

SOMMAIRE

I.	Préambule	4
	Un constat global incontournable : la sédentarité augmente	4
	Or, pratiquer une activité physique a plusieurs impacts :	4
	Une orientation nationale....	4
	...Déclinée au plan régional	4
II.	Des évolutions législatives et réglementaires majeures	5
2.1	L'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé	5
2.2	Le décret N° 2016-1990 du 30 décembre 2016.....	5
2.3	L'instruction interministérielle du 3 mars 2017 N°DGS/EA3/	6
	DGESIP/DS/SG/2017/81	6
2.4	La convention- cadre signée le 19 septembre 2016.....	6
III.	Etat des lieux du déploiement des activités physiques et sportives adaptées	6
3.1	L'apport du mouvement sportif à la définition du « sport-santé ».....	6
3.2	L'apport des collectivités locales	7
3.3	L'offre régionale d'Activité Physique et Sportive en Île-de-France	8
3.2.1	Une pratique sportive largement répandue.....	8
3.2.2	Une pratique malgré tout insuffisante face aux recommandations en matière de santé	8
3.2.3	Une grande diversité dans les disciplines pratiquées, des concentrations fortes et des disparités résistantes.....	8
3.2.4	Des structures médico-sportives bien identifiées sur les territoires.....	9
IV.	Une stratégie régionale ambitieuse, fondée sur une collaboration forte.....	10
4.1	Des objectifs stratégiques identifiés dans la convention-cadre ARS/DRJSCS	10
4.1.1	Promouvoir la santé par le sport	10
4.1.2	Développer la mise en place de la prescription des activités physiques et sportives par les professionnels de santé.....	10
4.2	Des objectifs opérationnels développés dans le plan régional Sport Santé Bien-Etre (PRSSBE) : .	10
	Développer le recours à l'offre médico sportive régionale.....	10
	Sensibiliser et former les professionnels de la santé et du sport	10
	Favoriser le développement de parcours de santé	10
	Mettre en place un dispositif de contrôle de qualité et d'évaluation.....	10
	Définir une stratégie d'information communication	10
V.	Plan d'action 2017-2019.....	11
5.1	Développer le recours à l'offre médico sportive régionale.....	11

5.2	Sensibiliser et former les professionnels de la santé et du sport	11
5.3	Favoriser le développement de parcours d'activité physique - santé	11
5.4	Mettre en place un dispositif de contrôle de qualité et d'évaluation.....	12
5.5	Définir une stratégie d'information communication	12
VI.	Financements	12
VII.	Suivi et évaluation	13
Annexes	14

I. Préambule

Un constat global incontournable : la sédentarité augmente

Au niveau mondial, un adulte sur quatre manque d'exercice et plus de 80% des adolescents n'ont pas une activité physique suffisante. La sédentarité et l'inactivité physique sont à l'origine de 1,9 millions de décès dans le monde par an et de nombreuses pathologies chroniques.

L'Observatoire national de l'Activité physique et de la sédentarité a publié un état des lieux sur ces thématiques en 2017¹. En Ile-de-France, seuls 14% de la population pratiquent une activité physique au niveau des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Or, pratiquer une activité physique a plusieurs impacts :

- Cela réduit le risque d'apparition et d'aggravation de nombreuses pathologies chroniques
- Cela exerce des effets sur la santé mentale en réduisant le stress, l'anxiété et la dépression
- Cela limite la perte d'autonomie et le risque de chute chez la personne âgée.

Une orientation nationale...

L'activité physique est un axe qui figure dans différents plans nationaux, notamment le Programme National Nutrition Santé dont un des axes stratégiques vise le développement de l'activité physique et la limitation de la sédentarité.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé représente une avancée majeure, l'article 144 stipule que «dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.»

... Déclinée au plan régional

Depuis la parution de l'instruction DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012, la démarche régionale vise à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par la promotion de l'activité physique pour la santé, s'appuyant plus particulièrement sur les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé. Cette démarche s'inscrit plus largement dans le second Projet Régional de Santé d'Ile-de-France qui insiste sur une meilleure prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, notamment à travers l'aménagement urbain et la construction d'environnements favorisant la pratique de l'activité physique. L'aménagement urbain a aussi fait l'objet de recommandations dans le Plan national d'activité physique² en 2008.

La mise en œuvre de mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique est un socle commun d'intervention entre l'ARS et la DRJSCS, consolidé en 2016 par la convention cadre signée entre les deux institutions.

¹ <http://www.onaps.fr/publications/etudes/etat-des-lieux-de-l-activite-physique-et-de-la-sedentarite-en-france-edition-2017/>

² <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapPreventionActivite-2008.pdf> page 204

II. Des évolutions législatives et réglementaires majeures

Différentes étapes ont permis l'évolution législative de la prescription d'une activité physique au bénéfice de la santé jusqu'à la loi de janvier 2016.

A titre d'exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) a conduit, en 2011, une évaluation des pratiques de prescription non médicamenteuses, des freins et des leviers qui seraient mobilisables et des données validées pour le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Par ailleurs, en décembre 2015, l'HAS a élaboré des recommandations et des documents d'aide à la prescription d'une activité physique pour la santé selon l'âge des publics.

Le Programme national nutrition santé (PNNS) vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur les déterminants majeurs de la nutrition que sont l'alimentation et l'activité physique.

Les récents travaux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES) sur la révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité³, en février 2017, dans le cadre de l'actualisation des repères du PNNS 2017-2021, démontrent les effets favorables de l'activité physique et de la réduction de sédentarité en matière de prévention d'un grand nombre de pathologies chroniques. L'ANSES recommande la réduction des comportements sédentaires et la pratique d'activités physiques, dans tous les contextes de vie et à tous les âges. Elle préconise le développement d'espaces réservés aux piétons et aux cyclistes, la promotion des modes de transport collectifs, l'organisation du temps de travail et du temps scolaire qui permettraient notamment d'atteindre cet objectif.

2.1 L'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (Cf. annexe1)

Introduit la prescription de l'activité physique adaptée pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

2.2 Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 (Cf. annexe 2)

- Fixe les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant
- Décrit l'activité physique adaptée au sens de l'article L.1172-1, comme une pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par des muscles squelettiques, fondée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires
- Précise les intervenants concernés par la dispensation des activités physiques prescrites, soit:
 - les professionnels de santé : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens
 - les professionnels diplômés titulaires d'un diplôme d'Etat délivré par le ministère chargé des Sports ou d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle

³ <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

2.3 L'instruction interministérielle du 3 mars 2017^o

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

2.4 La convention - cadre signée le 19 septembre 2016 entre le Directeur général de l'ARS d'Île-de-France et le Directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Île-de-France, vise à développer des modalités et des outils de collaboration entre les services et à prévoir des déclinaisons territoriales spécifiques, en cohérence avec le plan stratégique de l'Etat en région et le projet régional de santé (Cf. annexe 4).

III. Etat des lieux du déploiement des activités physiques et sportives adaptées

3.1 L'apport du mouvement sportif à la définition du « sport-santé »

Au moment où l'activité physique et sportive est reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse par la Loi (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé), les fédérations sportives présentent sous l'égide du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) un dictionnaire, le **Médicosport-santé**. Sur la base d'une définition du « Sport-santé » proposée par la commission médicale du CNOSF - « *conditions de pratique d'une discipline sportive aptes à maintenir ou améliorer la santé dans le cadre de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire* » - cet outil vient concrétiser l'appui aux professionnels de santé en termes de préconisations et de prescriptions médicales d'activités physiques et sportives adaptées (APSA).

