

N° 0000

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le ...

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 146-3, alinéa 6, du Règlement

PAR LE COMITÉ D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES POLITIQUES PUBLIQUES

sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique

ET PRÉSENTÉ PAR

M. RÉGIS JUANICO ET MME MARIE TAMARELLE-VERHAEGHE
Députés

SOMMAIRE

Pages

PROPOSITIONS DES RAPPORTEURS.....	9
INTRODUCTION.....	15
GLOSSAIRE	17
I. LES RAVAGES DE LA SÉDENTARITÉ ET LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (AP) : DES RÉALITÉS RÉGULIÈREMENT DÉMONTRÉES PAR LES SCIENTIFIQUES	19
A. LA SÉDENTARITÉ : UNE « BOMBE À RETARDEMENT SANITAIRE » ACCENTUÉE PAR LA CRISE DE LA COVID-19.....	19
1. Une profusion de données concordantes sur la sédentarité, le surpoids et leurs conséquences.....	19
2. L'inévitable interaction entre un usage accru du numérique et la sédentarité : des constats alarmants de l'usage intensif des écrans	22
3. L'impact dramatique du confinement du printemps 2020 sur les habitudes de sédentarité et le temps d'écran	24
a. L'impact du confinement sur l'activité physique et sportive.....	24
b. Évolution du temps d'écran pendant le confinement	28
B. BOUGER, CE N'EST PAS SIMPLEMENT « UNE BONNE CHOSE », C'EST VITAL	29
1. Une évolution inquiétante des profils à risque.....	30
a. L'exemple du surpoids et de l'obésité	30
b. Les graves conséquences économiques et sociales de l'obésité.....	30
c. Les risques liés au temps passé devant les écrans.....	32
2. Les bienfaits incontestables de l'activité physique sur la santé sont à la portée de tous	34
a. Les bienfaits de l'activité physique unanimement constatés	34
b. Des appels à l'action récurrents.....	36

C. COMMUNIQUER, SENSIBILISER : ASSOCIER L'ACTION ET L'INFORMATION.....	37
1. Agir pour apprendre, communiquer pour inciter à agir : deux leviers indissociables pour développer une action aux multiples leviers	38
2. Des propositions porteuses formulées par les pouvoirs publics et des acteurs engagés	38
a. Les objectifs de la Stratégie nationale sport-santé.....	38
b. Les propositions du collectif « Pour une France en forme »	39
3. Des initiatives de terrain pour rendre durablement les citoyens acteurs de leur santé.....	42
a. Communiquer par des canaux adaptés pour sensibiliser tous les Français.....	42
b. Associer événements ludiques et prévention.....	43
c. Recourir à des outils d'évaluation de la capacité physique simples et accessibles par tous	44
D. DES SOLUTIONS POUR BOUGER PLUS.....	46
1. Faciliter l'accès aux infrastructures	46
2. Faciliter les mobilités dans la ville.....	48
3. Développer l'usage des outils numériques	49
II. LA LUTTE CONTRE LA SÉDENTARITÉ DOIT DEVENIR UNE PRIORITÉ DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE	51
A. UN FOISONNEMENT DE PLANS ET D'INITIATIVES MAL COORDONNÉS	52
1. Les stratégies et actions définies au niveau national sont déclinées par région..	52
a. Quelle coordination des plans entre eux et quel pilotage entre le niveau national et le niveau régional ?	55
b. Le co-pilotage interministériel s'instaure mais doit encore beaucoup progresser	56
c. Un pilotage difficile au sein de la région, entre objectifs mal définis et comitologie foisonnante.....	57
2. De nombreuses initiatives ont vu le jour au niveau local, souvent menées par les acteurs associatifs, mais touchant un public encore peu nombreux au regard des besoins.....	59
3. Des avancées récentes à l'échelle nationale pour la prévention secondaire et tertiaire	61
a. Les évolutions législatives récentes qui ont permis l'expérimentation dans le domaine de l'activité physique adaptée	62
b. Les maisons sport-santé, un outil d'égalité des chances pour l'accès aux activités physiques et sportives au bénéfice de la santé.....	63
c. La proposition de loi « démocratiser le sport en France »	64

B. LE FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ DIFFICILE À CONNAÎTRE AVEC PRÉCISION	65
1. Le financement de la prévention et de la promotion en santé.....	65
2. Les crédits du programme budgétaire « sport », incluant les crédits de prévention par le sport.....	69
C. LA DIFFICILE ÉVALUATION D' ACTIONS AUX OBJECTIFS MAL DÉFINIS	71
1. Formaliser les objectifs de santé dans un document unique, décliné pour devenir un outil pour le médecin traitant	72
2. Le rôle du médecin traitant dans la prévention : s'inspirer d'exemples étrangers plus volontaristes.....	74
3. Dans le cabinet médical : quelle part de médication et quelle part de prévention ?	75
D. L' ARTICULATION DES DIFFÉRENTS ÉCHELONS TERRITORIAUX IMPLIQUÉS DANS LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION PAR L' ACTIVITÉ PHYSIQUE EST TRÈS PERFECTIBLE	76
III. L' ÉCOLE, LE FONDEMENT DES APPRENTISSAGES DURABLES ET DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE	83
A. L' ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ À L' ÉCOLE : DES FAIBLESSES BIEN IDENTIFIÉES.....	84
1. L' APS trop souvent parent pauvre de la vie scolaire et universitaire.....	84
a. Un temps théorique d' APS conséquent et des fédérations sportives engagées... mais aux moyens limités.....	85
b. Une organisation à la peine pour une matière insuffisamment valorisée	86
c. Une pratique sportive qui se détériore pour les adolescents et les étudiants	89
d. Des inégalités sociales et de genre qui interpellent	91
2. La santé scolaire : des difficultés récurrentes pour une mission fondamentale..	92
a. Un paysage règlementaire touffu qui pourrait être plus concret.....	92
b. Des médecins et infirmiers de l' éducation nationale aux missions très larges :..	97
c. Une mise en œuvre parcellaire compte tenu du manque de moyens et d' outils de la santé scolaire.....	99
d. Des projets locaux exemplaires	103
B. DES INITIATIVES RÉCENTES ET LA DYNAMIQUE DES JO 2024 : ANCRER L' ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE DANS LE SOCLE DES APPRENTISSAGES.....	105
1. Des apprentissages fondamentaux en cours de développement : pour savoir rouler à vélo et savoir nager	105
2. Une place à sanctuariser pour l' activité physique et sportive dans le temps scolaire : des initiatives positives à développer	107
3. L' effet accélérateur des JO : des initiatives ponctuelles porteuses et des dispositifs à ancrer dans le long terme	109
4. Sortir de la crise en encourageant la pratique sportive : le Pass' sport.....	114

C. DES PROPOSITIONS CONCRÈTES POUR AGIR MAINTENANT..... 115

1. Ancrer l'activité physique dans les cursus scolaire et universitaire 116
 - a. Valoriser l'EPS dans le cursus scolaire et universitaire en complément des cours d'éducation physique 116
 - b. Former tous les enseignants à l'impact de l'APS sur la santé 117
2. Recourir à des outils simples de suivi et d'évaluation 119
 - a. Donner aux personnels de la santé scolaire les moyens de suivre la santé des élèves 119
 - b. Procéder à des tests de condition physique aux moments-clés de la scolarité .. 120
3. Privilégier les initiatives ludiques et novatrices pour développer l'AP 121
 - a. Généraliser l'expérimentation des 30 minutes d'activité physique par jour en primaire en complément des cours d'éducation physique 121
 - b. Élargir dès à présent le Pass'sport et le pérenniser 121
4. L'enjeu du bâti scolaire..... 122

IV. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN TANT QUE THÉRAPEUTIQUE NON MÉDICAMENTEUSE : DE L'EXPÉRIMENTATION À LA GÉNÉRALISATION 125

A. LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE POUR LES MALADES ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) : UN OUTIL À CONFORTER..... 125

1. Les bénéfices scientifiquement reconnus de l'APA 126
2. Une forte dynamique du sport-santé émanant des territoires..... 130
3. Plusieurs freins s'opposent au développement de l'APA, malgré des initiatives locales remarquables 131
4. Le cadre juridique de l'activité physique adaptée (APA) doit être simplifié et amélioré pour en faciliter l'évaluation 133
5. La prise en charge très limitée de l'APA par l'assurance maladie doit évoluer 134
 - a. Les prises en charge au titre des expérimentations dites « de l'article 51 » 134
 - b. Les divers soutiens financiers bénéficiant à l'APA..... 136
 - c. La dépendance aux subventions fragilise les structures associatives d'APA, en l'absence de financement public pérenne 138
6. Un élargissement de la prescription d'APA est nécessaire pour donner une impulsion à son développement 138
7. Des outils commencent à être mis à disposition des médecins traitants..... 142
8. Définir une filière nationale pour l'activité physique adaptée, reliant les acteurs publics et privés..... 143

B. L'APA POUR LES SÉNIORS : UN BON MOYEN POUR PRÉVENIR LA DÉPENDANCE	145
1. L'activité physique des séniors, des bienfaits incontestables pour retarder la dépendance	146
a. Les conséquences du vieillissement	146
b. Les bénéfices de l'activité physique adaptée chez les séniors.....	147
2. Les préconisations d'APA pour les séniors	148
a. Les recommandations de l'OMS pour les séniors en bonne santé.....	148
b. La nécessité de mettre en œuvre des programmes adaptés aux séniors, après évaluation de leur profil.....	148
3. Développer des actions pérennes à domicile et dans les établissements	150
a. L'APA des séniors, la cinquième roue du carrosse ?.....	150
b. Des initiatives de terrain qui portent leurs fruits	152
C. DONNER AU NIVEAU NATIONAL UN CADRE CLAIR AU DÉVELOPPEMENT DE L'APA ; COORDONNER LES ACTEURS AU NIVEAU LOCAL	155
1. La mise en réseau des initiatives locales : un socle nécessaire mais pas suffisant	155
2. Les maisons sport-santé : un outil d'animation en devenir.....	156
a. Assurer une harmonisation du processus de labellisation et de l'accès aux financements.....	157
b. Organiser le parcours sport-santé du patient	158
c. La maison sport-santé, catalyseur de la coordination entre les professionnels de santé et du sport ?	159
d. Assurer une répartition géographique juste pour les maisons sport-santé.....	160
3. Le rôle du médecin prescripteur et celui de l'intervenant du sport-santé : un équilibre à trouver	160
D. FORMER LES ACTEURS : UN ENJEU MAJEUR	161
1. Des ajouts utiles, mais non suffisants, à la formation initiale.....	162
2. La formation continue : des possibilités de formation qui sont encore basées sur le volontariat sans suivi ni évaluation	165
3. Reconnaître un diplôme d'études spécialisées en médecine du sport.....	166
CONCLUSION	169
ANNEXE.....	171

PROPOSITIONS DES RAPPORTEURS

Proposition n° 1

Mettre en place une campagne nationale de prévention, d'information et d'action sur la lutte contre la sédentarité :

– définir l'activité physique et sportive comme « grande cause nationale » dès 2022 et en faire une priorité de santé publique dans la perspective de l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024 ;

– faire de septembre le mois de l'activité physique et sportive en fédérant, dans cette action, les initiatives éparses des pouvoirs publics dans ce domaine ;

– informer sur les structures permettant de pratiquer une activité physique encadrée, adaptée aux différents publics et sur les actions mises en œuvre dans les territoires ;

– promouvoir des modes de vie plus actifs avec des recommandations simples comme se lever, s'étirer toutes les demi-heures ; privilégier des modes de transports actifs (marche, vélo, trottinettes non électriques, rollers...), la montée d'escaliers plutôt que l'utilisation de l'ascenseur, les bureaux réglables en milieu professionnel, substituer aux temps d'écran une activité physique même de faible intensité.

Proposition n° 2

Mieux informer sur l'addiction aux écrans et les moyens de la contrer :

– communiquer de manière lisible sur l'offre de soutien à la parentalité et sur les possibilités de prise en charge des enfants pour se défaire d'une addiction aux écrans ;

– privilégier la communication par les réseaux sociaux et le marketing social pour la prévention et l'information sur les addictions aux écrans ;

– informer prioritairement sur les dangers liés à l'abus d'écrans : « *pas d'écran avant 3 ans, le matin, pendant les repas, dans la chambre et au coucher* » dans le cadre d'un soutien à la parentalité.

Proposition n° 3

Mettre en place des tests de capacité physique et de forme accessibles à tous :

- faire réaliser en éducation physique et sportive ou dans le cadre de partenariats locaux, des tests simples de condition physique dans le primaire, au collège, au lycée et à l'entrée dans le supérieur ;

- favoriser, avec le concours de la médecine du travail et des outils numériques (autotests), la réalisation de tests de condition physique en entreprise.

Proposition n° 4

Créer un ministère délégué en charge de la prévention en santé publique.

Proposition n° 5

Unifier et prioriser les objectifs de la prévention :

- formuler dans un document unique les objectifs de prévention en santé publique et de lutte contre la sédentarité, pour les différentes catégories de la population et portant sur les principales pathologies ;

- définir comme prioritaires ces objectifs dans les différents plans traitant de la santé, de la prévention et de l'activité physique, et en réaliser une évaluation annuelle ;

- définir précisément les structures et les acteurs en charge de la mise en œuvre de ces objectifs.

Proposition n° 6

Maintenir les ressources en personnel de Santé publique France au niveau atteint pendant la crise sanitaire, pour assurer la mission d'évaluation et de suivi des politiques de santé publique.

Proposition n° 7

Ancrer l'éducation physique et sportive dans les apprentissages fondamentaux et la faire vivre à l'école et dans tous les établissements d'enseignement :

- ajouter l'éducation physique et sportive dans les savoirs fondamentaux dispensés à l'école élémentaire : savoir nager et rouler à vélo en plus de la maîtrise des compétences physiques élémentaires : courir, sauter, lancer, danser ;

- inscrire l'éducation physique et sportive dans les compétences du socle commun évaluées dans le diplôme national du brevet, aux épreuves du certificat d'aptitude professionnelle et du baccalauréat ;

- renforcer l'éducation physique et sportive au lycée en passant de deux heures à trois heures obligatoires par semaine ;
- inclure l'activité physique et sportive dans les connaissances et compétences à acquérir dans le cadre de la licence ;
- rendre systématique une Unité d'enseignement libre d'activité physique et sportive dans l'enseignement supérieur.

Proposition n° 8

Enrichir la formation des enseignants sur la pratique d'activité physique et sportive :

- inclure dans les épreuves du concours et le tronc commun des enseignements des Instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation, la promotion de l'activité physique et sportive en tant que facteur de santé publique ;
- intégrer la pratique de l'activité physique effective de 30 minutes par jour et la nécessité de bouger toutes les 30 minutes dans la formation des enseignants.

Proposition n° 9

Assurer la promotion de l'activité physique et sportive dans chaque école :

- désigner un référent sport-santé dans chaque école afin de diffuser les ressources et bonnes pratiques à la communauté éducative ;
- renforcer les moyens humains et le maillage territorial de l'Union sportive de l'enseignement du premier degré (USEP) dans les départements.

Proposition n° 10

Doter les médecins et infirmiers scolaires d'outils nécessaires, partagés et interopérables, pour suivre la santé des élèves tout au long de leur scolarité (mise à disposition du dossier médical partagé) et ouvrir la prescription d'activité physique supplémentaire aux médecins scolaires et à ceux de la protection maternelle et infantile.

Proposition n° 11

Généraliser dans les écoles et les établissements scolaires le dispositif des « 30 minutes d'activité physique par jour » en complément des cours d'éducation physique.

Proposition n° 12

Élargir le Pass'sport aux jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans ainsi qu'aux fédérations sportives scolaires et le pérenniser.

Proposition n° 13

Lancer un grand programme d'aménagement du bâti scolaire et des cours de récréation des écoles pour favoriser la mixité des jeux et la motricité.

Proposition n° 14

Rendre la prescription de l'activité physique adaptée plus accessible en instaurant une prise en charge, par l'assurance maladie, de la consultation médicale spécifique comportant le bilan médico-sportif et motivationnel préalable.

Proposition n° 15

Favoriser le financement de l'activité physique adaptée :

- mettre en place, dans le cadre du contrat responsable, une taxe de solidarité additionnelle réduite à 5 % pour les organismes de couverture complémentaire santé qui intègrent une prise en charge financière de l'activité physique adaptée pour leurs adhérents ;

- mettre en place un crédit d'impôt pour les entreprises qui favorisent par des investissements l'activité physique et sportive de leurs salariés ;

- augmenter significativement le montant du Fonds de développement des mobilités actives pour le plan Vélo.

Proposition n° 16

Inciter les caisses de retraite ou les mutuelles qui ne le font pas encore, à proposer un bilan de condition physique lors du départ en retraite.

