management* (2015) affirme qu'une APS régulière à intensité modérée permet une économie sur les dépenses de santé de l'ordre de 308€ à 348€ par salariés.

⁴ Source : *Acteurs Publics Hors-Série #2*, Octobre 2020.

LES 24 PROPOSITIONS DE LA FHF EN FAVEUR DU SPORT-SANTÉ

FAIRE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

un enjeu fort de santé publique
mobilisant l'ensemble des acteurs



Renforcer le pilotage et la promotion de l'activité physique à l'échelle nationale



PRÉCONISATION 1

Créer une délégation interministérielle chargée de coordonner les actions sport-santé en lien avec les collectivités territoriales



PRÉCONISATION 2

Faire des mobilités actives une grande cause nationale, pour lutter contre la sédentarité



PRÉCONISATION 3

Faire des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024 l'occasion de promouvoir toutes les formes d'activité physique, en y associant étroitement les établissements de santé et médico-sociaux publics



Systematiser les actions en faveur de l'activité physique dans les plans régionaux et locaux en faveur de l'amélioration de la santé de la population



PRÉCONISATION 4

Intégrer un volet sport-santé et activité physique adaptée dans tous les plans régionaux de santé (PRS)



PRÉCONISATION 5

Systematiser l'intégration de l'activité physique adaptée dans les contrats locaux de santé conclus entre les ARS et les collectivités territoriales

DÉFINIR UN CADRE DE FINANCEMENT PÉRENNE favorisant le déploiement et le recours à l'activité physique



PRÉCONISATION 6

Développer et promouvoir les Maisons sport-santé en définissant un cadre de financement pérenne et durable



PRÉCONISATION 7

Prévoir le financement des professionnels en activité physique adaptée dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) par la branche autonomie



PRÉCONISATION 8

Instaurer un nouveau compartiment de financement des ESSMS sous forme d'un « forfait prévention » pérenne y favorisant le développement de l'APA



PRÉCONISATION 9

Mettre en place une labellisation des équipes et structures sanitaires et médico-sociales ayant développé des actions favorisant l'activité physique



PRÉCONISATION 10

Engager une réflexion avec l'Assurance maladie pour définir un système de remboursement des actes prescrits d'activité physique adaptée

MIEUX (RE)CONNAÎTRE

les professionnels de l'activité physique adaptée



PRÉCONISATION 11

Mener une campagne nationale visant à mieux faire connaître les métiers de l'activité physique adaptée pour susciter les vocations



PRÉCONISATION 12

Reconnaître les missions des professionnels de l'APA dans les établissements publics

RENFORCER L'INTÉGRATION

de l'activité physique dans les parcours de soins



La prescription de l'activité physique adaptée dans les parcours de soins



PRÉCONISATION 13

Sensibiliser les professionnels de santé sur l'intérêt de prescrire de l'activité physique



PRÉCONISATION 14

Inscrire la prescription d'activité physique adaptée dans les Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROSP) des médecins libéraux



PRÉCONISATION 15

Permettre l'expérimentation de la prescription d'activité physique adaptée dans des parcours de soins innovants



Focus : Cancérologie et activité physique adaptée



PRÉCONISATION 16

Promouvoir les études sur l'activité physique adaptée en cancérologie, par pathologie, ouverte sur la ville et le domicile, sur la prévention du cancer, l'amélioration de sa prise en charge, et la qualité de vie des patients



PRÉCONISATION 17

Construire et développer des parcours structurés intégrant l'activité physique adaptée en cancérologie



Focus : Santé mentale et activité physique adaptée



PRÉCONISATION 18

Promouvoir les bénéfices de l'activité physique adaptée dans le secteur de la psychiatrie pour encourager son déploiement dans les parcours de soins



Focus : Grand Âge et activité physique adaptée



PRÉCONISATION 19

Créer et valoriser des indicateurs illustrant l'impact d'une généralisation de l'activité physique adaptée en EHPAD sur le maintien de l'autonomie des résidents



PRÉCONISATION 20

Systématiser le passage d'un professionnel de l'activité physique adaptée pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie à domicile



PRÉCONISATION 21

S'appuyer sur le déploiement de l'outil ICOPE et des consultations de prévention aux « âges clefs », pour mieux informer sur les conduites à tenir en matière d'activité physique et sportive et formuler des recommandations adaptées à chacun

ENCOURAGER LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE des professionnels exerçant en établissements de santé et médico-sociaux publics



PRÉCONISATION 22

Réaliser et diffuser un inventaire des bonnes pratiques en matière d'activité physique dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et de leurs modalités de mise en œuvre



PRÉCONISATION 23

Intégrer dans les projets sociaux et les politiques de prévention des établissements de santé et médico-sociaux une dimension pratique sportive au travail



PRÉCONISATION 24

Expérimenter avec des établissements de santé volontaires l'impact de temps d'activité physique inclus dans le temps de travail sur l'exposition aux risques professionnels et l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis rue Cabanis – 75993 Paris cedex 14

T. + 33 (0)1 44 06 84 44 – fhf@fhf.fr

www.fhf.fr