En Île-de-France, il s'inscrit en soutien aux différentes initiatives du mouvement sportif, conscient de son rôle en santé publique, pour proposer une offre de pratique diversifiée et encadrée.

De nombreuses études épidémiologiques ont démontré les effets hautement bénéfiques sur la santé d'une activité physique modérée et encadrée. Une revue de recensement des études a été publiée en 2011.⁴

⁴ Source : revue de recensement des études Kokkinos & Myers. *Circulation* 2011 ; 11 : 247-261

Le tableau ci-dessous résume les principaux effets bénéfiques de l'activité physique sur l'état de santé⁵

Pathologie	effet
Maladies cardio vasculaires	Risque diminué
Maladie coronarienne	Risque diminué : en prévention secondaire mortalité diminuée de 25% chez les sujets actifs
Prise de poids	Risque diminué
Diabète de type 2	Risque diminué de 58% chez les sujets actifs
HTA	Risque diminué
Cancer du colon	Risque diminué de 40% à 50% chez les sujets actifs
Cancer du sein	Risque diminué de 30% après la ménopause
Chutes (sujet âgé)	Risque diminué
Santé osseuse	Augmentée
Bien être	Augmenté
Dépression	Risque diminué

Sources : Données du Programme National Nutrition Santé et de la Société Française de Nutrition : « Activité physique et Santé » (Jean Michel OPPERT, Chantal SIMON, Daniel RIVIERE, Charles Yannick GUEZENNEC)

3.2 L'apport des collectivités locales

Des collectivités locales en Île-de-France se sont déjà investies dans une démarche de promotion de l'activité physique pour lutter contre la sédentarité et l'inactivité physique soit par la mise en place du programme ICAPS⁶ (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) comme par exemple la ville de Clichy-sous-Bois, par des dispositifs dits « programme passerelle » d'accompagnement des publics les plus fragiles à la reprise d'une activité physique comme sur la ville de Bobigny, soit par la mise en place du « sport sur ordonnance ». Sur la région Île de France, six villes font partie du réseau national des villes sport-santé sur ordonnance⁷ qui a vu le jour lors des Premières Assises européennes à Strasbourg en octobre 2015, sous l'égide du Réseau Français des Villes santé de l'OMS (liste au 30 mars 2017 : Charenton-le-Pont (94), Courcouronnes(91), Evry (91), Gif-sur-Yvette (91), Montreuil (93), Paris (75)).

⁵ Santé de l'homme N°387 / 2007 Pr Jean-Michel Oppert, Professeur de nutrition à l'université Pierre-et-Marie-Curie-Paris 6, praticien hospitalier service de nutrition de l'Hôtel-Dieu (AP-HP), Paris. Centre de recherche en nutrition humaine, Île-de-France : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/387/02.htm>

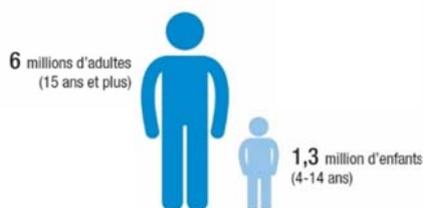
⁶ <http://www.mangerbouger.fr/pro/collectivites-locales/s-inspirer-75/promouvoir-l-ap-des-jeunes/les-actions-de-type-icaps.html>

⁷ <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg/le-reseau-national-des-villes-sport-sante-sur-ordonnance>

3.3 L'offre régionale d'Activité Physique et Sportive en Île-de-France

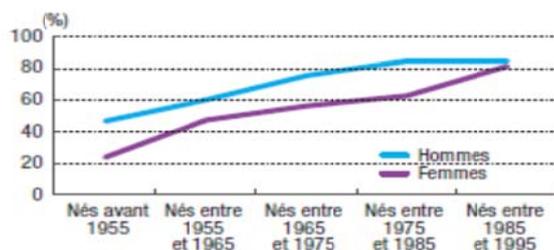
3.2.1 Une pratique sportive largement répandue

Avec près de 20 000 clubs, 2,4 millions de licences et environ 7 millions de pratiquants réguliers, soit 65 % de la population francilienne âgée de 4 ans ou plus (une pratique régulière correspond à au moins une pratique hebdomadaire)⁸, l'Île-de-France est une région massivement sportive.



Source : EPSF 2007-2014

Pratique sportive en club avant 16 ans au fil des générations (source EPSF 2009)



3.2.2 Une pratique malgré tout insuffisante face aux recommandations en matière de santé

Seuls 48 % de la population de 15 ans et plus pratiquent au moins une heure par semaine, et 22 % de manière intensive. Dans une perspective d'amélioration du niveau de santé, seuls 14 % des Franciliens ont un niveau d'activité physique et sportive répondant aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (source Enquête sur les pratiques sportives des Franciliens (EPSF) 2014).

3.2.3 Une grande diversité dans les disciplines pratiquées, des concentrations fortes et des disparités résistantes

La pratique fédérale en Île-de-France est organisée autour de 31 fédérations Unisport olympiques, 53 fédérations Unisport non olympiques, 18 fédérations multisports et 5 fédérations scolaires.

Les fédérations Unisport olympiques concentrent la majorité des licences (58 %) et sont plus masculines (70 % de licences garçons). Les fédérations multisports et scolaires (30 % des licences) comptent quant à elles autant de femmes que d'hommes.

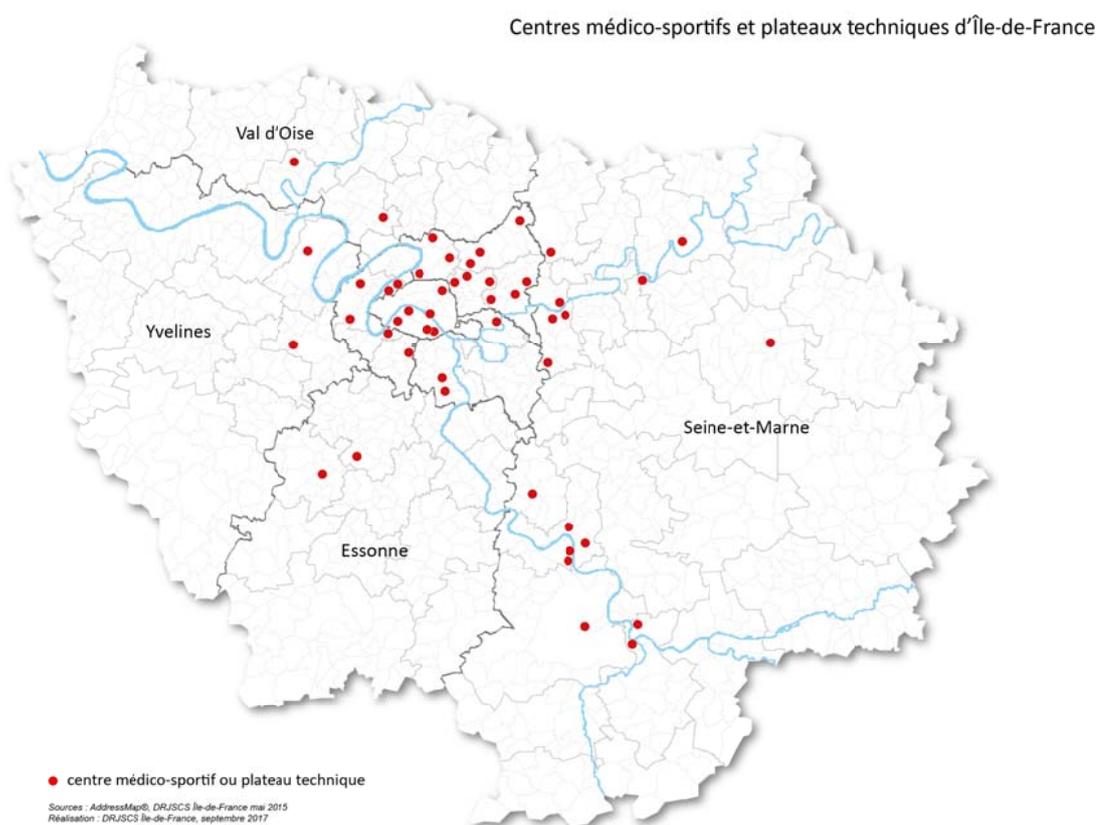
De fortes disparités de pratique existent entre les territoires. La structure de l'offre (diversité, maillage) pèse également sur la pratique sportive des habitants. Une moindre accessibilité aux équipements (saturation, éloignement) limite la pratique et conduit