Proposition n° 17

Préciser le rôle des maisons sport-santé et les pérenniser :

- faire progressivement des maisons sport-santé le guichet unique d'accueil, d'information et d'orientation de l'activité physique adaptée dans les territoires ;

- créer un fonds de soutien financier aux maisons sport-santé par l'attribution d'une part des taxes affectées sur les paris sportifs.

Proposition n° 18

Augmenter la place de l'activité physique adaptée dans la formation initiale et continue des médecins et des professions paramédicales :

- former les médecins et les professions paramédicales au sport-santé et les médecins à la prescription d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) ;
- intégrer à la procédure de certification des médecins prévue par la loi du 24 juillet 2019 la participation aux formations sur la prévention et l'activité physique adaptée ;
- instituer un diplôme d'études spécialisées en médecine du sport.

INTRODUCTION

Lors de sa réunion du 31 octobre 2019, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) a inscrit à son programme de travail une évaluation de la prévention en matière de santé publique, sur demande du groupe La République en Marche (LaREM), et décidé de solliciter, sur le fondement de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières, l'assistance de la Cour des comptes.

Les rapporteurs, M. Régis Juanico (SOC) et Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe (LaREM), ont été désignés pour conduire ces travaux.

Les travaux de la Cour des comptes et ceux du CEC ont été menés en parallèle et en étroite concertation et les rapporteurs du CEC ont choisi de cibler leurs travaux sur le rôle de l'activité physique dans la prévention, qu'il s'agisse du sport-santé au titre de la prévention primaire ou de l'activité physique adaptée au titre des préventions secondaires et tertiaires.

La crise sanitaire et sa cohorte de données alarmantes donnent un relief particulier au rôle déterminant de la pratique d'activité physique et sportive sur la santé.

L'activité physique est en effet une thérapeutique particulièrement efficace pour prévenir les maladies chroniques, les surmonter, retarder la dépendance des personnes âgées et augmenter l'espérance de vie en bonne santé. Ces faits sont incontestables, ils ont été martelés et démontrés par les quelque 80 spécialistes et acteurs de terrain entendus, que les rapporteurs tiennent à remercier chaleureusement.

« *Notre maison brûle et nous regardons ailleurs* » avait dit un ancien Président de la République pour une autre cause. Si de nombreuses initiatives sont prises sur le terrain par des acteurs convaincus, dévoués et engagés, la prise de conscience quant à la réalité de cette « bombe à retardement » que représente la sédentarité et les actions conduites à tous les âges de vie paraissent clairement insuffisantes.

Ce rapport, assorti de 18 propositions, rappelle donc les données inquiétantes portant sur les effets de la sédentarité et souligne les incontestables bienfaits de l'activité physique et sportive (I) ; il évoque les difficultés auxquelles est confrontée la politique de lutte contre la sédentarité en termes d'organisation, de pilotage et de financement (II). Les rapporteurs ont également souhaité mettre un accent particulier sur le rôle de l'école, socle de la prévention primaire (III) ; ils ont enfin analysé les bienfaits de l'activité physique adaptée sur les patients atteints de maladies chroniques et les seniors (IV).

GLOSSAIRE

Sédentarité, activité physique, prévention, sport : de quoi parle-t-on ?	
	Santé : état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (déf. de l'OMS)
	Prévention primaire : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en termes environnementaux et sociétaux. (déf. de l'OMS)
	Prévention secondaire : cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques. (déf. de l'OMS)
	Prévention tertiaire : consiste à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. (déf. de l'OMS)
	Activité physique : tous les mouvements corporels entraînant une augmentation de la dépense énergétique supérieure à la dépense de repos. Il s'agit de tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités scolaires, de travail, d'école et de déplacement, domestiques ou de loisirs. (déf. de la Fédération française de cardiologie)
	Sport : activité spécialisée et organisée, sous la forme d'exercices et/ou de compétitions, facilitée par les organisations sportives. C'est un sous-ensemble de l'activité physique. (déf. de la Fédération française de cardiologie)
	Sport-santé : recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) : physique, psychologique et sociale. (déf. du Ministère des sports)
	Inactivité : niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité recommandé de 60 minutes d'activité physique modérée quotidienne mais consécutive. (déf. de la Fédération française de cardiologie)
	Sédentarité : du latin <i>sedere</i> , « être assis ». Situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée. Elle comprend les déplacements en véhicule automobile, la position assise sans activité autre, ou regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone, etc.). (déf. de la Fédération française de cardiologie)



Activité physique adaptée (au sens de l'article L. 1172-1 du code de la santé publique) : pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. (déf. décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016)

Quelques chiffres en lien avec la sédentarité

- Le nombre de cas d'obésité a triplé depuis 2015 (OMS) ;
- Depuis 40 ans, les jeunes de 9 à 16 ans ont perdu 25 % de leur capacité physique (Fédération française de cardiologie) ;
- En 10 ans, le temps passé par les adultes devant les écrans a augmenté de 53 % (Fédération française de cardiologie) ;
- 82 % des ménages étaient équipés d'un ordinateur ou d'une tablette en 2018, 45 % en 2004 (INSEE) ;
- en 2018, 36 % des ménages avaient au moins une voiture (INSEE) ;
- l'OMS estime à 10 % les décès en Europe liés à l'obésité et au surpoids ; et à plus de 5 millions dans le monde les décès imputables à cette même cause, soit plus que pour le tabac ;
- en France, on estime à 50 000 chaque année les morts évitables liées aux conséquences de la sédentarité.

I. LES RAVAGES DE LA SÉDENTARITÉ ET LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (AP) : DES RÉALITÉS RÉGULIÈREMENT DÉMONTRÉES PAR LES SCIENTIFIQUES

Plusieurs études se font l'écho d'une hausse de la prévalence des maladies chroniques avec leurs conséquences en termes d'incapacité, de dépendance, de qualité de vie altérée pour les personnes qui en sont atteintes et de coûts directs et indirects pour la société. Or, si l'activité physique est reconnue comme un outil de prévention particulièrement efficace, elle peine à trouver sa place dans nos politiques publiques et dans le quotidien de nos concitoyens.

A. LA SÉDENTARITÉ : UNE « BOMBE À RETARDEMENT SANITAIRE » ACCENTUÉE PAR LA CRISE DE LA COVID-19

L'accroissement de la sédentarité des individus de tous âges est une tendance mondiale identifiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un problème de santé publique majeur.

Selon cette organisation, les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un risque de décès majoré de 20 % à 30 % par rapport à celles qui sont suffisamment actives.

1. Une profusion de données concordantes sur la sédentarité, le surpoids et leurs conséquences

En France, l'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) menée par Santé publique France (SPF) auprès de cohortes d'adultes de 18 à 74 ans et d'enfants de 6 à 17 ans, mettait en lumière, dans son édition 2014-2016 ⁽¹⁾, des données inquiétantes : 53 % des femmes et 71 % des hommes seulement atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique soit 150 à 300 minutes par semaine d'une activité d'endurance d'intensité modérée.

Par ailleurs, 54 % des hommes et 44 % des femmes de 18 à 74 ans ⁽²⁾ sont en surpoids ou obèses (IMC \geq 25). Cette prévalence augmente avec l'âge tandis que quelque 17 % avaient un IMC \geq 30, signe d'obésité. L'étude relève également une prévalence du surpoids supérieure chez les personnes les moins diplômées.

(1) L'étude à laquelle ont participé 2 682 adultes et 1 182 enfants s'est achevée le 31 mars 2016.

(2) Données de 2015.

La mesure du surpoids et de l'obésité

L'indice de masse corporelle (IMC) correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

Si l'IMC est :

- entre 25,0 et 29,9 kg/m², il existe un surpoids ;
- entre 30,0 et 34,9 kg/m², il s'agit d'obésité modérée ;
- entre 35,0 et 39,9 kg/m², il s'agit d'une obésité sévère ;
- plus de 40 kg/m², on parle d'obésité massive.

Le tour de taille est un autre indicateur important de surpoids ou d'obésité.

Chez les enfants de 6 à 17 ans, la prévalence du surpoids est estimée à 17 % dont 4 % d'enfants obèses ⁽¹⁾. Là aussi, le surpoids atteint davantage les enfants de parents moins diplômés.

Récemment, la Fédération française de cardiologie (FFC) publiait un communiqué ainsi intitulé : « Rester trop longtemps assis tue : levons-nous et bougeons ! ».

À l'appui de cet appel, un constat dramatique établi par une étude de 2013 ⁽²⁾ : *« depuis 50 ans, les jeunes de 9 à 16 ans ont perdu 25 % de leur capacité physique, c'est-à-dire qu'ils courent moins vite et moins longtemps. En moyenne, un enfant courait 600 mètres en 3 minutes en 1971. Il lui en faut désormais 4 pour parcourir la même distance (...). L'augmentation de l'inactivité physique et le temps passé assis participent grandement à la progression inquiétante du surpoids et de l'obésité qui touche les jeunes. Ce surpoids associé à la sédentarité explique la réduction de la capacité physique. La perte d'endurance est proportionnelle à l'augmentation du poids et de la masse grasseuse, c'est un cercle vicieux ».*

➤ En mars 2017, donc bien avant le confinement et son usage intensif du numérique, la Fédération française de cardiologie s'est penchée, dans le cadre de son « Observatoire du cœur des Français », sur « L'avenir du cœur des jeunes » via un panorama de la sédentarité des enfants.

Ainsi, moins de 4 enfants sur 10 se rendent à pied à la maternelle ou à l'école primaire, moins de 3 sur 10 vont au collège à pied et ils sont 39 % à privilégier les transports en commun et 30 % à s'y faire conduire en voiture. Or, près de 45 % des jeunes vivent à moins de 2 km de leur établissement scolaire et 21 % entre 2 et 5 km, distances que l'on peut facilement parcourir à pied, à vélo ou à trottinette. L'utilisation de la marche pour se rendre sur le lieu d'études n'a cessé de diminuer

(1) Données de 2015.

(2) *Research priorities for child and adolescent physical activity and sedentary behavior : an international perspective using a twin-panel Delphi procedure*, Grant Tomkinson, 2013.

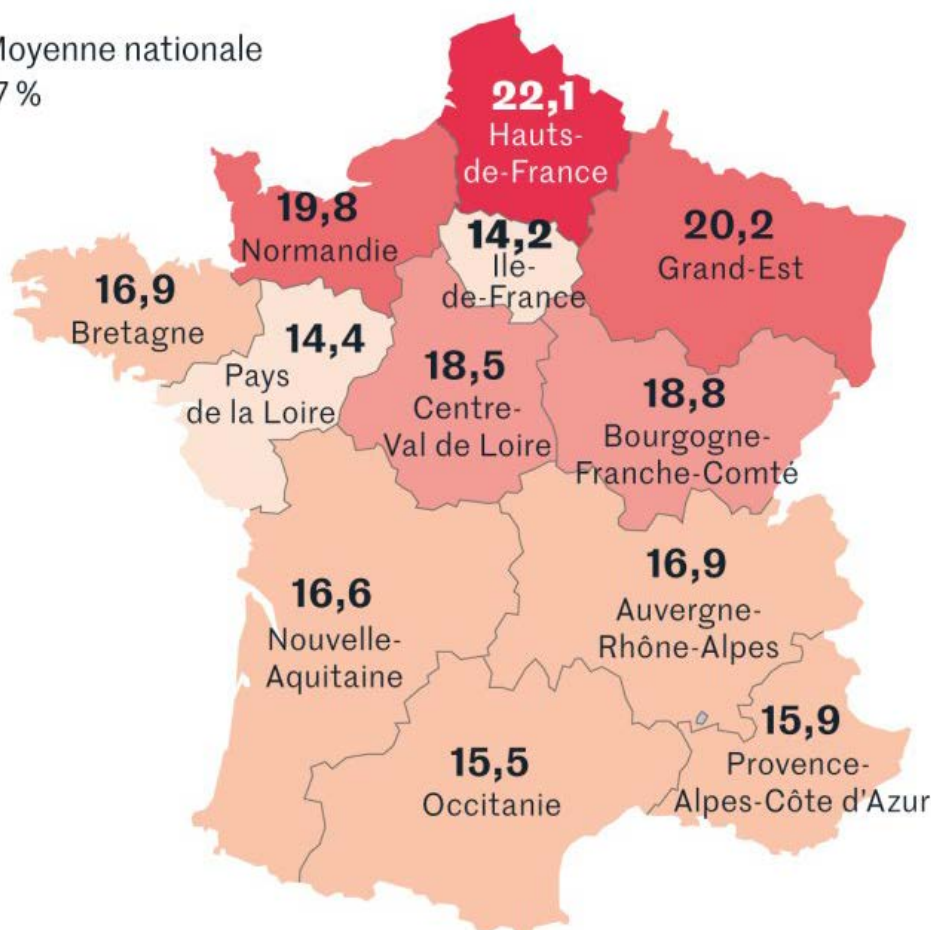
depuis 1982, contrairement à l'utilisation de la voiture, qui elle, a fortement augmenté.

Les données relatives à l'obésité ont été très récemment confortées par une enquête de la Ligue contre l'obésité ⁽¹⁾ qui fait état de chiffres stables mais élevés du surpoids comme de l'obésité, dont la prévalence reste marquée par les inégalités sociales et territoriales : 75 % des 8-17 ans en surcharge pondérale sont issus des catégories populaires et inactives, soit 9 points de plus que dans la population générale indique l'enquête.

Ces travaux font également apparaître des inégalités territoriales de manière saillante, comme le montre la carte ci-dessous qui mentionne près de huit points d'écart entre les Hauts-de-France et l'Île-de-France sur la prévalence de l'obésité.

Prévalence de l'obésité, détails par région, en %

Moyenne nationale
17 %



Source : Le Monde, 30 juin 2021.

(1) Enquête ObEpi réalisée avec le concours de l'Institut Odoxa et la chaire santé de l'Institut d'études politiques conduite à l'automne 2020.

2. L'inévitable interaction entre un usage accru du numérique et la sédentarité : des constats alarmants de l'usage intensif des écrans

En novembre 2020, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) publiait une évaluation des risques sanitaires associés à la sédentarité et à l'inactivité physique qui concernent les deux tiers des 11-17 ans.

À cette occasion, elle rappelait les seuils sanitaires spécifiques aux 6-17 ans et portant sur la sédentarité et l'exposition aux écrans :

- lorsqu'il est supérieur à 2 heures par jour, le temps passé assis ou allongé devant un écran de loisir (télévision, ordinateur, jeu vidéo...) peut constituer un risque pour la santé ;

- lorsque l'activité physique est inférieure à 60 minutes par jour, incluant le sport pratiqué pendant le temps scolaire, les jeunes sont considérés comme insuffisamment actifs.

Or, selon l'Agence :

- **66 % des 11-17 ans présentent un risque sanitaire préoccupant caractérisé par le dépassement simultané des deux seuils sanitaires : plus de 2 heures de temps d'écran et moins de 60 minutes d'activité physique par jour ;**

- **49 % présentent un risque sanitaire très élevé avec plus de 4 h 30 de temps d'écran journalier et/ou moins de 20 minutes d'activité physique par jour ; parmi ceux-là, 17 % cumulent plus de 4 h 30 d'écran par jour et moins de 20 minutes d'activité physique par jour.**

L'Anses relève aussi que le niveau de sédentarité est plus élevé chez les jeunes issus des milieux les moins favorisés.

Rappelant que des niveaux de sédentarité élevés et de longues expositions aux écrans étaient souvent associés à des risques de surpoids, des troubles du comportement alimentaire, une qualité du sommeil et de vie altérée, **l'Anses souligne qu'il est extrêmement rare qu'une évaluation des risques montre que les deux tiers de la population étudiée présentent un dépassement des seuils sanitaires, traduisant ainsi une exposition à un niveau de risque élevé pour la santé. Elle appelle à considérer l'insuffisance d'activité physique et les comportements sédentaires comme un facteur de risque sanitaire à part entière.**

Dans son ouvrage « *La fabrique du crétin digital* »⁽¹⁾ le docteur en neurosciences et directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) Michel Desmurget indique que, dès 2 ans, les enfants

(1) « *La Fabrique du crétin digital – Les dangers des écrans pour nos enfants* », Éditions du Seuil 2019 ; Éditions Points, octobre 2020.

des pays occidentaux cumulent chaque jour presque 3 heures d'écran en moyenne. Entre 8 et 12 ans, ils passent près de 4 h 45 soit un tiers du temps normal de veille.

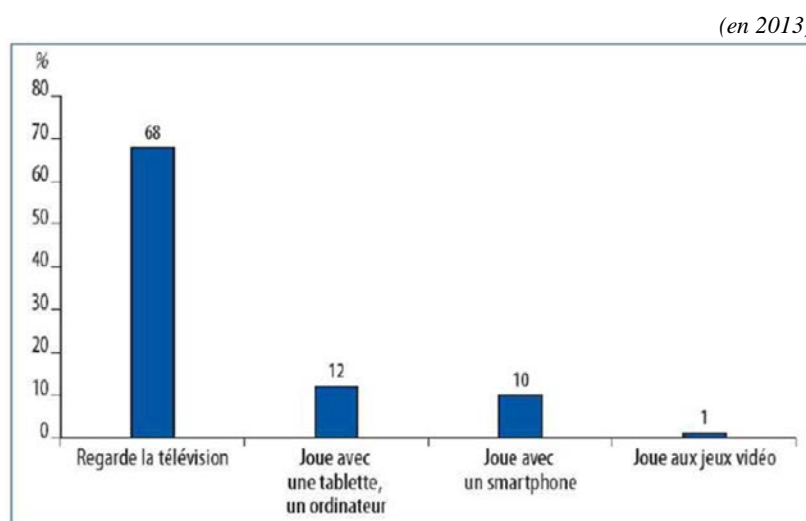
Entre 13 et 18 ans, ils peuvent atteindre 6 h 45 soit d'avantage que le volume horaire scolaire et 40 % du temps normal de veille. Sur une année, relève-t-il, les écrans absorbent 1 000 heures pour un enfant de maternelle, 1 700 heures pour un élève de cours moyen et 2 400 heures pour un lycéen soit 2,5 années scolaires.

Cette tendance est d'autant plus préoccupante que, rappelait la Fédération française de cardiologie dans le cadre de son « Observatoire du cœur des Français », « l'enfance et l'adolescence sont des moments cruciaux, où peuvent se développer de profondes addictions dont il sera difficile de se défaire à l'âge adulte ». La FFC déplore aussi qu'un élève de CM2 sur trois ait une télévision ou un ordinateur dans sa chambre ⁽¹⁾.

Le dernier état des lieux sur l'activité physique et la sédentarité de l'enfant et de l'adolescent ⁽²⁾ s'est aussi penché sur les comportements sédentaires – c'est-à-dire toute situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible en position assise, inclinée ou allongée –, pour relever à son tour que de nombreuses études ont montré l'impact négatif des comportements sédentaires, particulièrement devant un écran, sur le développement physique, cognitif, émotionnel et social des enfants et des adolescents, ainsi que sur leurs résultats scolaires, leur bien-être, leur sommeil et leur santé mentale.

La cohorte ELFE (Étude longitudinale française depuis l'enfance concernant 18 000 enfants nés en 2011) montre également des consommations d'écrans inquiétantes pour les très jeunes enfants alors même que l'effet néfaste est démontré par les experts.

PART DES ENFANTS DE 2 ANS QUI CONSOMMENT QUOTIDIENNEMENT DES ÉCRANS

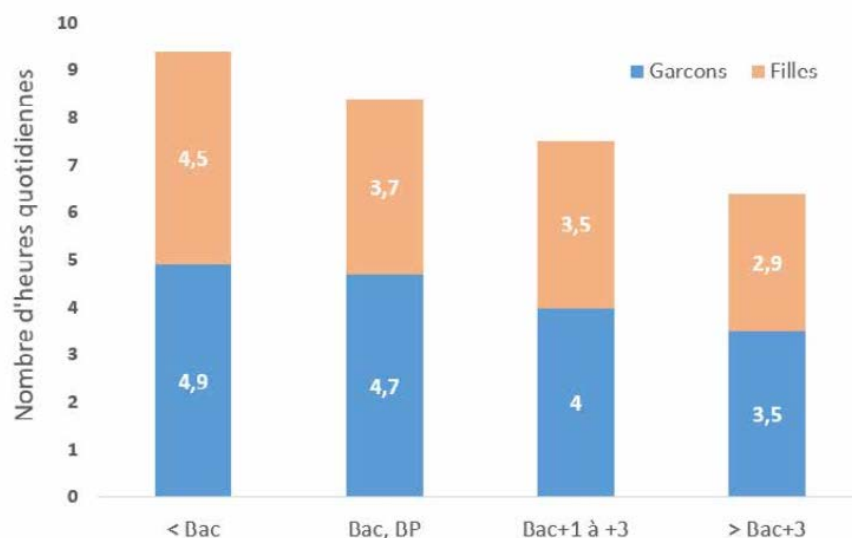


Source : enquête ELFE (maternité, 2 mois, 1 an, 2 ans)/DEPS, ministère de la culture, 2019.

(1) Enquête OpinionWay BJ10469-BM I&E, Observatoire pour la santé visuelle et auditive, 2014.

(2) 3^{ème} édition de l'étude biennale réalisée avec le concours de l'ONAPS, publiée en février 2021.

**DURÉE QUOTIDIENNE MOYENNE PASSÉE DEVANT UN ÉCRAN
CHEZ LES ENFANTS DE 6-17 ANS, SELON LE SEXE ET LE DIPLÔME DES PARENTS**



Source : étude Esteban, 2015.

Les spécialistes entendus par les rapporteurs ont exprimé leur inquiétude face au phénomène d'addiction aux écrans : ils ont souligné que plus la prévention était précoce, soutenue, claire (pas d'écrans le matin, pas pendant les repas, pas au coucher, pas dans la chambre), plus elle est efficace ; le seul rempart étant les parents. **En ce sens, ils ont souligné l'illisibilité de l'offre en termes de structures de prise en charge et de soutien à la parentalité qu'il conviendrait de clarifier.**

Plusieurs recommandations nationales et internationales plaident pour ne pas exposer les enfants aux écrans avant 3 ans.

Un des interlocuteurs des rapporteurs a rappelé que les entrepreneurs de la Silicon Valley ne mettaient pas d'écrans entre les mains de leurs enfants mais favorisaient les jouets en bois traditionnels.

3. L'impact dramatique du confinement du printemps 2020 sur les habitudes de sédentarité et le temps d'écran

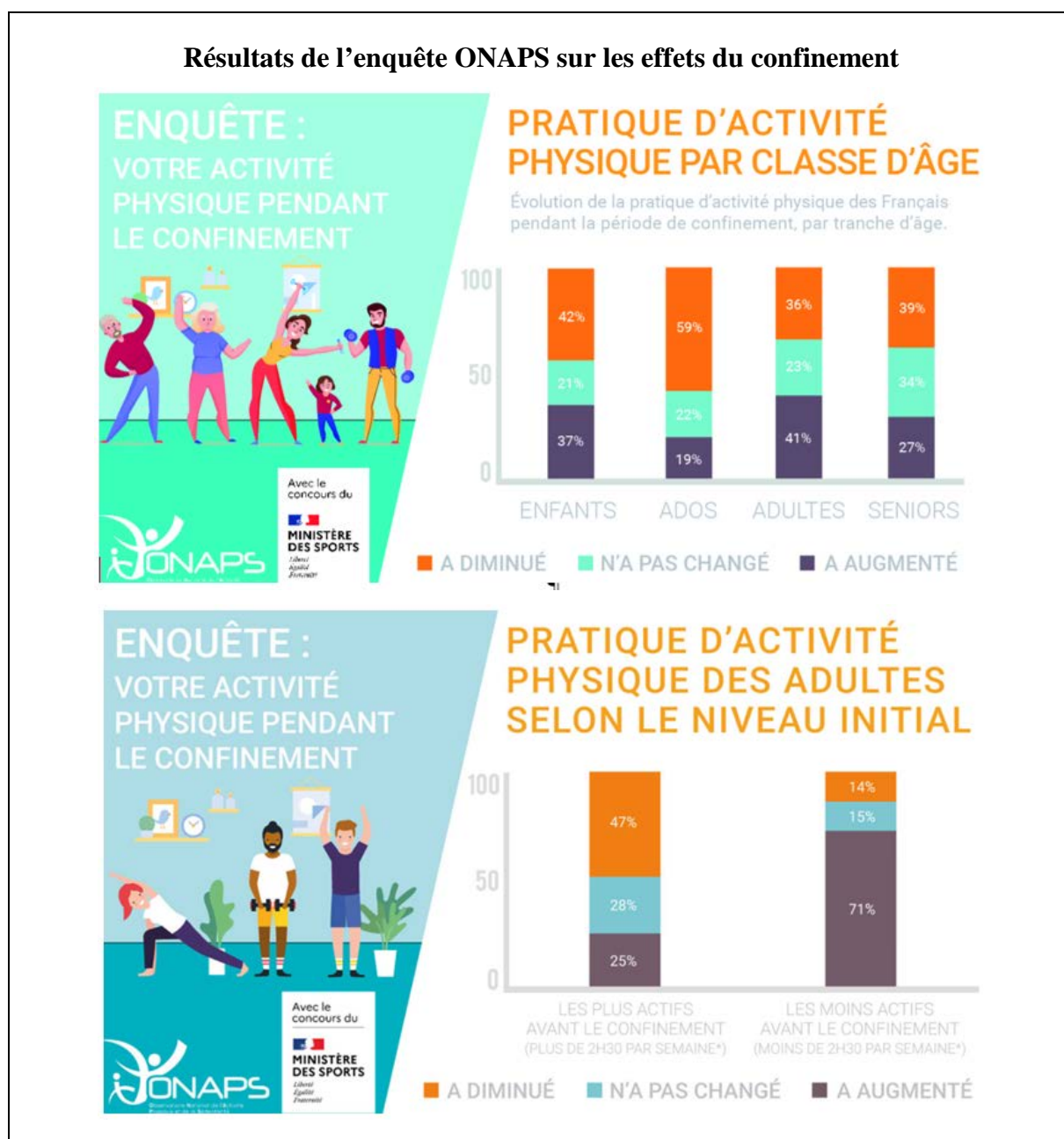
Plusieurs enquêtes ont été menées depuis le premier confinement. Tant en ce qui concerne la sédentarité, la pratique d'activité physique et sportive que le temps passé devant les écrans, les résultats publiés sont alarmants et appellent à agir de toute urgence.

a. L'impact du confinement sur l'activité physique et sportive

L'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) a publié, en février 2021, les résultats d'une enquête nationale sur les effets du confinement sur le niveau d'activité physique et les comportements sédentaires des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées (enquête sur un échantillon de plus de 28 000 personnes).

Sans surprise, elle montre une diminution d'activité physique pour plus d'un tiers des classes d'âge analysées et de manière plus marquée chez les adolescents et les plus actifs avant le confinement ; l'activité physique a néanmoins augmenté chez les deux tiers des personnes qui étaient les moins actives avant le confinement.

Selon l'ONAPS ⁽¹⁾, la France obtient en moyenne un « D » suggérant trop peu d'initiatives et une évaluation imprécise ou inadaptée, et se classe 119^{ème} sur 146 pays en matière d'activité physique quotidienne des adolescents.



(1) Report Card 2020.

La Fédération française de cardiologie a, pour sa part, publié, en mars dernier, une étude sur l'impact du premier confinement en termes cardio-vasculaire et psychologique ⁽¹⁾ qui montre qu'après un mois et demi de confinement, 63 % des participants ont rapporté une diminution de leur activité physique ou une dégradation de leur alimentation et donc une aggravation du risque cardio-vasculaire. De plus, une augmentation de la consommation de produits sucrés dont l'alcool, de matières grasses, de féculents, s'est traduite, pour certains, par une prise de poids.

Cette tendance est confirmée par une autre enquête (CoviPrev), menée par Santé publique France (SPF) entre avril et mai 2020 ⁽²⁾, qui fait apparaître que près de 6 personnes sur 10 ont fait moins de 30 minutes par jour d'activité physique pendant le confinement.

L'enquête CoviPrev de Santé publique France *

Depuis mars 2020, Santé publique France a lancé l'enquête CoviPrev afin de suivre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles) des Français. Cette enquête a été conduite avec BVA sur un échantillon de 2 000 personnes de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine.

– Activité physique :

Parmi l'ensemble des personnes interrogées :

- 57,6 % ont fait moins des 30 min/jour d'activité physique (incluant les activités faites au travail, au domicile ou dans le jardin, pour les déplacements ou lors des activités sportives ou de loisirs), particulièrement les femmes, les 25-49 ans, les moins diplômées, les parents d'enfants de 16 ans ou moins et les citadins.

Comparé à leurs pratiques d'avant le confinement :

- 47,4 % des personnes ont déclaré une diminution de leur activité physique dans son ensemble,
- 58,9 % une diminution de la marche,
- 37,1 % une diminution de leur activité sportive.

Concernant l'activité sportive, 17,9 % ont néanmoins déclaré une augmentation de leur pratique, ceci de façon croissante au cours de la période du confinement (15,4 % des personnes interrogées du 14 au 16 avril 2020).

Parmi les 1 170 personnes ayant fait de l'activité sportive, 32,7 % ont utilisé plus que d'habitude des applications, des vidéos ou la télévision pour en faire. Le site mangerbouger.fr a ainsi connu une hausse globale du trafic de 60 % par rapport à la même

(1) Enquête sur 536 personnes de 50 à 89 ans de Haute-Garonne, ayant déjà participé à une précédente enquête sur les facteurs de risque cardio-vasculaire, menée par des chercheurs du CHU de Toulouse.

(2) Enquête CoviPrev de SPF menée du 4 au 6 mai 2020 sur l'ensemble des questions ; du 14 au 16 avril 2020 sur l'évolution perçue de l'activité sportive ; du 13 au 15 mai 2020 sur la pratique d'activité physique.

période en 2019 avec une hausse de 308 % de la consultation des pages relatives aux exercices d'activité physique.

– Sédentarité :

Pendant le confinement, le temps moyen passé assis a été de 6 h 19 par jour.

Un tiers des personnes interrogées (33,4 %) a déclaré passer plus de 7 heures assis par jour, plus fréquemment les 18-24 ans, les personnes ayant travaillé à domicile pendant le confinement et les personnes vivant en milieu urbain.

Une augmentation du temps passé assis a par ailleurs été perçue par 61,4 % des personnes.

- 44,7 % ont déclaré se lever plusieurs fois par heure, la recommandation pendant le confinement étant de le faire au moins toutes les demi-heures **.
- 55,3 % se sont levées moins souvent, en particulier les 18-34 ans, les plus diplômés, les personnes ayant travaillé à domicile pendant le confinement, les personnes vivant en zone urbaine.

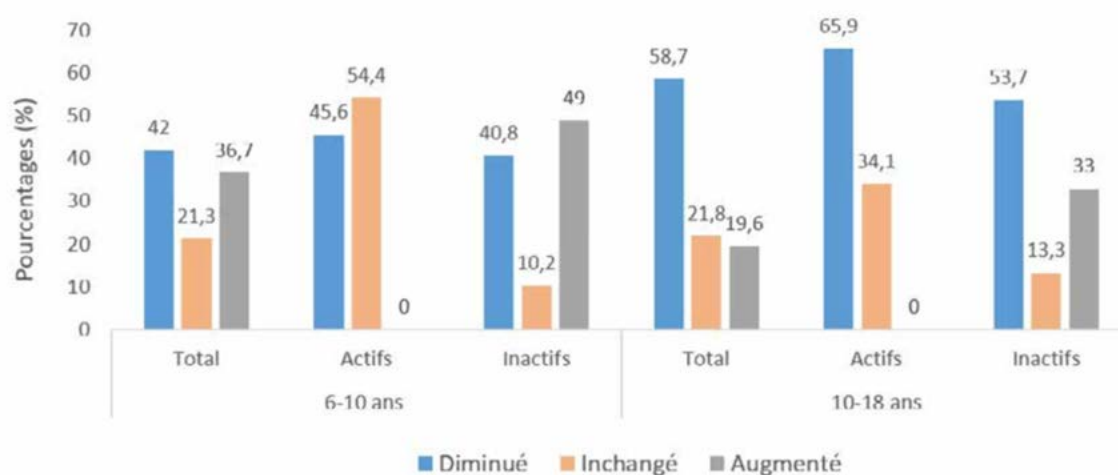
* L'activité physique inclut les activités faites au travail, au domicile ou dans le jardin, pour les déplacements ou lors des activités sportives ou de loisirs.

** Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, relatif à l'évaluation des risques liés à la réduction du niveau d'activité physique et à l'augmentation du niveau de sédentarité en situation de confinement, Maisons-Alfort, 2020.

Le dernier état des lieux sur l'activité physique et la sédentarité de l'enfant et de l'adolescent ⁽¹⁾ va dans le même sens.

ÉVOLUTION DU NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PENDANT LE PREMIER CONFINEMENT EN FONCTION DU NIVEAU INITIAL (ACTIF OU INACTIF) CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

(en pourcentage)



Source : enquête ONAPS, ministère des sports, figurant dans le Report Card 2020.