⁸ Chiffres clés du sport en Île-de-France, IRDS, septembre 2016.

certains à s'adonner à leurs activités sportives dans les espaces publics ou en milieu naturel. Les nouveaux quartiers prioritaires de la ville abritent une population précaire, éloignée des activités sportives. L'offre en équipements sportifs y est moins importante et moins diversifiée.

3.2.4 Des structures médico-sportives bien identifiées sur les territoires

Des structures et établissements de santé se sont progressivement engagés dans le déploiement du « sport santé » notamment des centres médico sportifs et établissements de santé en partenariat avec la DRJSCS et soutenus pour les actions menées. Certaines de ces structures sont devenues des centres experts référencés dans chaque département francilien et appuyés par la DRJSCS, certaines sont identifiées comme des centres d'évaluation thématiques :



IV. Une stratégie régionale ambitieuse, fondée sur une collaboration forte

4.1 Des objectifs stratégiques identifiés dans la convention-cadre ARS/DRJSCS

4.1.1 Promouvoir la santé par le sport

Les enjeux de la promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé sont :

- lutter contre le surpoids et l'obésité
- prévenir et dépister le diabète et les maladies métaboliques et cardio-vasculaires
- prévenir et limiter la perte d'autonomie des séniors et des personnes en situation de handicap
- accompagner et prendre en charge des personnes atteintes de maladies chroniques
- réduire les écarts sociaux de pathologies liés aux écarts sociaux de pratique d'activité physique adaptée.

4.1.2 Développer la mise en place de la prescription des activités physiques et sportives par les professionnels de santé

Le Plan régional sport santé bien-être (2017 – 2019) a notamment pour objectif d'accroître le recours aux activités physiques et sportives (APS) comme thérapie non médicamenteuse et d'en développer la recommandation par les professionnels de santé.

Dans ce cadre, le dispositif « *Prescri'forme – L'Activité physique sur ordonnance en Île-de-France* » vise spécifiquement, à l'aide d'une prescription médicale et d'un carnet de suivi, à accompagner et à soutenir les personnes souhaitant maintenir ou améliorer leur santé par une pratique sportive ou d'activité physique sécurisée et délivrée par des professionnels formés.

4.2 Des objectifs opérationnels développés dans le Plan régional Sport Santé Bien-Être (PRSSBE) :

- Développer le recours à l'offre médico sportive régionale
- Sensibiliser et former les professionnels de la santé et du sport
- Favoriser le développement de parcours de santé
- Mettre en place un dispositif de contrôle de qualité et d'évaluation
- Définir une stratégie d'information communication

V. Plan d'action 2017-2019

Afin d'atteindre les objectifs du PRSSBE, un plan d'action fondé sur plusieurs groupes de travail est identifié pour trois ans, afin de :

5.1 Développer le recours à l'offre médico sportive régionale

- ✓ Recenser les structures notamment via le site santé par le sport
- ✓ Inciter un nombre croissant de structures du secteur sportif à la démarche
- ✓ Réaliser une campagne de communication régionale à destination des professionnels de santé

Dans ce contexte, l'enjeu essentiel est de ne pas aggraver les inégalités avec une prescription médicalisée mais non remboursée. Il conviendra d'identifier les médecins libéraux, acteurs essentiels de cette politique, comme « orientateurs » vers le milieu sportif, en les associant à la définition de la stratégie régionale.

Un groupe de travail dédié au **site internet** est mis en place en place par la DRJSCS et l'ARS et associera notamment le CROSIF, des représentants des DDCS et DDARS, de l'URPS Médecins libéraux, des réseaux de santé et des praticiens hospitaliers ainsi que des personnes qualifiées.

5.2 Sensibiliser et former les professionnels de la santé et du sport

- ✓ Recenser l'offre de formation existante en direction des éducateurs sportifs d'une part et des professionnels de santé d'autre part
- ✓ Organiser des temps de sensibilisation et de formation des professionnels du sport
- ✓ Promouvoir des rencontres départementales entre le secteur sportif et les acteurs de santé en s'appuyant sur l'existant

5.3 Favoriser le développement de parcours d'activité physique - santé

- ✓ Appliquer un cadre de pratique sécurisé tout au long du parcours de santé du patient
- ✓ Renforcer les interactions entre les acteurs d'autres politiques publiques, enseignement, urbanisme, politique de la ville afin de pérenniser les parcours d'activité physique - santé
- ✓ Favoriser la pratique de l'activité physique au quotidien en interaction avec son environnement de vie
- ✓ Organiser via un carnet de suivi les transitions entre :
la pratique d'une activité physique adaptée à l'hôpital et en structures hors établissements de santé (structures associatives ou autres), les médecins de ville et les clubs référencés ou certifiés « **Prescri'forme** » (cf. site Internet régional « [santeparlesport](#) »).

Afin de réaliser ces objectifs, un groupe de travail régional dédié au **carnet de suivi** est mis en place par la DRJSCS et l'ARS et associera notamment le CROSIF, des représentants des DDCS et DDARS, de l'URPS Médecins libéraux, des réseaux de santé et des praticiens hospitaliers ainsi que des personnes qualifiées.

5.4 Mettre en place un dispositif de contrôle de qualité et d'évaluation

Pour :

- ✓ Les structures médico-sportives, afin d'identifier des centres référence - ressources « **Prescri'forme** » dans une perspective d'agrément par l'ARS et la DRJSCS d'Île-de-France
- ✓ Les clubs et associations du secteur non marchand, afin d'identifier de clubs « **Prescri'forme** », engagés et référencés pour le développement d'activités physiques adaptées, dans une perspective de certification.

Un groupe de travail dédié à la **certification des clubs sportifs** est mis en place par la DRJSCS et l'ARS afin de déterminer les éléments du cahier des charges et de procédure, et associera notamment le CROSIF, des représentants des DDCS et DDARS, de l'URPS Médecins libéraux, des réseaux de santé et des praticiens hospitaliers ainsi que des personnes qualifiées.

5.5 Définir une stratégie d'information communication

- ✓ Auprès du public jeune et des familles en lien avec l'Education nationale et les collectivités locales dans le cadre de la politique de la ville et les contrats locaux de santé et ou ateliers santé ville
- ✓ En direction des publics ciblés
- ✓ En direction des professionnels de la santé et du sport

VI. Financements

Un financement conjoint ARS – DRJSCS

L'ARS et la DRJSCS mobilisent des leviers existants qui sont respectivement le FIR (Fond d'intervention régional) et le CNDS (Centre national du développement du sport). L'allocation de ces fonds pour l'application des actions du plan qui le nécessitent fera l'objet d'un examen conjoint par la DRJSCS et l'ARS.