(1) Report Card 2020, 3^{ème} édition de l'étude biennale réalisée avec le concours de l'ONAPS, publiée en février 2021.

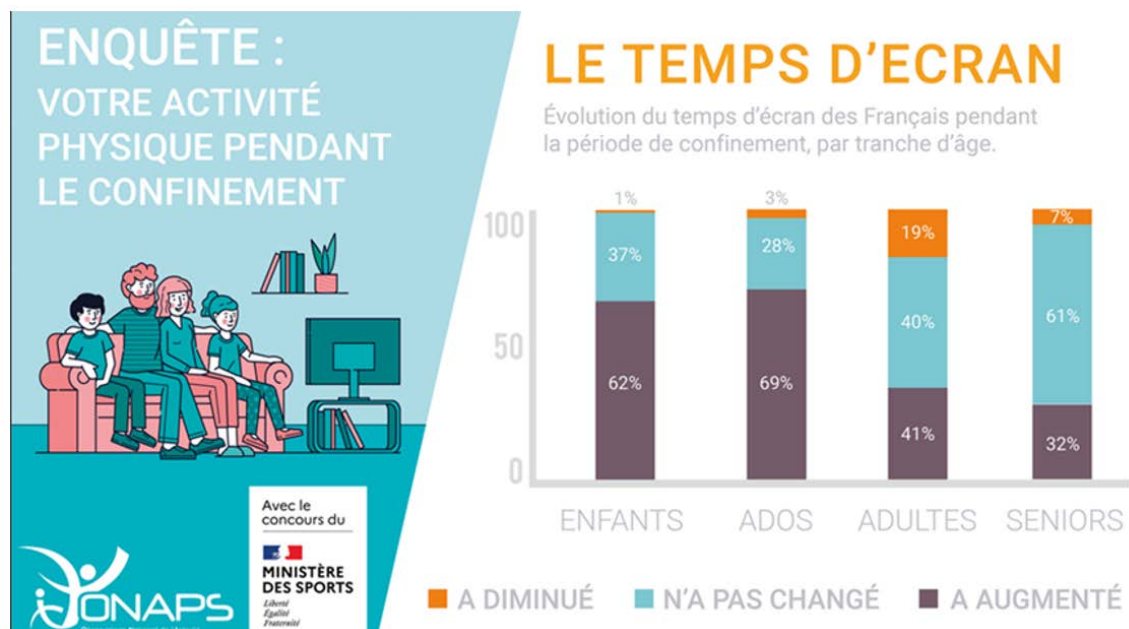
Le coordonnateur de cette étude, M. David Thivel ⁽¹⁾, également entendu par les rapporteurs, a souligné ⁽²⁾ : « *il y a urgence (...) le rôle de parents est essentiel pour montrer l'exemple, puis l'école, le monde associatif, l'échelon local, régional et national (...). La santé des enfants et des adolescents est menacée, leur espérance de vie en bonne santé va se réduire. Outre l'activité physique, la nutrition et le sommeil se dégradent* ».

Mentionnons enfin les constats inquiétants rapportés par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale pour mesurer et prévenir les effets de la crise de la Covid-19 sur les enfants et la jeunesse, qui mentionne le constat de professeurs d'EPS de plusieurs pays européens, d'une diminution de 16 % de la capacité aérobie et de 13 % de la coordination et de la capacité physique globale des élèves.

Parce que les personnes ayant une moindre capacité physique ou ayant déjà une affection ont été les plus touchées par la Covid, il est impératif que notre politique de santé s'attache à prévenir, suivre et traiter les facteurs de risque bien plus en amont des crises épidémiques.

b. Évolution du temps d'écran pendant le confinement

L'enquête précitée de l'ONAPS fait apparaître que le temps d'écran a augmenté de manière spectaculaire chez une très grande majorité d'enfants et d'adolescents en particulier.



Dans la réédition de son ouvrage « *La fabrique du crétin digital* » parue en octobre dernier, **M. Michel Desmurget** relevait que le confinement avait causé un accroissement brutal de l'usage du numérique par les enfants et adolescents qui

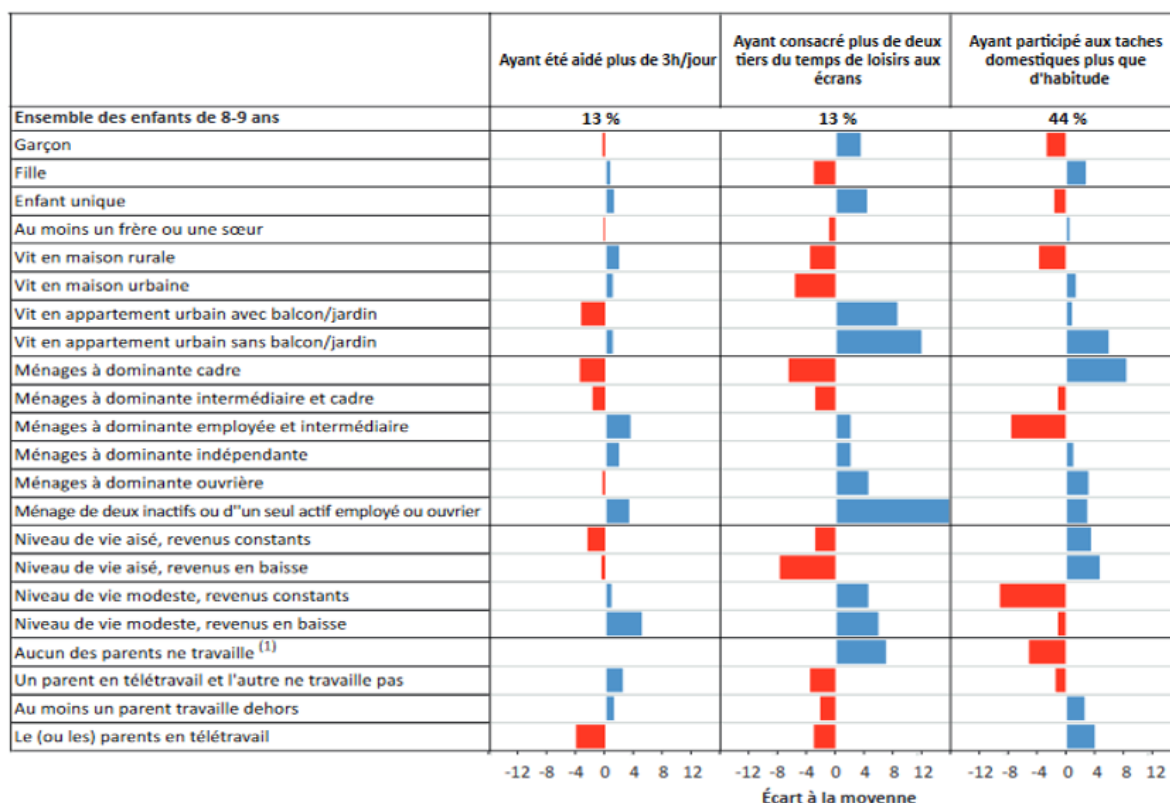
(1) Maître de conférences à l'Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand, Laboratoire des adaptations métaboliques à l'exercice en conditions physiologiques et pathologiques ; membre de l'ONAPS.

(2) Le Monde, 27 janvier 2021.

peut être évalué à 30-35 % soit une fourchette quotidienne de 4 heures pour les enfants de maternelle à 10 heures pour les adolescents ⁽¹⁾.

En outre, dans une étude de janvier dernier ⁽²⁾, une équipe de chercheurs a observé l'impact du premier confinement sur les enfants de 8-9 ans. De ces travaux au spectre très large, il ressort que le temps de loisir passé devant les écrans était fortement lié aux facteurs socio-culturels de la famille.

ACTIVITÉ DE L'ENFANT PENDANT LE CONFINEMENT DU PRINTEMPS 2020 EN FRANCE



(1) : Parents de l'enfant vivant ensemble, parent seul ou éventuel conjoint dans le cas des parents séparés. Lecture : 13 % des enfants ont été aidés scolairement plus de 3h/jour par un membre du foyer. Par rapport à cette moyenne, les enfants vivant dans un foyer à revenu modeste et en baisse ont été davantage aidés (+ 4 points, barre à droite), ceux vivant dans un foyer à revenu aisé et constant ont été moins aidés (-2 points, barre à gauche).

Champ : Enfants âgés de 8-9 ans vivant en France métropolitaine, non scolarisés durant le premier confinement.

Source : enquête SAPRIS ELFE – Epipage 2, Ined-Inserm, 2020.

B. BOUGER, CE N'EST PAS SIMPLEMENT « UNE BONNE CHOSE », C'EST VITAL

Le Dr François Carré, cardiologue du sport au CHU de Rennes, ambassadeur de la Fédération française de cardiologie, et entendu par les rapporteurs, le rappelle : « Choisir un comportement sédentaire aggrave beaucoup le risque de développer la

(1) « La fabrique du crétin digital », Michel Desmurget, Éditions Points, oct. 2020 p.441.

(2) « Les enfants à l'épreuve du premier confinement », Xavier Thierry, Bertrand Geay, Ariane Pailhé, Nathalie Berthomier, Jérôme Camus, Nicolas Cauchi-Duval, Jean-Louis Lanoë, Sylvie Octobre, Julie Pagis, Lidia Panico, Thierry Siméon, Anne Solaz et l'équipe SAPRIS, Revue Population et société n° 585, janvier 2021.

plupart des pathologies chroniques graves. Notre capital santé, comme celui de nos enfants qui nous regardent vivre, dépend beaucoup de nous. Il en va donc de notre responsabilité citoyenne de nous remettre à bouger. » ⁽¹⁾

Le Pr Martine Duclos, cheffe du service de médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand et présidente du comité scientifique de l'ONAPS, l'a rappelé devant les rapporteurs : la capacité physique est aussi vitale que l'IMC ou la glycémie... **c'est le premier facteur prédictif de mortalité**. Ainsi, pratiquer du renforcement musculaire deux fois par semaine induit un risque deux fois moindre de développer une pneumopathie ou une inflammation des voies respiratoires inférieures.

1. Une évolution inquiétante des profils à risque

a. L'exemple du surpoids et de l'obésité

Dans **un rapport d'octobre 2019** ⁽²⁾, **l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** indiquait que plus de la moitié de la population de 34 des 36 pays de l'organisation est aujourd'hui en surpoids et la proportion d'adultes présentant une surcharge pondérale sévère est passée de 21 %, en 2010, à 24 % en 2016, soit 50 millions d'obèses supplémentaires.

Les adultes obèses s'exposent à un risque accru de développer une maladie chronique, comme le diabète, et de mourir prématurément. Dans les 28 pays de l'Union européenne les personnes aux revenus modestes ont une probabilité d'être obèses supérieure à celle des personnes aisées, de 90 % chez les femmes et 50 % chez les hommes, ce qui fait de l'obésité un marqueur d'inégalités.

À l'appui de deux études ⁽³⁾, le Dr Michel Desmurget pointe une forte augmentation du nombre d'AVC depuis une trentaine d'années chez les jeunes adultes tandis que le Dr François Carré constate que le surpoids et l'hypertension artérielle sont aujourd'hui plus fréquents qu'auparavant chez les jeunes de 20 ans.

b. Les graves conséquences économiques et sociales de l'obésité

Dans le rapport précité, l'OCDE a analysé les coûts économique, social et sanitaire de l'augmentation du nombre de personnes obèses ou en surpoids et réalisé des projections à l'horizon 2050. Elle souligne que l'obésité réduit l'espérance de vie, nuit aux performances scolaires des élèves, à la productivité du travail et à la croissance économique. Elle a aussi estimé que l'obésité et ses conséquences médicales entamaient de 3,3 % le PIB de ces pays ; ces projections ayant été établies avant la crise sanitaire que nous traversons.

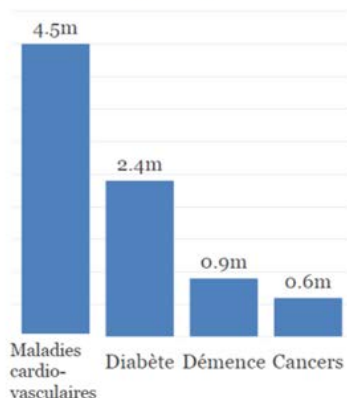
(1) Communiqué de presse de la Fédération française de cardiologie du 6 mars 2019, modifié le 21 mai 2021 : « Rester trop longtemps assis tue ».

(2) « Le lourd fardeau de l'obésité – L'économie de la prévention », OCDE.

(3) « Prevalence of cardiovascular risk factors and strokes in young adults », M.G. Georges. et al., JAMA Neurol, 74,2017, et « Trends in the incidence of ischaemic stroke in young adults between 1985 and 2011 » Y. Bejot et al., J. Neurol, Neurosurg psychiatry, 85, 2014.

PROJECTION SUR 2020-2050 EN FRANCE

Nombre de cas (millions), total sur 2020-50



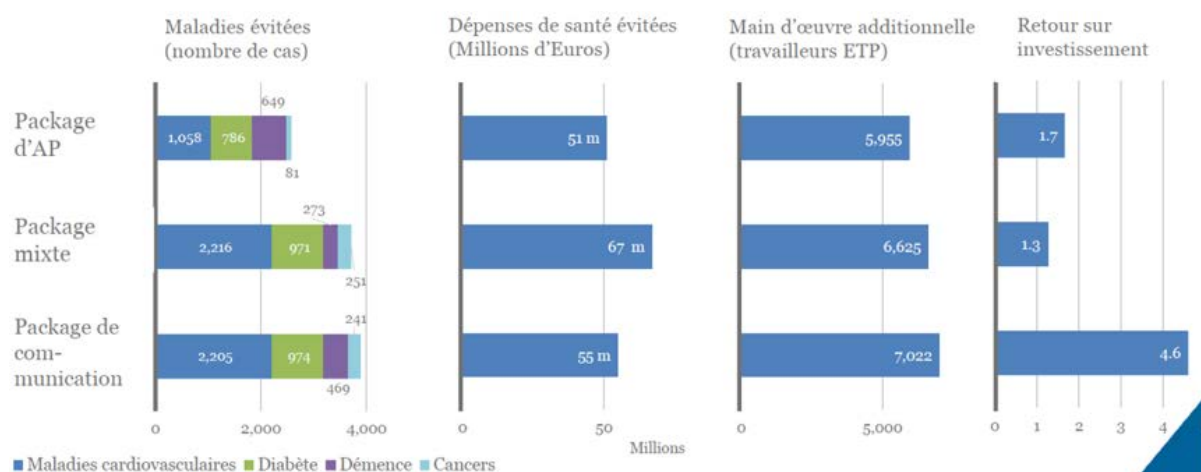
L'espérance de vie est réduite de **2.3 ans** entre maintenant et 2050 à cause de l'obésité et du surpoids, en moyenne sur la population totale en France.

Source : modèle SPHeP NCD de l'OCDE, OCDE (2019), « The Heavy burden of Obesity ».

Les pays de l'OCDE consacrent déjà 8,4 % de leur budget de santé au traitement des maladies associées à l'obésité. Cela équivaut à près de 311 milliards \$ ou 209 \$ par habitant et par an. L'obésité est responsable de 70 % des dépenses engagées pour soigner le diabète, 23 % dans le cas des maladies cardio-vasculaires et 9 % en ce qui concerne le cancer.

Toujours selon l'OCDE, la France perd chaque année 634 euros par habitant en coût de moindre participation au marché du travail et productivité en raison du surpoids et des maladies associées. Or, la prévention montre une véritable efficacité y compris économique.

RÉSULTATS ANNUELS SUR 2020-2050 EN FRANCE



Note : résultats annuels sur 2020-2050, France, Retour sur investissement calculé pour l'ensemble des pays inclus dans l'analyse.

Source : modèle SPHeP NCE de l'OCDE.

En France, selon l’Inserm ⁽¹⁾, les estimations actuelles des coûts directs (75 %) et indirects (25 %) de l’inactivité physique sont de l’ordre d’1,3 milliard d’euros et plusieurs interlocuteurs des rapporteurs ont fait part de leur grande inquiétude sur les risques de voir se développer des maladies chroniques invalidantes tel le diabète, dont le coût pour l’Assurance maladie est considérable.

Les travaux de projection du Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM) montrent que la hausse des dépenses associée à l’accroissement du surpoids et de l’obésité pour l’assurance maladie (scénario central) serait de 0,7 % du PIB d’ici à 2030 ⁽²⁾.