Pour l'ARS, une subvention FIR 2017 à hauteur de 80 000 euros pour le soutien de huit centres de référence ressource (un par département) a été actée.

La mission des centres de références ressources couverts par cette subvention est la coordination.

Cet axe se définit par :

- la tenue de la plateforme d'appui téléphonique pour les médecins libéraux ;
- la coordination des acteurs départementaux sport et santé ;
- l'édition et la réédition nécessaires des outils du dispositif (carnets de suivis, affiches, flyers) et l'approvisionnement des médecins prescripteurs du département

Pour la DRJSCS, comme en 2016, un appui financier dédié accompagnera la mise en œuvre du PRSSBE. En 2016, le soutien à la pratique sportive comme facteur de santé a mobilisé la part territoriale du CNDS à hauteur d' 1,6 million d'euros.

En 2018, une attention particulière sera portée aux publics en grande fragilité, par exemple les bénéficiaires de la CMU-CMUc et AME et un appui financier pourrait être apporté aux clubs et associations sportives pour cet accompagnement dont les modalités restent à définir.

D'autres financeurs se mobilisent

La mutuelle des sportifs a engagé une démarche afin de prendre en charge un paquet de soins « sport santé » pour leurs adhérents en ALD depuis moins de cinq ans qui seront orientés vers un centre de référence. D'autres groupes assurantiels et mutualistes envisagent de mettre en œuvre ce dispositif. La Conférence des financeurs, peut soutenir financièrement des projets en direction des personnes âgées.

Ces illustrations de financement complémentaire ne sont pas exhaustives et peuvent évoluer au cours de la période du plan.

VII. Suivi et évaluation

Les partenaires décident de la création d'un **comité technique de suivi permanent** au niveau régional qui a pour mission de veiller à la réalisation du PRSSBE. Il se réunit deux fois par an avec l'objectif de réaliser des bilans intermédiaires au regard du programme de travail.

Ce comité technique est composé de représentants de la DRJSCS et de l'ARS. Il est co-présidé par les responsables des services chargés de la mise en œuvre du plan de la DRJSCS et de l'ARS, qui peuvent l'un et l'autre se réserver le droit d'élargir cette instance à d'autres membres.

Les partenaires décident en outre de la création de trois groupes de travail associant notamment le CROSIF, des représentants des DDCS et DDARS, de l'URPS Médecins libéraux, des réseaux de santé et des praticiens hospitaliers ainsi que des personnes qualifiées afin d'élaborer et/ou donner avis sur l'ensemble des évolutions du PRSSBE.

Ces groupes de travail se réunissent en tant, et autant que de besoin sur décision conjointe de la DRJSCS et de l'ARS.

Fait à Paris, le 27 septembre 2017

Le Préfet de la région Île-de-France,
Préfet de Paris



Michel CADOT

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

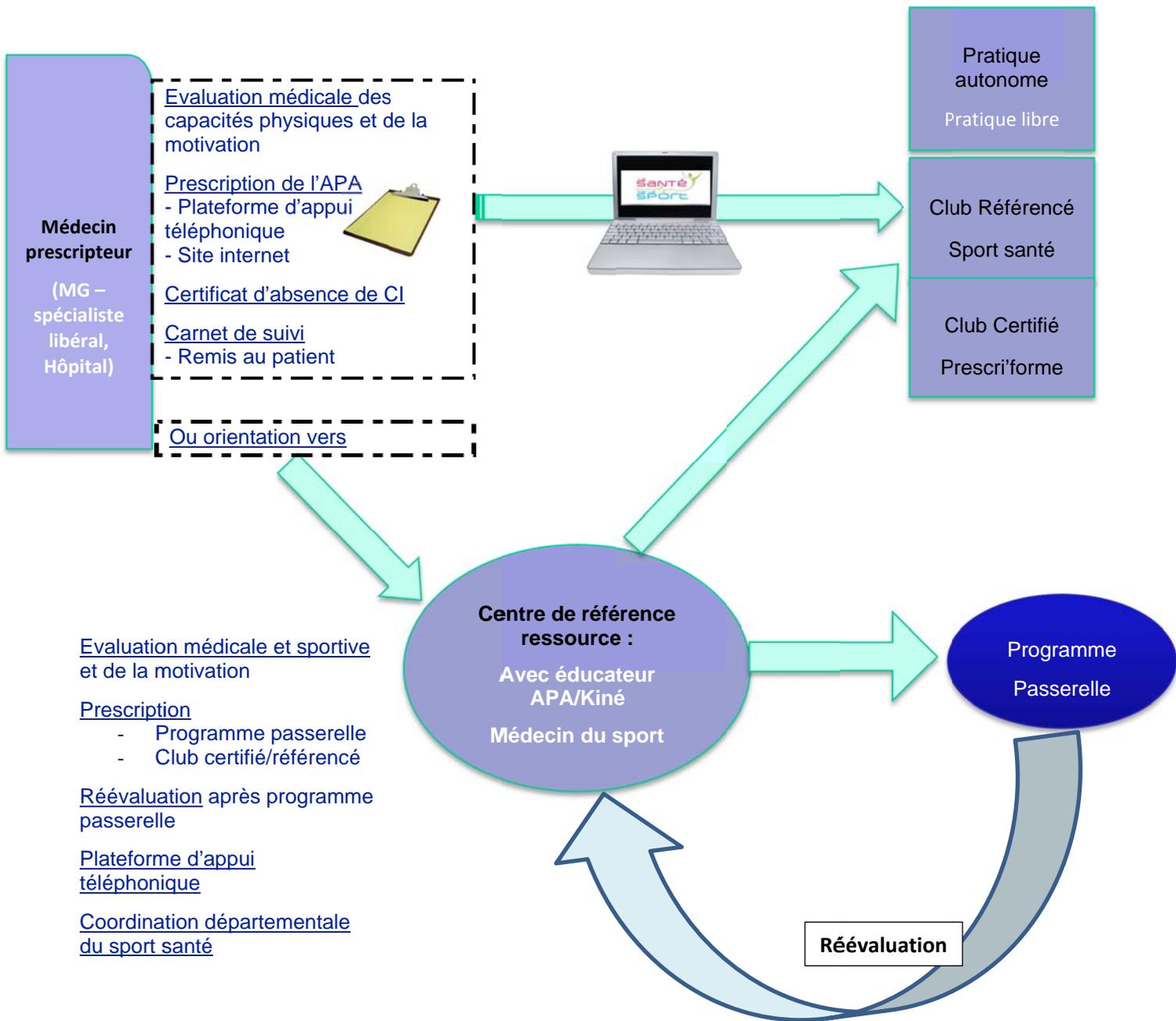


Christophe DEVYS

Annexes

1. **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
2. **Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée**
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte>
3. **Instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.**
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf
4. **Convention cadre ARS/DRJSCS**
http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr/sites/ile-de-france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/conv_cadre_ars-drjscs_signee_190916.pdf
5. **Schéma du dispositif « Prescri'Forme - l'activité physique sur ordonnance en Île-de-France »**
6. **Présentation des objectifs des programmes « Passerelles »**
7. **Référencement d'Etudes sur les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé**
8. **Liste des Affections de longue durée**
9. **Répartition des ALD du régime général en nombre / pathologie en 2014 en Île-de-France (source Ameli)**
10. **Epidémiologie du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'obésité en Île-de-France**
11. **Cartographies**
12. **Composition du cotech et des groupes de travail**
13. **Glossaire**

5. Schéma de « Prescri'forme – L'Activité physique sur ordonnance en Ile-de-France »



6. Objectifs des programmes « Passerelles »

1) Éléments de définition

Le développement des maladies chroniques et les risques liés à la sédentarité nécessitent une prise en charge alternative et la promotion de l'activité physique et sportive au bénéfice de l'amélioration de la santé des personnes. La création de programmes passerelle doit permettre l'adaptation de l'offre de pratique sportive à la spécificité du public visé (personnes atteintes de maladies chroniques ou bien sédentaires). Il devient un élément du parcours de pratique d'un patient. L'orientation vers un club sportif ou vers une pratique autonome peut se faire à l'issue du programme passerelle.