Or, l’activité physique adaptée (APA) permet une amélioration très substantielle de l’état des personnes concernées. Plusieurs études locales l’ont montré, nous y reviendrons ; mais, de l’avis de professionnels entendus, les bénéfices doivent surtout être mesurés sur le temps long (20 à 30 ans) car l’activité physique intégrée au mode de vie dès le plus jeune âge se traduira par moins de maladies chroniques et de perte d’autonomie des années plus tard et donc de lourdes dépenses sociales évitées.

c. Les risques liés au temps passé devant les écrans

Interrogé par la Fédération française de cardiologie ⁽³⁾, le Dr Frédéric Kochman, pédopsychiatre et coordinateur de l’équipe médicale de la clinique Lautréamont de Loos, rappelait que *« l’adolescence, c’est l’âge de la maturation du cerveau. Le cerveau d’un adolescent est en pleine ébullition du fait des changements neuro-hormonaux. Il connaît un phénomène, la myélinisation, que l’on peut résumer de la façon suivante : leur cerveau passe en 4G. Les connexions neuronales deviennent des fibres optiques qui accélèrent la transmission des informations. La sédentarité perturbe ce processus essentiel pour le développement du cerveau, alors qu’à l’inverse l’activité physique régulière favorise son bon déroulement. (...) »*.

Le Dr Michel Desmurget, dans l’ouvrage précité, a recensé l’impact de la consommation d’écran sur le sommeil et ses conséquences :

(1) « Activité physique. Prévention et traitement les maladies chroniques », publiée le 14 février 2019.

(2) « La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – A partir de l’exemple de l’obésité », HCAAM, avis adopté le 25 octobre 2018.

(3) L’Observatoire du cœur des Français.

IMPACT DU MANQUE DE SOMMEIL SUR L'INDIVIDU ⁽¹⁾

Cognition	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Prise de décision, notamment dans le cadre de tâches complexes ⚡ Attention ⚡ Mémorisation ⚡ Maturation cérébrale et développement cognitif ⚡ Créativité (résolution de problèmes complexes) ⚡ Résultats scolaires ⚡ Productivité au travail
Émotion	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Désordres émotionnels (dépression, suicide, anxiété, etc.) ⚡ Impulsivité, hyperactivité, troubles du comportement ⚡ Aggressivité
Santé	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Obésité ⚡ Diabète type 2 ⚡ Risque cardio-métabolique (hypertension, diabète, infarctus etc.) ⚡ Réponse immunitaire ⚡ Intégrité cellulaire (en particulier, correction des dommages infligés à l'ADN par l'activité cellulaire) ⚡ Mortalité ⚡ Accidents de la route et du travail ⚡ Risque de démence

Un grand nombre d'études ont montré l'existence chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, d'une relation négative entre temps d'écran et activité physique ⁽²⁾ or, ajoute-t-il « *si l'on devait dresser un palmarès des préjudices méconnus du numérique, la sédentarité finirait à coup sûr lauréate* » ⁽³⁾ (...) « *la sédentarité abîme notre organisme. Pire, elle finit par le tuer prématurément* ». ⁽⁴⁾

L'auteur fait également référence à une recherche récente qui a établi qu'au sein d'une large population infantile (4 500 enfants de 6 ans), une heure quotidienne d'écran suffit à perturber le développement du système cardio-vasculaire.

Par ailleurs, M. David Thivel ⁽⁵⁾ indiquait « *on a assisté pendant le premier confinement à une exposition du temps passé par les enfants et adolescents devant les écrans : 94 % plus de 4 h/jour et 75 % plus de 7 h/jour* ».

Les docteurs Benjamin Pitrat et Lionel Gibert entendus par les rapporteurs ont clairement mis en garde sur les risques liés à l'addiction, l'hyperstimulation et la surexposition aux écrans tels que « *l'inversion des cycles du sommeil, le repli, l'isolement (phénomène des "Hikikomoris" au Japon), les violences intrafamiliales, les troubles psychiatriques et les conséquences neurologiques* ».

Il est clair qu'une limitation du temps d'écran ne suffira pas, à elle seule, à régler la totalité du problème. Mais il est clair aussi que la mise en place d'une telle limitation contribuerait largement à réduire les atteintes que cette pratique occasionne.

(1) Ibid p.339.

(2) Ibid p.350.

(3) Ibid p.346.

(4) Ibid p.348.

(5) Maître de conférences à l'Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand, Laboratoire des adaptations métaboliques à l'exercice en conditions physiologiques et pathologiques ; membre de l'ONAPS – propos rapportés par Le Monde du 27 janvier 2021.

2. Les bienfaits incontestables de l'activité physique sur la santé sont à la portée de tous

a. Les bienfaits de l'activité physique unanimement constatés

En novembre 2019, l'OMS rappelait les bienfaits de l'activité physique au titre de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète, son impact positif sur les symptômes de dépression et d'anxiété et son incidence positive sur les capacités de réflexion, d'apprentissage et de jugement.

Dans le cadre de son plan de lutte contre l'inactivité physique (voir *infra*), l'OMS a mis en avant les avantages de l'activité physique d'un point de vue social, économique, et relève que celle-ci peut contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable pour 2030.



Source : OMS, Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 – Une population plus active pour un monde en meilleure santé.

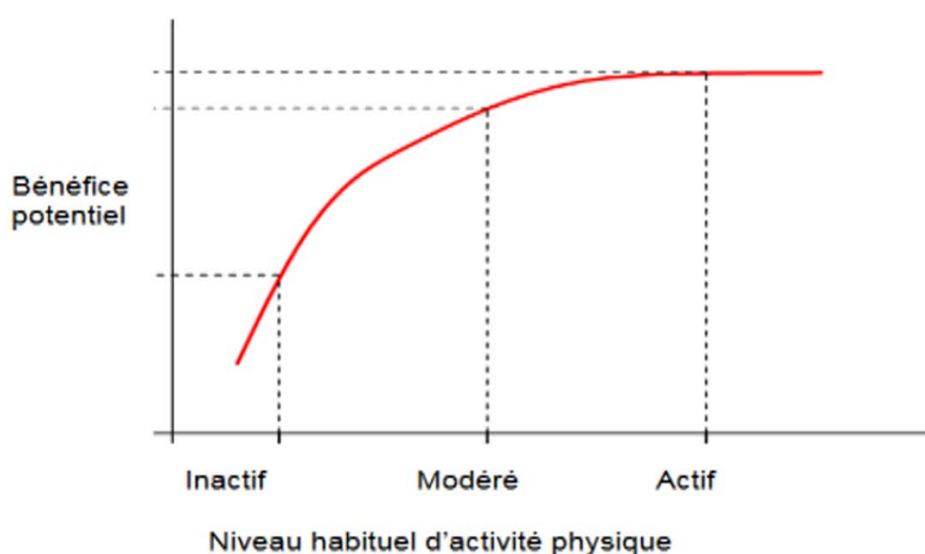
Parmi la très abondante littérature scientifique consacrée aux bienfaits de l'activité physique sur la santé, une étude américaine publiée en janvier 2019 ⁽¹⁾, indique que **remplacer 30 minutes de sédentarité quotidienne par 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée réduit de 17 % la mortalité prématurée. Mieux encore : si ces 30 minutes sont employées à une activité physique d'intensité élevée, la mortalité prématurée baisse de 35 %.**

(1) Étude réalisée auprès de 7 999 Américains de plus de 45 ans par le Columbia University Irving Medical Center, publiée en janvier 2019 dans la revue scientifique American Journal of Epidemiology citée par la Fédération française de cardiologie.

La Fédération française de cardiologie rappelle aussi que, selon plusieurs études internationales, 30 minutes d'activité physique modérée par jour (marche d'un bon pas par exemple) réduisent le risque d'accident cardio-vasculaire de 30 % en moyenne.

La Haute autorité de santé (HAS) a formalisé par une courbe les bénéfices de l'activité physique sur la santé :

**RELATION ENTRE LE VOLUME D'AP ET LE BÉNÉFICE POUR LA SANTÉ,
EN FONCTION DU NIVEAU D'AP HABITUEL**



Source : HAS, guide de promotion, « Consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes », juillet 2019.

Parmi les plus récents travaux, le **Report Card 2020** ⁽¹⁾, souligne que l'utilisation régulière de modes de transport actifs (marche, vélo, trottinette non électrique, rollers...) a des bénéfices bien documentés. Pour les enfants et les adolescents, elle est associée à de meilleurs indicateurs de santé cardio-respiratoire, cardio-métabolique, à un moindre risque d'obésité, à une meilleure santé mentale et à une amélioration des capacités motrices.

Concernant les seniors, la HAS ⁽²⁾ a rappelé récemment les conséquences de l'avancée en âge : la capacité cardio-respiratoire diminue de 5 à 10 % par décennie à partir de 30 ans, la masse, la force et la puissance musculaires diminuent – à 80 ans les personnes âgées ont perdu la moitié de leur masse musculaire initiale – ; la souplesse diminue et les capacités neuromusculaires, en particulier l'équilibre, sont altérées et les capacités fonctionnelles, en particulier à la marche, diminuent tandis que les risques de chutes sont accrus, et avec l'ostéoporose, ses risques de fractures. La réduction des réserves physiologiques augmente les risques de dépendance.

(1) Ibid.

(2) Organisation des parcours – Prescription d'activité physique et sportive – Les personnes âgées, HAS, juillet 2019.

On rappellera aussi que 25 % des femmes et 17 % des hommes de 55 à 85 ans déclarent être tombés au cours des 12 derniers mois. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 85 % des recours aux services d'urgence pour un accident de la vie courante ont pour origine une chute.

Or, indique la HAS, les personnes âgées, actives sur le plan physique :

- ont un plus faible taux de mortalité toutes causes confondues, cardiopathies coronariennes, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, diabète de type 2, cancer du côlon et du sein ;

- ont une plus grande capacité cardio-respiratoire et musculaire, une masse corporelle et une répartition des tissus plus saines ;

- ont des marqueurs biologiques indiquant une prévention plus grande des maladies cardio-vasculaires, du diabète de type 2 ainsi que le renforcement de la qualité des os ;

- ont une meilleure santé fonctionnelle, moins de risque de chuter, et ont de meilleures fonctions cognitives ; ont moins de risque d'être limitées de façon modérée ou sévère dans leur fonctionnement et de voir leur rôle social diminuer ;

- verraient leurs mémoire et fonctions cognitives améliorées et leur autonomie favorisée.

b. Des appels à l'action récurrents

En 2018, l'OMS a lancé le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 qui définit quatre objectifs stratégiques (créer des sociétés actives, créer des environnements actifs, susciter l'activité, créer des systèmes actifs) et recommande 20 mesures concrètes pour diminuer l'inactivité physique de 10 % d'ici 2025 et de 15 % d'ici 2030.

Parmi les mesures du plan de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 :

- mettre en œuvre des campagnes de communication sur les meilleures pratiques pour faire connaître les bienfaits multiples pour la santé de l'activité physique régulière et d'un comportement moins sédentaire ;
- mettre en œuvre dans des espaces publics des initiatives permettant un accès gratuit à des activités physiques agréables et abordables, socialement et culturellement adaptées ;
- renforcer la formation des acteurs de la santé mais aussi de l'éducation, urbanisme etc. ;
- améliorer les infrastructures du réseau piétonnier et cyclable ;
- renforcer l'accès de tout un chacun, quels que soient l'âge et les capacités, à des espaces publics et à des espaces verts, à des réseaux verts, à des lieux récréatifs et à des équipements sportifs de qualité ;
- renforcer l'offre d'une éducation physique de qualité et les possibilités de loisirs actifs, de sports et de jeux pour filles et garçons en appliquant les principes de l'approche

pédagogique intégrée dans tous les établissements d'enseignement et promouvoir la pratique d'une activité physique selon ses capacités et ses aptitudes ;

- mettre en œuvre et renforcer des systèmes d'évaluation du patient et de conseil en vue d'accroître l'activité physique et de réduire le comportement sédentaire grâce au concours de prestataires de soins de santé, d'agents communautaires et de travailleurs sociaux compétents, le cas échéant, dans les services de soins de santé primaires et secondaires et dans les services sociaux ;
- conforter l'offre et l'accès à des programmes d'activité physique à l'extérieur, dans les lieux de travail privés et publics etc. De même, améliorer l'offre et l'accès à des programmes d'activité physique pour les personnes âgées ;
- renforcer l'encadrement et la gouvernance des actions en faveur de l'activité physique, assurer la cohérence des politiques ; élaborer des plans d'action pour tous les âges ; suivre et évaluer les progrès accomplis ;
- renforcer la recherche et l'évaluation ; encourager l'application des technologies numériques et l'innovation pour accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de solutions concrètes efficaces pour accroître l'activité physique ;
- mieux faire connaître l'action menée auprès des décideurs, des médias, des responsables locaux etc. ;
- renforcer les mécanismes financiers pour une mise en œuvre durable des politiques en faveur de l'activité physique et de la réduction des comportements sédentaires.

En 2010, l'OMS recommandait une pratique d'activité physique hebdomadaire d'au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou d'au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue, pour les adultes en bonne santé voire, pour des bénéfices supplémentaires, 300 minutes hebdomadaires ou 150 minutes d'activité d'intensité soutenue.

C'est aussi la régularité de la pratique et sa pratique tout au long de la vie qui fait son efficacité : « *Il ne suffit pas de courir deux heures le weekend pour compenser l'inactivité de la semaine* » précise le Pr Claire Mounier-Vehier, ancienne présidente de la Fédération française de cardiologie.

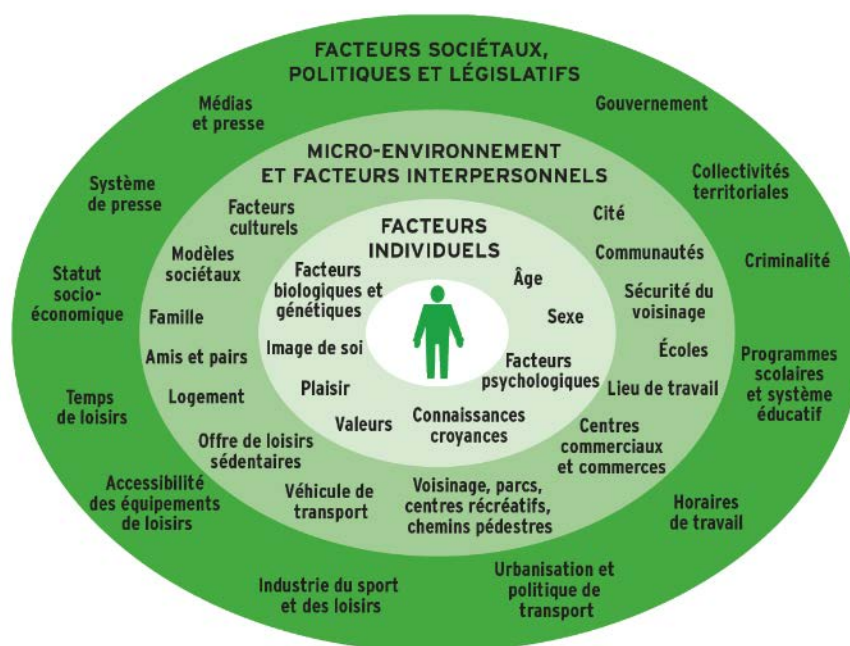
C. COMMUNIQUER, SENSIBILISER : ASSOCIER L'ACTION ET L'INFORMATION

Plusieurs interlocuteurs des rapporteurs l'ont rappelé : « *la clé, c'est la prévention primaire* ». Or la situation alarmante décrite en ce début de rapport impose d'agir tout de suite et de manière massive. Les dramatiques conséquences de la sédentarité issues du premier confinement, mais aussi la perspective des Jeux olympiques et paralympiques de 2024 en France, constituent incontestablement une occasion à saisir pour mettre en lumière les ravages de la sédentarité, les bienfaits de l'activité physique et sportive, pousser les Français de tous âges à l'action et organiser le suivi de ces activités sur le temps long.

1. Agir pour apprendre, communiquer pour inciter à agir : deux leviers indissociables pour développer une action aux multiples leviers

Les ressorts de la pratique d'activité physique sont multiples comme le montre le schéma suivant. Pour la favoriser, il est donc nécessaire d'agir sur plusieurs leviers mais aussi de s'adresser de manière différenciée à des publics aux besoins différents. Les campagnes nationales de communication sont donc nécessaires mais doivent être complétées par des actions mobilisatrices et durables.

FACTEURS QUI INFLUENCENT LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE



Source : d'après l'ouvrage de F. Rostan, C. Simon, Z. Ulmer, dir. *Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps Saint-Denis* : Inpes, coll. *Santé en action*, 2011, reproduit dans le « *Cadre d'analyse des politiques locales d'activités physiques santé* » (CAPLA) – Guide d'accompagnement pour l'analyse des politiques locales – AP santé.