Les éléments constitutifs de cette fiche ont vocation à guider les porteurs de projet dans la mise en place de programmes passerelle

Objectifs de programmes passerelle :

- Redonner goût à la pratique physique
- Favoriser le retour à une pratique régulière
- Donner les clés pour une pratique en sécurité

Publics visés :

- Personnes ayant besoin d'une réadaptation à l'activité physique.
- Personnes à pathologies, malades chroniques : obésité, diabète, cancer ...

Condition d'accès :

- Prescription médicale ou certificat médical de contre-indication partielle

2) Recommandations pour l'élaboration d'un programme « Passerelle »

Modalités d'intervention :

- Programme pour une durée déterminée minimum de douze semaines (entre trois et six mois)
- Nombre de séance par semaine : une à trois. Idéalement trois fois par semaine. Reconduction possible pour certains cas particuliers sur décision du médecin prescripteur sur proposition de l'éducateur sportif

Accompagnement du patient:

- Prise en compte du patient :
 - Travail sur la motivation : prendre en compte les freins et leviers du patient-pratiquant à la pratique
 - Démarche d'adaptation aux possibilités du patient
- Accompagnement au changement de mode de vie (nutrition, activité physique au quotidien)
- Utilisation d'outils adaptés aux spécificités du public, par exemple le carnet de suivi

Equipe d'intervention:

- Equipe pluridisciplinaire : médecin, éducateur sportif formé au sport santé (APA, CROSIF-CDOS) + partenariat possible avec professionnel de santé (diététicien,...)
- Travail de coordination entre les acteurs, les clubs,...

Modalités de partenariat:

- Lien avec le réseau médico-sportif (ASV, CMS, Service des sports/ Santé/ solidarité des villes)
- Assurer l'accompagnement vers le club sportif ou pratique autonome

Facteurs clé de réussite:

- Privilégier la multi-activité
- Temps de coordination pour accompagner les pratiquants dans leurs parcours de pratique
- Prendre en compte la notion de plaisir du pratiquant pour alimenter sa motivation
- Les tests individuels doivent être proposés dans une logique motivationnelle

Evaluation du programme:

- Prévoir les critères d'évaluation à la création du programme
- Prendre en compte les modalités de partenariat établies sur le territoire pour favoriser la pratique d'une activité régulière

7. Référencement des Etudes sur les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé

De nombreuses études ont démontré les effets hautement bénéfiques d'une activité physique modérée et encadrée sur les principaux facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, diabète, dyslipidémie...)

Une revue de recensement a été publiée en 2011⁹

- Une activité physique intense est associée à une réduction de l'ordre de 50 % du risque d'accident cardiaque fatal ou non. Etude sur 9 375 hommes âgés de 45 à 64 ans
- Une activité physique modérée entraîne une réduction de l'ordre de 25 % de la mortalité par accident cardio-vasculaire. Etude sur 12 135 hommes âgés de 35 à 57 ans (Lee IM et coll., 2003)
- Une activité physique faite de longues marches ou de nage, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, entraîne une réduction de plus de 50 % de la mortalité par maladie cardio-vasculaire. Etude sur 6 131 adultes de 16 à 90 ans.
- Des hommes sédentaires et en mauvaise condition physique ont deux fois plus de risque de développer une maladie cardio-vasculaire que ceux pratiquant une activité physique légère de plus de quatre heures par semaine, et ce même s'ils sont encore en mauvaise condition physique. Etude sur 5 000 hommes
- Une marche rapide de plus de trois heures par semaine réduit de 35 % le risque cardio-vasculaire par rapport à une personne qui ne marche pas. Réduction du risque identique avec une activité physique intense. Etude sur 72 000 femmes âgées de 40 à 65 ans (Hu et coll., 2000 ; Alevizos et coll., 2005).

Au quotidien, le maintien ininterrompu de la position assise prolongée et le manque d'activité physique sont un facteur de développement des facteurs de risque cardio-vasculaire, comme l'hypertension artérielle (+12%), le diabète (+ de 12 à 35 %) et l'élévation du cholestérol. Le choix d'un mode de vie sédentaire est donc une cause majeure d'obésité.¹⁰

Pour améliorer l'état de santé global d'une personne, l'Organisation Mondiale de la Santé préconise un style de vie actif, accessible à tous qui intègre l'ensemble des activités de la vie quotidienne (travail, domicile, lors des déplacements et des loisirs). Faible, modérée, intense, l'activité physique peut revêtir des formes diverses, et s'exercer dans les contextes du travail, des transports, des activités domestiques ou de loisirs). En Île-de-France, selon l'Observatoire Régional de la santé IDF (ORS IDF) 30,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans présentent un niveau d'activité physique limité, considéré par l'OMS comme entraînant des conséquences néfastes sur la santé. Les défis seraient donc conséquents pour inverser la tendance.

L'analyse des relations entre l'activité physique (AP), la sédentarité et la santé s'est appuyée sur l'Expertise collective Inserm (2008) complétée par une mise à jour bibliographique (jusqu'en 2014 inclus). Les données prises en compte portent sur la prévention de la mortalité générale et de la morbidité liée aux maladies cardiovasculaires, au diabète de type 2, à l'obésité, aux cancers (cancer du sein et cancer colorectal notamment), aux maladies respiratoires, aux maladies ostéo-articulaires, aux maladies neurodégénératives, aux maladies auto-immunes, la santé mentale ainsi que la qualité de vie, induites grâce à une pratique régulière d'activité physique.

Les récents travaux de l'ANSES (février 2016, Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité), dans le cadre de l'actualisation des repères du PNNS¹¹, faisant intervenir douze experts hospitalo-universitaires, démontrent les relations entre « activité physique et santé », en affinant les effets sur les pathologies évoquées précédemment, les préconisations en fonction des types de publics, et les différents types d'activité physique.

⁹ Source : revue de recensement des études Kokkinos & Myers. Circulation 2011;11:247-261

¹⁰ Source : méta-analyses publiées dans l'International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR) en 2012

¹¹ PNNS : Plan National Nutrition Santé.

Ainsi la pratique régulière d'activités physiques, d'intensité modérée à élevée, contribuerait au bien-être et à la qualité de vie globale, comme le souligne le tableau ci-dessous relatif aux effets de la pratique de 30 minutes d'activité physique quotidienne, à raison de cinq fois par semaine.

Pathologie	effet
Maladies cardio vasculaires	Risque diminue
Maladie coronarienne	Risque diminue : en prévention secondaire mortalité diminuée de 25% chez les sujets actifs
Prise de poids	Risque diminue
Diabète de type 2	Risque diminue de 58% chez les sujets actifs
HTA	Risque diminue
Cancer du colon	Risque diminue de 40% à 50% chez les sujets actifs
Cancer du sein	Risque diminue de 30% après la ménopause
Chutes (sujet âgé)	Risque diminue
Santé osseuse	Augmentée
Bien être	Augmenté
Dépression	Risque diminué

Sources : Données du Programme National Nutrition Santé et de la Société Française de Nutrition : « Activité physique et Santé » (Jean Michel OPPERT, Chantal SIMON, Daniel RIVIERE, Charles Yannick GUEZENNEC)

L'OMS met en perspective les recommandations avec les caractéristiques des populations étudiées : pratique d'au moins 150 minutes par semaine d'AP d'intensité modérée, ou au moins 75 minutes par semaine d'AP d'intensité élevée pour les adultes de 18 à 64 ans. Les recommandations sont bien plus élevées pour les enfants de 5 à 17 ans avec une pratique autour de 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée, de préférence une activité d'endurance cardio-respiratoire et au moins trois fois par semaine.

8. Liste des affections de longue durée et effectifs en Île-de-France

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
- Diabète de type 1 et diabète de type 2
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Maladie coronaire
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Paraplégie
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Affections psychiatriques de longue durée
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
- Spondylarthrite grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Source : article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par les décrets n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 publié au JO du 5 octobre 2004 et n° 2011-77 du 19 janvier 2011 publié au JO du 21 janvier 2011
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Decret_n_2011-77_du_19-1-2011.pdf

A noter la suppression de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD 30 depuis le 21 janvier 2011

9. Effectifs des personnes prises en charge pour chacune des 30 affections de longue durée, en Île-de-France, pour le régime général en 2014 (effectifs arrondis à la dizaine)

Code ALD	Libellé de l'ALD	ILE-DE-FRANCE
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	64 720
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	3 870
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	63 520
4	Bilharziose compliquée	90
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	134 050
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	41 010
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	45 130
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	405 050
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	45 330
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	7 330
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	5 970
12	Hypertension artérielle sévère*	163 580*
13	Maladie coronaire	164 330
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	86 560
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	48 750
16	Maladie de Parkinson	18 210
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	10 230
18	Mucoviscidose	930
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	28 100
20	Paraplégie	4 720
21	Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique	19 350
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive	32 350
23	Affections psychiatriques de longue durée	204 880
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	26 960
25	Sclérose en plaques	14 080
26	Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	5 330
27	Spondylarthrite grave	16 610
28	Suites de transplantation d'organe	1 790
29	Tuberculose active, lèpre	4 090
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	344 550

Total des personnes en ALD en Île-de-France = 2 011 470

**Les patients atteints d'une HTA et en ALD avant 2011 ont conservé leur droit à L'ALD.*

10. Épidémiologie du diabète, HTA et Obésité en Île-de-France et disparité territoriale

Prévalence du diabète traité pharmacologiquement par département et région Île-de-France en 2013.

Zone géographique (Région - département)	Nombre de personnes diabétiques (a)	prévalence brute en 2013 (%) (b)	prévalence standardisée en 2013 (%) (c)	Age moyen en 2013 (années)	% hommes en 2013
Île-de-France	504539	4,21	5,02	64,1	55,7
75- Paris	80279	3,58	4,10	65,2	57,8
77- Seine-et-Marne	59906	4,36	5,30	64,1	55,6
78- Yvelines	54394	3,85	4,33	64,8	56,5
91- Essonne	52371	4,18	4,89	64,0	55,6
92- Hauts-de-Seine	58803	3,68	4,46	64,9	56,1
93- Seine-Saint-Denis	84097	5,42	7,08	62,4	53,9
94- Val-de-Marne	57682	4,26	5,07	64,5	55,1
95- Val-d'Oise	57007	4,77	5,89	63,1	54,9

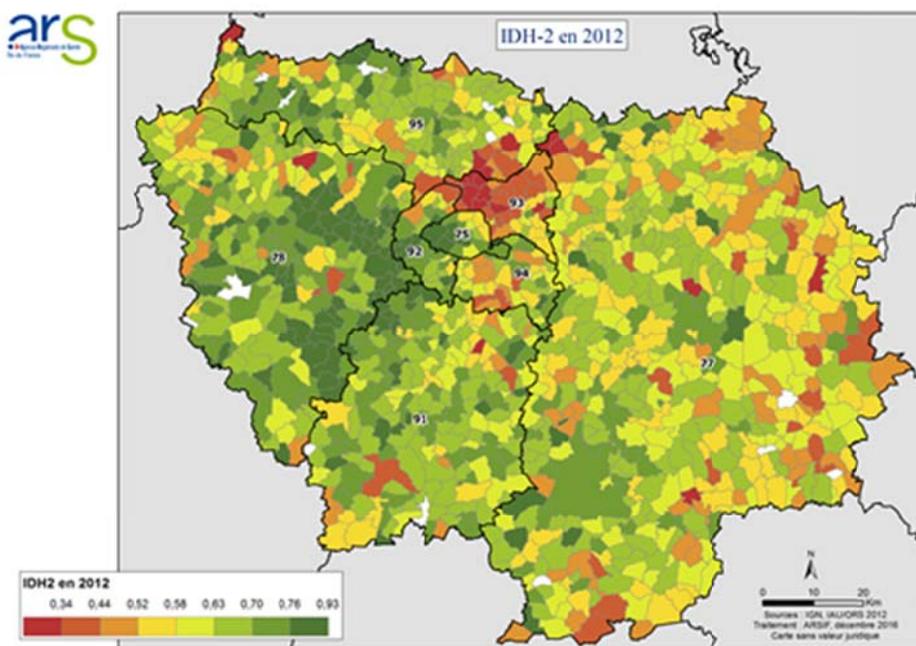
Source BEH 2014 n°30-31

Exemple de la Seine Saint-Denis (93)									
âge atteint dans l'année	Nombre de personnes diabétiques (a)			Population de référence (b)			Prévalence		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-4 ans	12	12	24	59906	57092,5	116998,5	0,02%	0,02%	0,02%
5-9 ans	73	65	138	60131,5	58516	118647,5	0,12%	0,11%	0,12%
10-14 ans	96	124	220	54670	52592	107262	0,18%	0,24%	0,21%
15-19 ans	167	127	294	49253	47163	96416	0,34%	0,27%	0,30%
20-24 ans	183	184	367	52914	53048	105962	0,35%	0,35%	0,35%
25-29ans	312	341	653	54579,5	60258	114837,5	0,57%	0,57%	0,57%
30-34 ans	550	574	1124	57229,5	60458	117687,5	0,96%	0,95%	0,96%
35-39 ans	1060	806	1866	56845,5	56907,5	113753	1,86%	1,42%	1,64%
40-44 ans	1747	1498	3245	55939	54514	110453	3,12%	2,75%	2,94%
45-49 ans	2933	2335	5268	52123	51709	103832	5,63%	4,52%	5,07%
50-54 ans	4519	3766	8285	47976,5	49914	97890,5	9,42%	7,54%	8,46%
55-59 ans	6074	5398	11472	43669,5	45910,5	89580	13,91%	11,76%	12,81%
60-64 ans	7332	5852	13184	37064,5	38884	75948,5	19,78%	15,05%	17,36%
65-69 ans	7179	4998	12177	28438	27994	56432	25,24%	17,85%	21,58%
70-74 ans	5108	3843	8951	18245,5	19257	37502,5	28,00%	19,96%	23,87%
75-79 ans	4020	3712	7732	14618	18792,5	33410,5	27,50%	19,75%	23,14%
80 et plus	3923	5174	9097	18514	35191,5	53705,5	21,19%	14,70%	16,94%
Total	45288	38809	84097	762117	788201,5	1550318,5	5,94%	4,92%	5,42%