2. Des propositions porteuses formulées par les pouvoirs publics et des acteurs engagés

L'urgence à agir pour désamorcer la « bombe à retardement » de la sédentarité a conduit les pouvoirs publics et des professionnels engagés à formuler des propositions plus que jamais pertinentes dans le contexte *post* Covid que nous connaissons.

a. Les objectifs de la Stratégie nationale sport-santé

Antérieurement à la crise sanitaire, la Stratégie nationale sport-santé (SNSS) 2019-2024 avait défini des actions à mettre en œuvre pour promouvoir la santé par l'activité physique et le sport.

**Le premier axe de la Stratégie nationale sport-santé 2019-2024 :
promouvoir la santé et le bien-être par l'activité physique et sportive**

La première action définie concerne la communication *en direction des publics sur les bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique et sportive sur la condition physique et la santé.*

La communication sur le sujet des bienfaits de l'activité physique et sportive (APS) sur la santé nécessite une meilleure visibilité, indiquent les ministères concernés ⁽¹⁾ dans le document de présentation de la SNSS 2019-2024. Celle-ci peut aussi s'appuyer sur les grands événements sportifs à venir et de manière croissante jusqu'aux Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024. Il s'agit de développer des campagnes de communication spécifiques et adaptées aux différents publics sur l'ensemble du territoire (...).

Pour mettre en œuvre cette première action, plusieurs mesures sont énoncées :

- relayer et participer aux opérations portées par Santé publique France (SPF) ou aux différentes campagnes de prévention menées par les institutions sanitaires (ex : tabac, alcool, drogues, nutrition...) ;
- développer des campagnes de communication adaptées aux différents publics visés en utilisant les techniques du marketing social afin d'obtenir des changements de comportements pérennes ;
- développer une campagne sur le thème « Le Mois de l'activité physique et sportive » permettant aux personnes d'initier et d'être accompagnées dans la reprise d'une activité physique ;
- adapter les messages en termes de contenus et vecteurs de communication au contexte socio-culturel propre à chaque territoire ;
- utiliser les réseaux sociaux en mobilisant notamment les *Youtubers* (influenceurs) ;
- poursuivre la mise en place d'événements grand public pour promouvoir l'APS comme facteur de santé ;
- sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés aux bénéfices de l'APS sur la santé ;
- obtenir la gratuité de la diffusion des campagnes de communication dans les médias publics.

Trois indicateurs ont été définis pour en suivre la mise en œuvre :

1. le nombre de campagnes de communication mises en place ;
2. le nombre d'événements grands public pour promouvoir l'APS comme facteur de santé ;
3. le nombre de participants aux grands événements.

b. Les propositions du collectif « Pour une France en forme »

Le collectif « Pour une France en forme », constitué de spécialistes issus du monde de la santé, du sport et des médias a ainsi énoncé plusieurs pistes d'actions déclinées en propositions concrètes parmi lesquelles :

(1) Ministère des solidarités et de la santé, et ministère des sports.

⇒ La promotion de l'activité physique doit devenir une « grande cause nationale »⁽¹⁾, permettant ainsi l'organisation d'une campagne nationale d'information, à laquelle seraient associés les Grands sponsors des JO 2024, sur les bienfaits de l'activité physique et du sport.

⇒ Des tests de forme pour tous : sans devenir une obligation systématique, qui risquerait d'être contreproductive, le recours aux tests de forme doit être généralisé pour quelques catégories particulières de publics.

Dans ce cadre, le collectif propose :

- de reconnaître pour tout Français le droit à un test de forme gratuit annuel, pris en charge par l'assurance maladie et les mutuelles ;
- de labelliser trois séries officielles de tests simples basés sur la force et l'endurance : pour les jeunes, les adultes et les plus de 65 ans ;
- d'organiser systématiquement un test de forme annuel pour les scolaires, [en liaison avec les collectivités locales (primaire) et l'éducation nationale (secondaire)] ;
- de faire un *focus* particulier sur les jeunes qui seront majeurs en 2024 et les inciter à « se préparer pour les Jeux » en se faisant tester tous les ans et en suivant un programme d'AP spécifique ;
- de développer le recours aux tests de forme dans le cadre de sessions de sensibilisation sport-santé en entreprise, dans les administrations publiques, auprès des personnels des collectivités locales, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

⇒ Un sport-santé grand public bien-être et plaisir pour inciter tous les publics à pratiquer l'activité physique de façon ludique et conviviale.

À ce titre, il est proposé :

- en partenariat avec le Comité d'organisation des Jeux olympiques (COJO), de démultiplier la semaine « Sentez-vous Sport » du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) sur le terrain et développer la dynamique des événements nationaux du type « Fête du Sport » ;
- de proposer au grand public des « Rendez-vous de la Forme » gratuits animés par des éducateurs sportifs, permettant de s'initier à des activités physiques de base (marche sous différentes formes, natation, et tous autres moyens de déplacement simples, naturels et sains) ;

(1) Attribué chaque année par le Premier ministre, ce label permet aux organismes à but non lucratif retenus à l'issue d'un appel à candidatures, de valoriser leurs actions et de diffuser gratuitement des campagnes de communication dans les médias publics. En 2020, ce label s'est attaché à valoriser les actions en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes ; pour la période 2021-2022, c'est la lecture qui a été choisie.

- d'initier d'autres actions événementielles pour donner envie de bouger (Journées de la Forme, Urban Trails, opérations « Ville sans voiture », etc.) ;

- d'impliquer des personnalités locales et des champions reconnus pour donner l'exemple ;

- de jouer sur la dynamique du défi, individuel ou collectif : en ville (entre familles, entre quartiers, entre associations), entre collectivités à l'échelle d'un territoire, dans le cadre de l'entreprise ;

- de varier les thématiques (nombre de pas parcourus, de marches montées, de calories dépensées, etc.) ;

- de prévoir des récompenses pour motiver [places aux JO, incitations négociées avec les directions des ressources humaines (DRH) dans les entreprises, etc.] ;

- de recourir aux médias pour lutter contre les idées reçues et mettre à l'honneur la pratique d'activité physique, pour diffuser des programmes courts donnant des conseils de *coaches* sur la bonne pratique de l'activité physique, sur la diététique, la nutrition et également pour proposer une émission télévisée en *prime time* d'information, de jeux et de défis autour de l'activité physique.

⇒ Au titre du sport-santé dans l'entreprise, le collectif énonce plusieurs propositions (une norme AFNOR spécifique est en cours de validation) :

- sensibiliser les patrons et les partenaires sociaux à la promotion de l'activité physique et à la réduction de la sédentarité : nouvel agencement des postes de travail, des espaces de travail et aménagement des horaires de travail (pour assurer la mobilité), des moyens d'accès aux espaces de travail (escaliers, panneautage de sensibilisation) ;

- impliquer les médecins du travail et les partenaires sociaux notamment sur les effets bénéfiques de l'activité physique et sportive pour lutter contre les troubles musculo-squelettiques, le *burn out* et réduire les risques ;

- reconnaître le droit à une « pause santé bien-être » dans l'entreprise ;

- encourager et généraliser les initiatives en milieu entreprise promouvant la pratique de l'activité physique et sportive dans l'entreprise (sessions découverte sport-santé, tests de forme, etc.) ;

- rapprocher les acteurs sportifs et les entreprises (ex : le projet Work&Move lancé par les fédérations de judo et de gymnastique volontaire qui proposent que les éducateurs sportifs de leurs clubs interviennent au sein de l'entreprise).

⇒ S'appuyer sur les réseaux sociaux et le numérique pour toucher un large public sur tout le territoire ; encourager l'innovation e-santé mais aussi mettre de

l'ordre dans la grande diversité d'applications et rendre les outils plus « lisibles » par le grand public. À ce titre, il est notamment proposé :

- de développer les appels à projets e-santé pour recenser et encourager les initiatives liées à la promotion de l'activité physique et à la prévention santé ;
- de labelliser les applications répondant à un cahier des charges élaboré par les ministères de la santé et des sports, et définissant différents critères (conseils, informations sur « Comment se bouger ? », nutrition, etc.).

On le comprend aisément, la crise sanitaire a largement retardé la mise en œuvre des mesures présentées par les pouvoirs publics comme la promotion de celles proposées par les professionnels du sport-santé tel le collectif « Pour une France en forme ». Néanmoins, les rapporteurs plaident pour la mise en œuvre de telles initiatives qui sont de nature à rompre avec la spirale infernale de la sédentarité et du développement des maladies chroniques.

3. Des initiatives de terrain pour rendre durablement les citoyens acteurs de leur santé

a. Communiquer par des canaux adaptés pour sensibiliser tous les Français

Dans le cadre des travaux de la mission, de nombreux acteurs entendus par les rapporteurs se sont fait l'écho d'actions engagées sur le terrain, pour promouvoir l'APS.

Ainsi, la mission « Impact et héritage » du Comité d'organisation des Jeux olympiques et paralympiques (COJOP) Paris 2024, travaille avec le collectif « Pour une France en forme », et mise sur les grands sportifs et sur les *Youtubers* pour promouvoir le sport auprès des jeunes. Le thème choisi pour la semaine olympique et paralympique de février 2021 était la santé à l'appui des programmes « Manger bouger » et « 30 minutes d'activité sportive par jour »⁽¹⁾. Des athlètes sont également mobilisés pour encourager la pratique d'activité physique et sportive dans les établissements.

(1) Voir infra, partie III.

Programme « Manger bouger »

Dans le cadre du Programme national nutrition santé, un site MangerBouger a été développé avec le concours de Santé publique France et du ministère de la santé pour présenter, de manière très pratique et concrète, de bonnes pratiques en matière de nutrition et d'activité physique, à tous les âges de la vie.



Source : site MangerBouger.

Les réseaux sociaux et les créateurs de contenus constituent en effet un vecteur incontournable pour communiquer en direction d'un large public et particulièrement des jeunes dont on sait qu'ils constituent la tranche d'âge où se prennent les bonnes habitudes... ou les mauvaises.

Il apparaît pertinent de nouer des partenariats et s'appuyer particulièrement sur les créateurs de contenus influents en matière de santé et d'activité physique, très suivis depuis plusieurs années. Suivis par des milliers voire des millions de personnes, il est important qu'ils puissent délivrer une communication pertinente et fiable en matière de prévention en santé publique.

b. Associer événements ludiques et prévention

Établir une période dédiée à l'activité physique et au sport permet aussi de susciter un effet d'entraînement : qu'il s'agisse d'un mois de l'activité physique ou de la semaine européenne du sport dont la 7^{ème} édition est prévue en septembre prochain et qui proposera des activités autour de 4 journées thématiques (milieu éducatif, lieu de travail, plein air et clubs sportifs et centres de fitness). Ces deux événements constituent incontestablement des démarches positives.

À l'instar du mois sans tabac ou du « *dry January* », les rapporteurs jugent intéressant de mettre en œuvre un « mois de l'activité physique » identifié par les Français, appuyé par une communication importante de la part des pouvoirs publics, relayé par des dispositifs locaux et dont les effets sur les personnes inactives devront être évalués.

Une autre initiative porteuse consiste à organiser un événement sportif et, dans ce cadre, informer et réaliser des tests de prévention. C'est par exemple la logique des « Parcours du cœur ».

Un exemple de prévention santé dynamique : les « Parcours du cœur »

Les « Parcours du cœur » sont proposés dans 800 villes qui organisent, avec le concours de la Fédération française de cardiologie, un parcours éducatif et sportif. Au départ et à l'arrivée des parcours, des stands sont dédiés à l'information des participants sur l'importance d'une activité physique régulière, des spécialistes proposent des conseils d'alimentation équilibrée, donnent des astuces pour gérer le stress, etc. Certaines villes proposent des dépistages de l'hypertension artérielle et du diabète, de même que des initiations aux gestes qui sauvent.

Des « Parcours du cœur » scolaires sont aussi organisés dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ou du conseil de la vie lycéenne (CVL), avec les acteurs de l'éducation nationale (en 2017, 8 000 classes de 1 600 établissements scolaires, soit environ 250 000 enfants y prenaient part) ; ce parcours comprend une épreuve d'activité physique (course à pied, randonnée pédestre, activités en gymnase...) puis sont dispensés des conseils de prévention sur la santé cardio-vasculaire.

Afin d'accroître la visibilité des événements valorisant l'activité physique et sportive, il serait pertinent de regrouper les actions publiques lors d'un mois de l'activité physique ; le mois de septembre au cours duquel se tiennent déjà la semaine européenne du sport et la journée nationale du sport scolaire serait particulièrement pertinent.

Cette période permettra aux clubs sportifs également d'y prendre pleinement part dans le but de fidéliser de nouveaux adhérents et licenciés au sein de leurs associations après leur perte de plus d'un tiers de licenciés due à la crise sanitaire. Cette initiative permettrait également de valoriser le sport au bénéfice des personnes en situation de handicap.

Pour une efficacité durable, il est important de transmettre des informations de prévention dans le cadre d'activités ou – *a minima* – de donner des indications concrètes comme par exemple les coordonnées de centres d'addictologie, de maisons des adolescents ou autres structures d'accueil permettant à ceux qui le souhaitent de trouver une réponse adaptée à leur situation.

On rappellera en effet les inégalités sociales et territoriales qui caractérisent le sport-santé, situation qui justifie de développer les initiatives fortes à destination des personnes les plus éloignées de la pratique d'APS, tant en termes d'accueil, de structures, mais aussi d'offre. Plusieurs interlocuteurs des rapporteurs ont ainsi regretté le peu d'offre d'APS pour les 6-12 ans, âge où « tout se joue » et l'offre réduite de sport découverte ou de loisir, notamment dans les clubs, alors que l'engouement pour des activités variées et de plein air ne se dément pas après ces périodes de confinement.

c. Recourir à des outils d'évaluation de la capacité physique simples et accessibles par tous

Que ce soit dans le cadre scolaire ou à tous les âges de la vie, il serait utile d'avoir recours à des outils simples d'évaluation de sa forme physique individuelle.

Il existe certes des outils numériques mais la profusion de l'offre et son inégale fiabilité n'en facilitent pas l'usage... qui devrait être organisé dans le cadre de partenariats clairs.

Il serait ainsi utile de proposer aux primo-étudiants de tester leur condition physique au moment où la pratique sportive marque souvent le pas. Il est en effet prioritaire de rendre les citoyens acteurs de leur santé.

La médecine du travail et les outils numériques seraient également de bons vecteurs pour développer des tests de conditions physique aux actifs.

L'exemple de l'outil Diagnoform

L'outil Diagnoform propose un ensemble de tests pour évaluer les 5 qualités physiques nécessaires à entretenir tout au long de la vie : endurance, force, coordination, vitesse, souplesse.

Ces tests de forme physique sont conçus par tranches d'âges : 5-10 ans (30 min – 5 exercices), 10-25 ans, 20-65 ans, plus de 60 ans ou personnes atteintes de pathologies, ces trois catégories se voient proposer 9 exercices, 45 min (test de gainage, test de souplesse, test de coordination...).

Par exemple, pour les 20-65 ans, les 9 ateliers proposés sont les suivants :

Atelier 1 / Endurance : course A/R sur 20 m pendant 3 min

Atelier 2 / Coordination endurance : « croix, en sautant, pendant 30 secondes »

Atelier 3 / Force statique : gainage

Atelier 4 / Force du bas du corps : saut en longueur sans élan

Atelier 5 / Vitesse gestuelle des jambes : course sur 22 m avec lattes

Atelier 6 / Vitesse gestuelle du haut du corps : « frappe de plaques »

Atelier 7 / Coordination – Equilibre : indice de tenue de 5 positions/10 secondes

Atelier 8 / Force haut du corps : pompes, genoux au sol

Atelier 9 / Souplesse : indice de souplesse de la chaîne postérieure

Les résultats obtenus, associés à l'indice de masse corporelle (IMC), fournissent un indicateur : le quotient de forme. Cet outil propose également un suivi de ses données.

Proposition n° 1

Mettre en place une campagne nationale de prévention, d'information et d'action sur la lutte contre la sédentarité :

- définir l'activité physique et sportive comme « grande cause nationale » dès 2022 et en faire une priorité de santé publique dans la perspective de l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024 ;
- faire de septembre le mois de l'activité physique et sportive en fédérant, dans cette action, les initiatives éparses des pouvoirs publics dans ce domaine ;
- informer sur les structures permettant de pratiquer une activité physique encadrée, adaptée aux différents publics et sur les actions mises en œuvre dans les territoires ;
- promouvoir des modes de vie plus actifs avec des recommandations simples comme se lever, s'étirer toutes les demi-heures ; privilégier des modes de transports actifs (marche, vélo, trottinettes non électriques, rollers...), la montée d'escaliers plutôt que l'utilisation de l'ascenseur, les bureaux réglables en milieu professionnel, substituer aux temps d'écran une activité physique même de faible intensité.