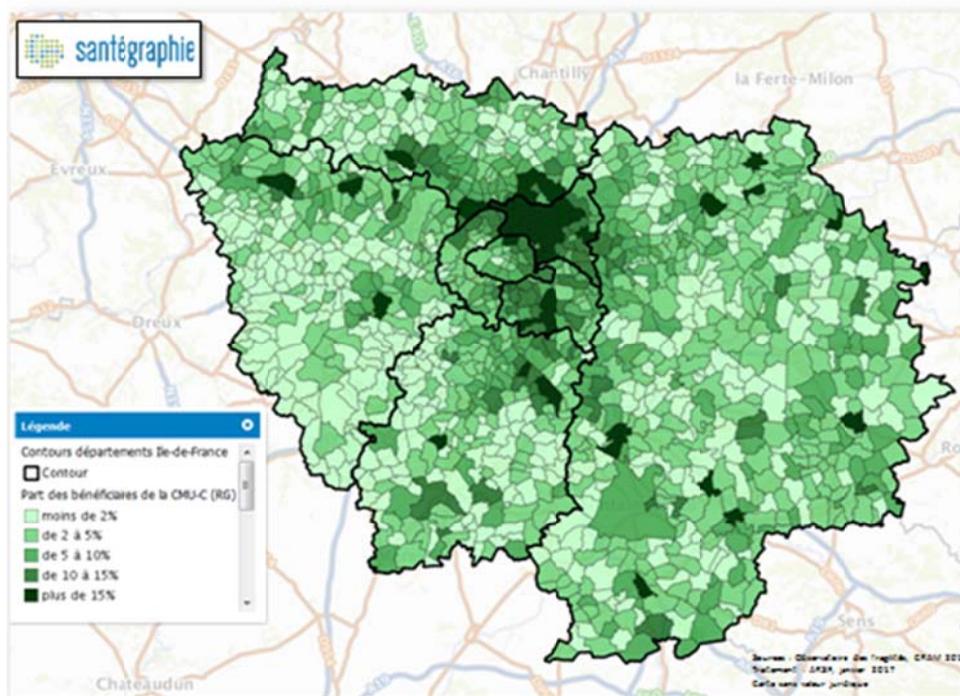
11. Cartographies

Les cartographies présentées ci-dessous ont un caractère purement informatif. Ces données doivent être utilisées avec précaution.

IDH 2 en 2012 : indice de développement humain

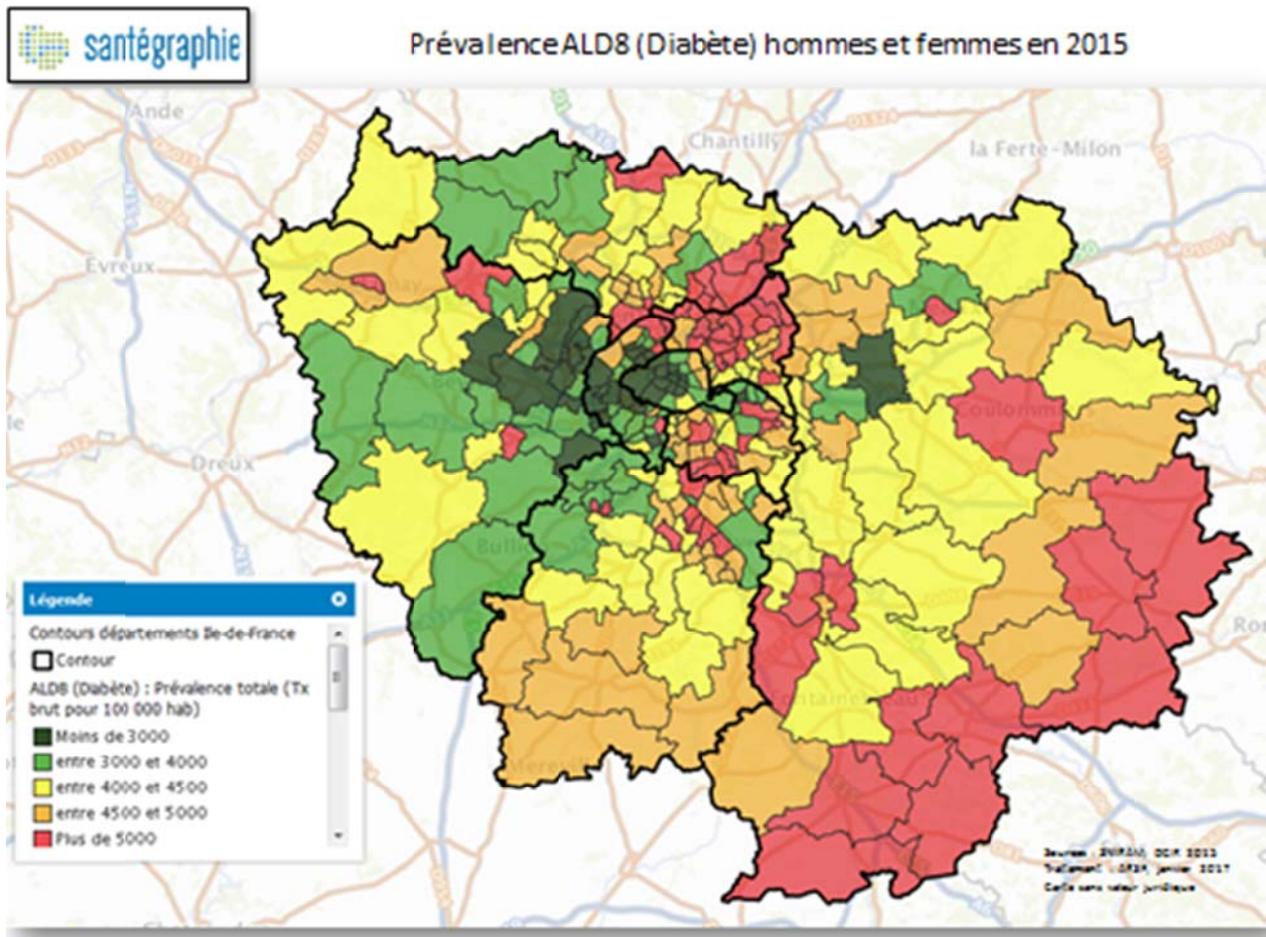


Part des bénéficiaires de la CMUC 2012



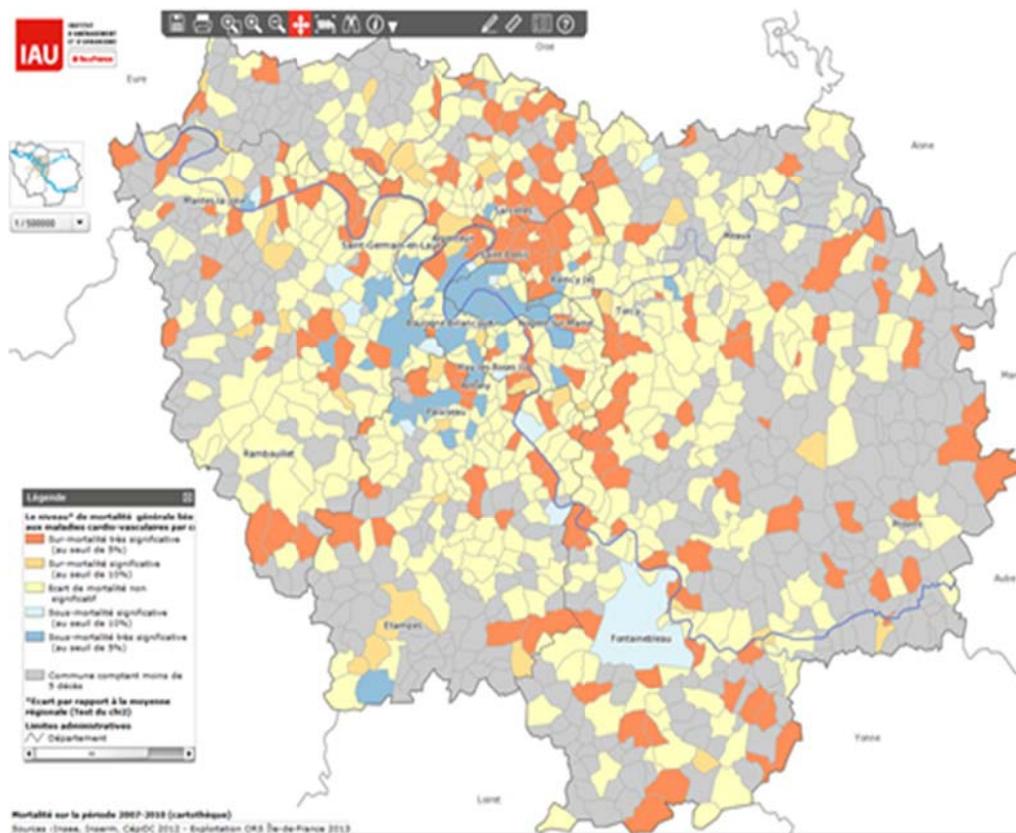
Le croisement et la superposition de ces deux cartographies sont le reflet des inégalités socio-économiques en Île-de-France.