Proposition n° 2

Mieux informer sur l'addiction aux écrans et les moyens de la contrer :

- communiquer de manière lisible sur l'offre de soutien à la parentalité et sur les possibilités de prise en charge des enfants pour se défaire d'une addiction aux écrans ;
- privilégier la communication par les réseaux sociaux et le marketing social pour la prévention et l'information sur les addictions aux écrans ;
- informer prioritairement sur les dangers liés à l'abus d'écrans : « *pas d'écran avant 3 ans, le matin, pendant les repas, dans la chambre et au coucher* » dans le cadre d'un soutien à la parentalité.

D. DES SOLUTIONS POUR BOUGER PLUS

Des initiatives novatrices et assurément porteuses de succès permettent de promouvoir l'activité physique et sportive au bénéfice de la santé de tous.

1. Faciliter l'accès aux infrastructures

Un premier domaine d'action est le développement des aménagements urbains pour favoriser les mobilités actives en particulier près des écoles.

Favoriser l'accès aux installations sportives locales pour toute la population est un enjeu essentiel sur lequel il faudra obtenir de meilleurs résultats. Des exemples de mutualisation vertueux existent dans certaines collectivités, grâce à des conventions signées entre la collectivité mettant à disposition les terrains et installations sportifs, le rectorat et les clubs sportifs. Se produit alors une mutualisation des publics et une utilisation à plein temps des lieux de pratique (exemple du Grand Poitiers). Cette mutualisation s'effectue notamment au profit des étudiants, qui, comme on l'a souligné, sont oubliés ou peu favorisés dans l'accès à l'activité sportive.

Quelques bons exemples n'effacent pas le problème d'une concurrence des publics pour les accès aux équipements. Les infrastructures sont en nombre insuffisant, et nécessitent souvent des rénovations, modernisations et développements. Les infrastructures accessibles aux citoyens hors d'un parcours de haut niveau et de compétition ne semblent pas à la hauteur du développement sportif international français.

L'offre locale d'équipements sportifs serait accrue en ouvrant, en dehors des horaires spécifiques de l'éducation nationale, l'utilisation des équipements sportifs des établissements scolaires aux autres publics : collectivités territoriales et associations, clubs des fédérations sportives, entreprises ou pratiquants individuels. Cette mise à disposition figure dans les quatre volets du dossier de candidature à la labellisation des établissements scolaires « Génération 2024 ».

Les équipements sportifs qu'utilisent les scolaires sont généralement la propriété des communes ou des collectivités territoriales de rattachement (départements pour les collèges et régions pour les lycées). De nombreux établissements scolaires abritent toutefois un ou plusieurs équipements : plateaux multisports, terrains spécialisés (basket-ball, handball, volley-ball...), salles polyvalentes, voire salles multisports (gymnases)...

Le code de l'éducation ⁽¹⁾ modifié par la loi de refondation de l'école du 8 juillet 2013 (articles 24, 25, 26), prévoit l'utilisation des locaux scolaires, et *a fortiori* des équipements sportifs, propriétés des communes, des conseils départementaux et régionaux en dehors du temps scolaire.

Ces équipements sportifs ne sont pas tous accessibles directement depuis l'extérieur, aussi l'ouverture aux autres publics en dehors des créneaux scolaires suppose-t-elle des travaux pour la création d'un accès secondaire ou la sécurisation des flux de personnes au sein de l'établissement scolaire.

Un cadre contractuel ou conventionnel de mise à disposition de l'équipement sportif doit être conçu, puis adapté au contexte local, comportant les modalités et montants de la location s'il y a lieu, ainsi que les conditions de mise à disposition des personnels techniciens, ouvriers ou de service de la collectivité (pour

(1) Dans ses articles L. 212-15, L. 213-2-2 et L. 214-6-2.

le gardiennage, l'entretien et la maintenance des lieux, la supervision des activités notamment).

Depuis 2020, l'enveloppe équipement au titre de la part territoriale de l'Agence nationale du sport (ANS) peut financer les « *aménagements d'équipements sportifs scolaires visant à favoriser leur utilisation par les associations sportives en dehors du temps scolaire. Cette mesure reste à promouvoir auprès des collectivités territoriales et des chefs d'EPLE* ».

Un recensement des installations existantes dans l'emprise des établissements scolaires mises à disposition par les collectivités pour l'enseignement de l'éducation physique est en cours, ainsi que de leurs conditions d'utilisation.

L'accès à ces installations pourra bénéficier aux étudiants, pour lesquels il est nécessaire de renforcer la place de l'activité physique. La labellisation « Génération 2024 » d'établissements supérieurs, constitue un bon cadre d'action pour trouver des solutions ; la mise en place de la contribution de vie étudiante et de campus (CVEC), orientée sur la santé, pourrait venir à l'appui d'initiatives proposant une offre d'APS gratuite pour les étudiants, ou avec une contribution payante peu élevée pour seulement certaines pratiques.

2. Faciliter les mobilités dans la ville

Au titre de la promotion de la santé en milieu urbain, le mouvement des Villes-Santé a été créé par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé pour fédérer de nouveaux acteurs pouvant agir sur les déterminants de la santé et la promouvoir avec notamment pour objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Un réseau des Villes-Santé « pilotes » a été constitué pour développer et tester de nouveaux outils ou concepts. Parmi celles-ci : Dunkerque, Grasse, Nancy, Nantes et Rennes.

Dans ce cadre ont été réalisés des guides pratiques pour accompagner les décideurs locaux sur plusieurs thématiques dont celles des mobilités actives, qui proposent une méthode pour conduire une stratégie locale et des fiches pratiques pour développer des initiatives porteuses tels les Pédibus (accompagnement pédestre des enfants par leurs parents, du domicile vers l'école sur des circuits sécurisés et balisés), ou Vélobus (pour permettre aux enfants de se rendre à l'école en toute sécurité, à l'école à vélo avec des accompagnateurs – bénévoles, éducateurs sportifs, médiateurs de la ville – en partant de « haltes » réparties dans toute la ville), ou des aménagements de cours d'école.

Dans le cadre du projet de recherche Greenh-City, un recueil des bonnes pratiques en matière d'espaces verts et d'urbanisme favorable à la santé, a été réalisé. Ce document présente ainsi, de manière très concrète, des exemples

d'aménagements de parcours sportifs ou de végétalisation des villes de façon à en favoriser l'accès à tous les groupes de populations.

3. Développer l'usage des outils numériques

Un domaine d'actions prometteuses est enfin le développement d'outils numériques au service des actifs et des milieux professionnels.

L'investissement dans la e-santé s'élèverait à 18 milliards d'euros, dans le monde, en 2020, selon une enquête de StartUp Health. Le seul secteur de la télémédecine aurait triplé ses investissements pour atteindre 2,5 milliards au niveau mondial, dopé par l'épidémie de Covid-19 et les restrictions sanitaires.

Ce développement comporte les services de téléconsultation, la collecte des signes vitaux du corps tels le capteur pour la gestion du stress, l'application pour déceler les anomalies cardiaques, les capteurs pour déceler la saturation du sang en oxygène, la surveillance de la fréquence cardiaque, la pression artérielle, le niveau de glucose dans le sang, par exemple.

La médecine du travail conduit des expériences avec un recours aux applications numériques pour effectuer des actions de prévention auprès des salariés. De même, certaines mutuelles ont commencé à fournir à leurs adhérents des objets connectés pour surveiller leur état physique et développer l'activité physique, selon la prescription médicale qui leur est adaptée.

Les rapporteurs ont entendu les représentants de la société Axon'Cable qui mène depuis plusieurs années des programmes efficaces de prévention santé au travail au sein de ses différents établissements à travers le monde, et commence à mettre ses outils à disposition d'autres entités comme des collectivités territoriales.

L'entreprise, acteur de prévention

Axon'Cable, entreprise fabriquant des câbles électroniques, installée à Montmirail dans le Grand Est, mène des programmes de prévention santé au travail, et a reçu le label « Generali Performance Globale » pour ses performances en matière de gestion des risques et de responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE). L'entreprise a développé des programmes comme « Axionate » qui a pour objectif d'améliorer le bien-être, la convivialité et la cohésion de groupe selon 5 axes : le bien-être, le sport, la nutrition, l'hydratation et l'échange, avec des activités changeant chaque trimestre. Elle a également activé le programme de prévention santé Vitality, proposé par son assureur Generali, pour inciter ses collaborateurs à mieux manger ou encore bouger davantage. L'entreprise est notamment à l'origine d'un programme de détection des risques de mort subite et du pré-diabète. La région Grand Est va recourir à l'entreprise et financer le dépistage des risques cardio-vasculaires, par la médecine du travail, pour les 1,3 million de salariés de la région (opération « Cardionum »).

D'autres méthodes fleurissent, comme des applications de jeu dont l'objectif est d'entraîner à l'activité au quotidien à travers différents jeux connectés

– challenge, mission, enquête... : plus le joueur est actif, plus il marque des points et avance dans l’histoire. Le jeu est en principe ancré dans la réalité quotidienne. L’offre comporte aussi des diagnostics de condition physique, des séances d’APA à distance ou des webinaires thématiques...

Ainsi la société Kiplin, auteur de ces jeux, a constitué un comité scientifique réunissant une dizaine d’experts de la santé, de l’oncologie, de la médecine du sport, de la nutrition, dont le Pr Martine Duclos, entendue par les rapporteurs. Elle intervient dans des grands groupes désireux d’investir dans la prévention santé et de lutter contre l’absentéisme et les arrêts maladie ⁽¹⁾. La société espère à terme un remboursement de la thérapie digitale par le système de santé, suite à la prescription du médecin. Des évaluations médico-économiques de sa méthode sont en cours pour démontrer l’efficacité de cette méthode.

Au titre des initiatives très prometteuses, le projet de recherche SELFIT porté par le Laboratoire interuniversitaire de la biologie et de la motricité de l’Université Jean Monnet de Saint-Etienne et la chaire ActiFS, en partenariat avec le CHU de Saint-Etienne, dont l’objectif est d’utiliser les outils du numérique pour proposer une station d’évaluation autonome des capacités physiques avec une station mobile ; une application *web* permettant ensuite, de proposer des programmes d’activité physique individualisés.

Ce projet, en cours d’expérimentation, a pour objectif d’aller chercher les personnes éloignées de l’activité physique, en particulier dans les entreprises, en mettant la plateforme de test à leur disposition, à charge pour le chef d’entreprise, de libérer ses salariés une heure, pour faire ce bilan.

Toutes ces initiatives permettent, soit par le jeu, soit par une auto-évaluation non dictée de l’extérieur, de valoriser l’APS. Ce sont manifestement de bons leviers pour inciter à la pratique d’APS et au suivi de sa forme physique.

Proposition n° 3

Mettre en place des tests de capacité physique et de forme accessibles à tous :

- faire réaliser en éducation physique et sportive ou dans le cadre de partenariats locaux, des tests simples de condition physique dans le primaire, au collège, au lycée et à l’entrée dans le supérieur ;
- favoriser, avec le concours de la médecine du travail et des outils numériques (autotests), la réalisation de tests de condition physique en entreprise.

(1) Kiplin aurait touché 100 000 joueurs depuis sa création, et compte 47 000 utilisateurs en 2020. 70 % des participants augmenteraient leur capacité physique.

II. LA LUTTE CONTRE LA SÉDENTARITÉ DOIT DEVENIR UNE PRIORITÉ DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE

La politique de prévention en santé est rythmée par l'adoption régulière de stratégies et de plans, à caractère généraliste et ambitieux, ou focalisés sur le risque de développer une grave maladie, ou sur la prévention contre les addictions. Plusieurs de ces documents seront évoqués ici, afin d'observer dans quelle mesure ils reflètent ou non un réel volontarisme pour faire progresser la prévention en santé. Hélas, jusqu'à présent, ils font **une place beaucoup trop limitée à l'activité physique**. Les rapporteurs souhaitent que les prochains plans lui fassent au contraire une place centrale.

Le recours à l'activité physique en prévention primaire, pour toute la population, est très faible en France.

Pour ce qui concerne la prévention secondaire et tertiaire, comme l'a souligné le Dr Albert Scemama, membre de la Haute autorité de santé (HAS), il y a deux modes de mobilisation des acteurs pour la développer : la promotion en communauté, promotion faite au plan national, relayée localement, et l'intervention sur ordonnance qui peut toucher les patients très éloignés de la pratique sportive.

Dans notre pays, la promotion en communauté pour l'activité physique n'a pas encore réellement eu lieu (il y a quelques exceptions, comme une campagne récente sur les lombalgies par exemple). Quant à l'intervention sur ordonnance, elle commence à se développer, tout en étant très en retard par rapport à plusieurs pays européens qui ont déjà mis en place des organisations territoriales, avec des recommandations nationales, des manuels pour les prescripteurs, des parcours structurés pour les patients, notamment. La Suède a été pionnière dans ce domaine, suivie par le Danemark, la Norvège, la Finlande, le Royaume-Uni, la Suisse. Le Québec a su mobiliser tous les acteurs de la chaîne de santé. Dans ces pays ou province, l'observance de la prescription d'activité physique a pu être évaluée, de manière généralement positive, et on a pu prendre la mesure de l'augmentation de la pratique d'activité physique par les patients, ainsi que l'évolution de leur comportement à plus long terme.

La HAS a reconnu l'activité physique adaptée comme l'une des thérapies non médicamenteuses possibles dès 2011 ⁽¹⁾. Depuis, nos autorités de santé ont validé à plusieurs reprises le rôle positif de l'activité physique dans le traitement de plusieurs pathologies. Il est admis aujourd'hui que le non-recours à la prescription d'APA pour les personnes souffrant d'affections de longue durée (ALD) ou de maladies chroniques relève d'une perte de chance. Pourtant, malgré une tendance à la progression, **le trop faible recours à la prescription d'APA comme thérapeutique non médicamenteuse demeure encore pénalisant pour**

(1) Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées, HAS, 2011.

les patients et aussi pour l'assurance maladie qui prend en charge des soins lourds et des hospitalisations qui auraient pu être évités, ou retardés.

L'enjeu d'une remise à l'activité physique des Français en général a été corroboré par la crise sanitaire de la Covid-19 : la communauté scientifique a mis en évidence les effets de cette activité sur l'amélioration de l'immunité face à la maladie.

Au cours de la crise sanitaire, l'activité physique et sportive aura été une alliée précieuse dans la lutte contre la Covid-19, une bouffée d'oxygène, un antidépresseur puissant qui permet de lutter contre le stress, l'anxiété et les troubles du sommeil.

Pendant le premier confinement, alors que nos concitoyens ont pris 3 kilos en moyenne selon Jean-François Toussaint, directeur de l'IRMES, quatre Français sur dix ont continué à pratiquer une activité physique et sportive, et parmi ceux-ci 20 % ont découvert une nouvelle activité, à la maison ou grâce à la dérogation d'une heure d'activité physique de plein air. Ces bonnes habitudes risquent de se perdre et les rapporteurs regrettent que l'année et demie écoulée n'ait pas été mise à profit par les pouvoirs publics pour valoriser l'activité physique comme « un bien essentiel ».

L'activité physique adaptée est le meilleur médicament pour prévenir les facteurs de risques de la Covid-19, comme l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, mais aussi pour soigner et guérir, dans le cadre des soins de rééducation et de réadaptation, les nombreux malades qui souffrent de séquelles du Covid « long ».

A. UN FOISONNEMENT DE PLANS ET D'INITIATIVES MAL COORDONNÉS

1. Les stratégies et actions définies au niveau national sont déclinées par région

La **Stratégie nationale de santé (2018-2022)** du Gouvernement a vocation à répondre aux grands défis de notre système de santé, et en particulier aux quatre problèmes majeurs identifiés par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) en 2017 : risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques, exposition de la population aux risques infectieux, augmentation de la prévalence des maladies chroniques et adaptation du système de santé aux nouveaux enjeux démographiques épidémiologiques et sociétaux.

Elle inscrit pour premier axe la promotion de la santé et de la prévention, avec des déclinaisons à l'école, dans l'entreprise, dans les administrations... et dans de nombreux autres milieux de vie.

Selon les axes de la Stratégie, les mesures doivent être adaptées aux spécificités de chaque territoire (quartiers prioritaires de la politique de la ville,

territoires ultramarins, territoires ruraux, territoires de montagne, territoires à forte saisonnalité, territoires frontaliers) – au moyen des projets régionaux de santé (PRS). De même, les stratégies d’actions doivent être adaptées aux populations et à leurs conditions de vie.

Les mesures doivent y être sélectionnées en priorité selon des critères combinant efficacité, impact sanitaire, retour sur investissement et faisabilité. Ensuite, intervient une déclinaison en programmes thématiques.

La Stratégie nationale doit être mise en œuvre par le Plan national de santé publique « Priorité prévention 2018-2022 ». C’est un projet interministériel d’envergure pour améliorer la santé de la population. Il peut être vu comme un progrès car il aborde dans un document unique tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l’autonomie des aînés.