Prévalence du diabète pharmacologiquement traité en 2015 (données brutes – améli)

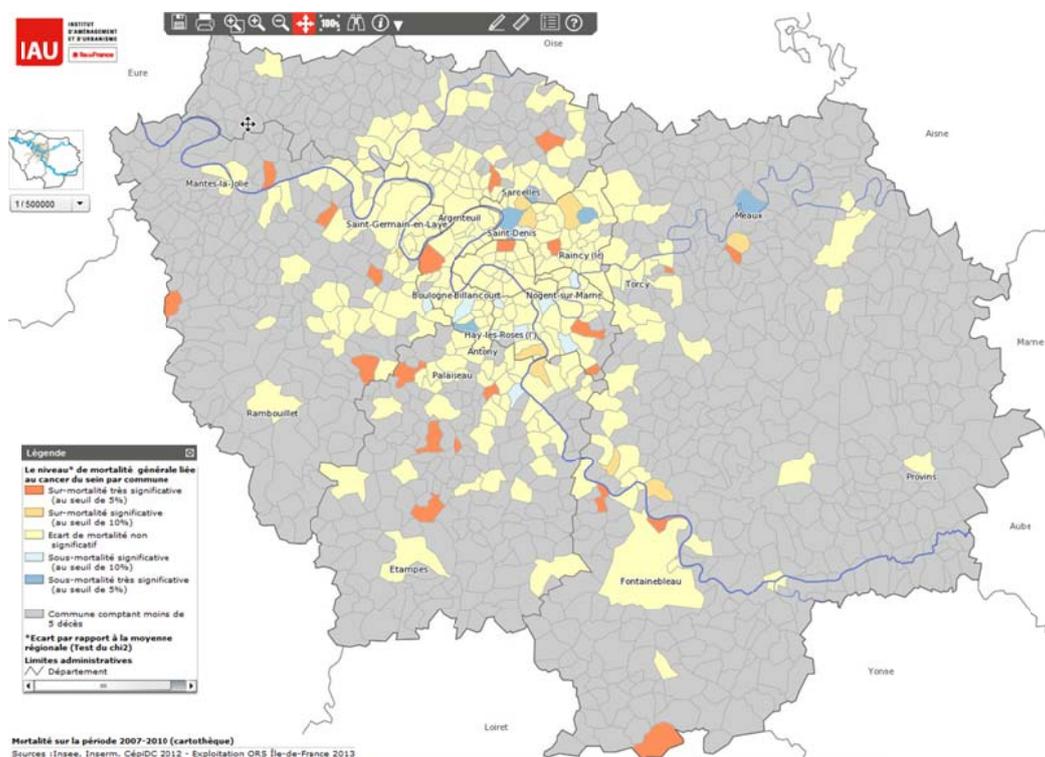


Des correspondances entre la prévalence du diabète et l'IDH2 notamment très marquées pour la Seine-Saint-Denis et l'est du Val d'Oise sont les marqueurs de pathologie liés à un gradient social. Ce gradient social défavorable se retrouve aussi pour l'obésité.

Niveau¹² de mortalité générale liée aux maladies cardio-vasculaire par canton sur la période 2007-2010



Niveau de mortalité générale liée aux cancers du sein par communes entre 2007 et 2010



¹² Ecart par rapport à la moyenne régionale

12. Compositions du Cotech et des groupes de travail

Composition du Cotech

NOM - Prénom	Service	Fonction
JANNEAU Lise	ARS Île-de-France	Directrice du pôle prévention promotion de la santé - DPSRI
GAUTIER Christèle	DRJSCS Île-de-France	Responsable du Pôle Sport
COLLET Catherine	ARS Île-de-France	Médecin référent régional sport santé-diabète-prévention de l'obésité
BILLARD Pierre	DRJSCS Île-de-France	Médecin consultant régional
SAINT AIME Anne Marie	DD 94 / ARS Île-de-France	Responsable prévention et promotion de la santé
DALET Martine	DD 93 / ARS Île-de-France	Référente départementale sport - santé
CAMPOCASSO Pierre-Philippe	DDCS 94	Chef du service sport
AVRONSART Anne-Louise	DDCS 93	Médecin collaborateur
GUERIN Marc	DDCS 92	Médecin collaborateur

Compositions des groupes de travail

NOM - Prénom	Service / Instance
MAILLOUX Marianne	Ville AUBERVILLIERS
BOURGOUIN Mathieu	Ville MONTREUIL / Dir sports
LEBAUDE Maxime	Ville MONTREUIL / Dir sports
DR RAISON Jocelyne	Réseau santé "ROMDES"
GROUSSET Annabelle	Réseau santé "ROMDES"
RICHARD Damien	CDOS 93
KMITA Jérémy	CROSIF
GABORIT Marie	URPS ML Chargée de mission
DR. INAOUI	URPS ML
DR. BATARD Vincent	URPS ML
DR. VINCENT Marie Eve	URPS ML
Pr. THOREUX Patricia	APHP - Hôtel Dieu /Univ Paris XIII
DR.COLLET Catherine	ARS IDF
DALET Martine	DD ARS 93
SAINT-AIME Anne-Marie	DD ARS 94
DEVOS Joëlle	DD ARS 95
BRETON Lucile	DDCS 78
DR. GUERIN Marc	DRJSCS / DDCS 92
DR AVRONSART Anne-Louise	DRJSCS / DDCS 93
BURY Jérémy	DDCS 94
DR. BILLARD Pierre	DRJSCS /DDCS 94
CAMPARGUE Benoit	DRJSCS
GAUTIER Christèle	DRJSCS
SCHMITT Roméo	Labo Pierre Fabre
SIMON Catherine	Labo Pierre Fabre
FAUCHARD Thierry	Mutuelle des Sportifs

13. Glossaire

ALD : Affection de longue durée

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire

APA : activité physique adaptée

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CLS : Contrats Locaux de Santé

CMS : Centre médico-sportif

CNDS : Centre national pour le développement du Sport

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

CROSIF : Comité Régional Olympique et Sportif d'Ile de France

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

FIR : Fond d'intervention régional

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : hypertension artérielle

IDH2 : indice de développement humain

PNNS : Plan National Nutrition Santé