Le plan national se décline en plans de prévention et promotion de la santé aux différents échelons territoriaux :

- au niveau national : plan interministériel « Priorité prévention pour rester en bonne santé tout au long de sa vie », « Programme national nutrition santé » (PNNS), Plan national santé environnement –PNSE, notamment ;

- au niveau régional : projets régionaux de santé, PNSE régionaux, PNNS volet outre-mer... ;

- au niveau des collectivités territoriales : plan « Paris santé environnement » par exemple, contrats locaux de santé...

La **Stratégie nationale sport-santé (SNSS) 2019-2024** a été présentée lors du comité interministériel pour la santé de mars 2019. Elle a pour ambition de promouvoir l’activité physique et sportive comme un élément déterminant de la santé et du bien-être, pour tous et tout au long de la vie ; elle met en exergue l’activité physique adaptée à visée thérapeutique. Elle s’inscrit dans les orientations de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et du plan national « Priorité prévention ». Les mesures de la Stratégie sont en cours de déploiement.

L’objectif de la SNSS est de conduire le plus grand nombre de personnes à intégrer la pratique d’une activité physique et sportive à leur quotidien, de manière régulière, durable et adaptée pour améliorer l’état de santé général de la population. Ses actions favoriseront l’intervention en prévention primaire pour maintenir le capital santé de chacun, en prévention secondaire et tertiaire pour agir *a minima* en appui en cas de dégradation de l’état de santé et optimiser le parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques et/ou atteintes d’ALD.

La stratégie se substitue au « Plan national sport-santé bien-être » (PNSSBE), qui a été déroulé à partir de 2012, et s’est décliné en plans régionaux au cours de la période 2012-2020.

Le comité interministériel de 2019 affirme une priorité à l'alimentation, la nutrition et à l'activité physique.

Des mesures sont listées, qui comportent très peu d'objectifs chiffrés opérationnels : réduire la consommation de sel de 30 % d'ici 2025, approvisionner la restauration collective de 50 % de produits bio, durables et de qualité d'ici 2022. Pour ce qui concerne son chapitre 2 « La santé par l'activité physique et sportive », on trouve seulement deux objectifs chiffrés, mais ils sont importants : labelliser 100 maisons sport-santé en 2019 et déployer partout d'ici 2021 des projets sportifs territoriaux prenant en compte les seniors et l'AP dans les EHPAD.

Le comité interministériel pour la santé (CIS) liste sept mesures principales en matière de santé par l'activité physique et sportive. Elles sont rappelées dans l'encadré suivant.

**Les 7 mesures « phares » de la Stratégie nationale sport-santé 2019-2024
dans le domaine de l'activité physique**

- 1) Promouvoir les activités physiques et sportives auprès des enfants, des jeunes et des étudiants dans tous les temps éducatifs ;
- 2) Développer la pratique d'activités physiques et sportives en milieu professionnel ;
- 3) Promouvoir l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les seniors ;
- 4) Développer la pratique d'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques : LFSS 2020 – adoption de l'article 59 – mise en place d'un parcours global *post* traitement aigu d'un cancer comportant un bilan d'activité physique adaptée ;
- 5) Renforcer la prescription d'activité physique adaptée par les médecins ;
- 6) Labelliser les maisons sport-santé de manière équilibrée sur les territoires et assurer une large information des publics : 286 maisons sport-santé ont été référencées en 2019 puis 2020 ; un troisième appel à projets a été publié en juillet 2021 avec pour objectif une centaine de maisons sport-santé supplémentaires labellisées d'ici 2022 ;
- 7) Augmenter le nombre de personnes en situation de handicap pratiquant une activité physique et sportive.

Les plans commencent à prendre en considération l'activité physique, dont la place a longtemps été marginale comparativement à celle, par exemple, de l'alimentation.

Un autre aspect de prévention est mis en avant par le comité interministériel de 2019 : « Prévenir et prendre en charge l'obésité ». Une feuille de route de prise en charge de l'obésité est définie, pour structurer et mettre en œuvre des parcours de santé gradués et coordonnés, adaptés aux personnes obèses ou à risque de le devenir.

Cette feuille de route comporte deux objectifs chiffrés (diminuer de 15 % l'obésité chez les adultes, diminuer de 20 % l'obésité et le surpoids chez les enfants, d'ici 2023) et sept mesures, rappelées dans l'encadré suivant.

Les 7 mesures pour prévenir et prendre en charge l'obésité

- 1) Détecter précocement les personnes obèses ou à risque d'obésité par la saisie régulière du poids et de la taille dans le dossier médical partagé (DMP), dès le plus jeune âge ;
- 2) Orienter les personnes obèses ou à risque d'obésité vers les équipes adaptées. Les parcours de soins seront gradués et personnalisés, c'est-à-dire, adaptés à la complexité de la situation de chaque patient ;
- 3) Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires et, plus globalement, l'information des personnes obèses ;
- 4) Conditionner, dès 2020, l'activité de chirurgie de l'obésité à une autorisation selon des critères de qualité ;
- 5) Renforcer les centres spécialisés de l'obésité (CSO) dans leur rôle d'animation et de coordination de la filière de soins ainsi que d'appui des professionnels ;
- 6) Adapter et soutenir la filière obésité dans les outre-mer ;
- 7) Déployer, d'ici 2022, des expérimentations innovantes en direction de publics ciblés : les enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité (mission « Retrouve ton cap »), les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère (OBEPEDIA).

Enfin, la politique de prévention compte aussi des plans « sectoriels » comme le plan national de mobilisation contre les addictions pour 2018-2022 ou le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022.

Le suivi des plans s'effectue généralement dans le cadre de comités de pilotage avec des outils de type tableau de bord. Au niveau national, le Haut conseil de la santé publique évalue régulièrement la mise en œuvre et les résultats des différents plans de santé publique.

a. Quelle coordination des plans entre eux et quel pilotage entre le niveau national et le niveau régional ?

L'élaboration interministérielle des plans est indispensable, cependant **les rapporteurs s'inquiètent du pilotage de la politique de prévention une fois les plans définis.**

La Cour des comptes avait émis dès 2011 de fortes critiques au sujet du manque de coordination de la politique de prévention ⁽¹⁾. Elle constatait que la prévention était détaillée dans une trentaine de plans globaux ou sectoriels de statut divers, mal articulés entre eux, avec une absence de priorisation et d'indicateurs de suivi.

Une meilleure pratique du pilotage au niveau national a certes été constatée depuis l'analyse critique de la Cour, avec la création du comité interministériel pour

(1) « La prévention sanitaire », communication de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art.L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières), octobre 2011.

la santé (CIS), par décret, en 2014 ⁽¹⁾. Un comité s'est ainsi tenu en 2018 sur la prévention et le plan priorité prévention, réunissant tous les ministres concernés y compris l'agriculture. Ensuite, un comité interministériel s'est réuni en mars 2019 sur l'obésité. Le comité prévu en mars 2020 a été reporté à cause de la crise sanitaire liée à la Covid.

Les rapporteurs constatent une volonté d'interministérialité réelle au sein du Gouvernement et des administrations, mais considèrent que le pilotage doit encore être amélioré et que les comités se tiennent à échéance trop lointaine. Notamment, la tenue d'un comité interministériel prévention en 2020 aurait été une bonne chose, et aurait pu éventuellement prendre des décisions permettant aux Français de continuer à faire de l'exercice physique, au lieu de basculer dans la sédentarité. On peut souligner qu'en Irlande par exemple, les clubs de sport ont été autorisés à fonctionner, en transformant leurs activités pour des pratiques en plein air.

Pour ce qui concerne le Plan national sport-santé bien-être, il a été mis en œuvre conjointement par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale DR(D)JSCS², pour promouvoir l'activité physique comme facteur de santé ; les deux administrations devaient élaborer des plans régionaux, avec comme perspective la mise en place de réseaux « sport-santé ». Cette démarche a également été inscrite par chacune des ARS comme priorité du Schéma régional de prévention, élément de leur projet régional de santé. Des bilans annuels ont été dressés par la direction des sports.

À titre d'exemple, le Plan régional sport-santé bien-être et son volet majeur, Prescri'forme – l'activité physique sur ordonnance en Île-de-France, ont été pilotés par la DRJSCS et l'ARS : ils sont issus d'une concertation associant des représentants de collectivités locales, de médecins libéraux, du mouvement sportif, des réseaux de santé ainsi que des praticiens hospitaliers et des éducateurs sportifs.

b. Le co-pilotage interministériel s'instaure mais doit encore beaucoup progresser

La Stratégie nationale sport-santé (SNSS) est co-pilotée par les ministères chargés de la santé et du sport, et se déploie dans le cadre du comité permanent restreint de la Stratégie nationale de santé – « Priorité prévention », placé sous l'égide du directeur général de la santé. Il est annoncé une collaboration interministérielle forte qui s'articule autour de 4 axes, 26 actions dont 7 mesures « phares ». Sa gouvernance ⁽³⁾ tient en deux comités de pilotage : le comité de pilotage restreint (inter-administrations) mis en place le 17 juin 2020 et le comité

(1) Créé par le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014, le CIS figure à l'article D. 1411-30 du code de la santé publique.

² Les DRJSCS sont devenues en 2021 les Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES.)

(3) Instruction ministérielle du 6 décembre 2019 relative à la mise en œuvre de la SNSS 2019-2024 par les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

de pilotage élargi, le 17 novembre 2020. Ce dernier associe de nombreux acteurs comme les collectivités locales, le mouvement sportif, les sociétés savantes, les réseaux mutualistes, les professions de la santé et du sport... Les modalités d'un bilan d'étape ont été abordées lors d'un comité restreint le 30 juin 2021.

Les rapporteurs se sont inquiétés du poids et de l'implication du ministère des sports dans la mise en œuvre de cette Stratégie.

Il leur a été répondu que la cheffe du bureau de l'élaboration des politiques publiques du sport, chargée de la SNSS, disposait d'une connaissance fine de l'écosystème institutionnel de santé publique et qu'il lui appartenait de coordonner le réseau des référents sport-santé associé à celui des médecins conseillers des délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES), issues de la transformation des services déconcentrés début 2021. Ce réseau compte environ trente agents du ministère des sports – sur le papier ! –, chargés de la mise en œuvre des mesures SNSS sur les territoires, en lien notamment avec les référents santé-nutrition et les autres personnels des ARS.

La direction des sports doit aussi être en relation étroite avec les unions des professionnels de santé et les fédérations de praticiens pour déployer les mesures de la Stratégie et bâtir une culture commune du sport-santé.

Les rapporteurs s'interrogent sur le pilotage des actions de prévention entre le ministère de la santé et celui de l'éducation nationale. Les modalités du pilotage d'un plan comme celui relatif à l'obésité ne sont pas claires ; les rectorats ne sont pas en mesure de transmettre des informations et des bilans d'action ; enfin, les modalités de l'action au niveau des établissements ne sont pas définies.

c. Un pilotage difficile au sein de la région, entre objectifs mal définis et comitologie foisonnante

La mise en œuvre de la stratégie est territoriale, menée par un comité de pilotage régional. Les ARS et les DRAJES y déclinent la Stratégie, en inscrivant leurs actions dans les objectifs nationaux. Elles mettent en œuvre les actions au titre de cette dernière « *selon les orientations de leur projet régional de santé, du Plan régional sport-santé bien-être et des actions locales intervenant dans le champ de l'APS et de la lutte contre la sédentarité* ».

Les ARS s'efforcent de prendre en compte les programmes nationaux et les plans thématiques de prévention, et de les adapter aux besoins territoriaux qu'elles ont détectés. Elles s'appuient sur les ressources de Santé publique France et de ses cellules d'intervention en région, sur les données de l'Inserm, de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)... Mais cela permet-il une priorisation probante en fonction de la prévalence des grandes pathologies à prévenir ? Les financements du fonds d'intervention régionale, levier des ARS, ne sont pas toujours répartis en fonction de la prévalence des maladies sur les territoires.

En Île-de-France, une convention signée en 2016 entre l'ARS et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale a fourni le cadre d'un plan sport-santé bien-être à dérouler sur quatre ans, de 2017 à 2020. Dans ce cadre ont été mises en place différentes actions tel le recensement des structures, de l'offre de formation pour les professionnels de la santé et du sport, les parcours d'AP avec suivi, et un dispositif de contrôle et d'évaluation pour les structures appelé Prescri'forme, où sont formalisées les actions promues en lien avec les acteurs locaux. Un contrat local de santé peut en être le cadre territorial.

Il est certain que les nouveaux modes d'intervention, comme par exemple l'APA à visée thérapeutique, appellent une forte implication et un volontarisme des ARS. Elles appellent une mise en place avec l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et une mise en réseau des acteurs locaux.

La forte autonomie des ARS dans la définition de leurs priorités régionales peut inquiéter quant à un développement du sport-santé au profit de l'ensemble des territoires. Le réseau des acteurs de terrain, lorsqu'il a pu se mobiliser, a construit des dispositifs souvent très efficaces, ce qui a permis de décliner la prévention auprès des différents publics bénéficiaires, de la personne qui veut reprendre une activité physique au patient en ALD qui l'exercera en prévention secondaire ou tertiaire. Il est important que ces dispositifs soient soutenus dans la durée, aussi faut-il souhaiter que toutes les agences régionales se montrent ouvertes à un champ d'action relativement récent, dont les bénéfices ne se produiront qu'à moyen et long terme.

Face à ces plans nombreux, successifs ou concomitants, les rapporteurs regrettent une situation trop complexe pour qu'en ressortent des objectifs et des rôles bien définis pour chaque niveau d'administration et pour les acteurs locaux : certains plans renvoient à d'autres plans, la coordination entre ces différents plans est insuffisante, comme l'ont souligné plusieurs des interlocuteurs des rapporteurs, enfin les objectifs de prévention sont définis de manière éparse dans des documents différents, insuffisamment chiffrés et évalués.

On constate aussi un foisonnement de comités et d'enceintes de décision ou de coordination, qui doivent structurer l'offre de soin ou de prévention : contrat local de santé (CLS), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), centres médico-sociaux de territoire... En outre, nombre d'actions pour la prévention et l'activité physique sont portées par des associations, ce qui rend difficile la coordination au niveau régional ou territorial. Et malgré cela, l'approche collaborative n'est pas assez marquée pour une dynamique partagée entre les acteurs de la santé et du sport.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) établissait un diagnostic sévère dans son avis de 2017 : *« Il manque aux programmes régionaux de santé en cours d'élaboration le cadrage stratégique national censé être apporté par la Stratégie nationale de santé. Une fois celle-ci définie, les PRS de deuxième génération pourront s'articuler, non pas avec une multitude d'objets*

nationaux de programmation disparates (les nombreux plans de santé publique), complétés par de multiples instructions et injonctions de l'administration centrale, mais avec un plan national structuré ».

Le HCAAM déplorait encore dans un avis d'octobre 2018 ⁽¹⁾ le caractère peu opérant des politiques publiques en matière de prévention : *« Si l'on souhaite analyser les causes d'échec en matière de prévention, l'ensemble des politiques publiques doivent être évaluées, notamment les politiques intersectorielles (politiques nutritionnelles, politiques environnementales...). Concernant le système de soins, on connaît les causes et les freins à la mise en place de politiques de prévention efficaces. Les trois principales raisons qui peuvent être évoquées sont relatives : à une organisation construite sur un modèle conceptuel biomédical et individuel ; à une dispersion des actions et des financements entre les champs sanitaire et médico-social, entre niveau national et niveau local ; à une distinction artificielle entre prévention et soins alors que l'activité de prévention ne peut se développer que pleinement intégrée aux soins ».*

Il apparaît que notre système d'élaboration des objectifs de santé et de prévention, puis de mise en œuvre de la politique, porte encore en grande partie les défauts relevés par le HCAAM.

2. De nombreuses initiatives ont vu le jour au niveau local, souvent menées par les acteurs associatifs, mais touchant un public encore peu nombreux au regard des besoins

De nombreuses initiatives sont apparues au plan local, acquérant une légitimité avec les années et le nombre des pratiquants d'activité physique et sportive attirés et fidélisés. Ainsi, 110 réseaux de sport-santé structurés étaient répertoriés en 2019.

Ces initiatives sont pour certaines déjà anciennes, comme l'association « Côte Basque Sport Santé », dont les rapporteurs ont entendu les fondateurs M. Gilles Bouilhaguet ainsi que le Pr Gérard Saillant, par ailleurs aussi fondateur du collectif « Pour une France en forme ».

L'association « Côte Basque Sport Santé » (fondée en 2009) : de l'action de prévention primaire à la prévention tertiaire pour des patients en ALD

– Première phase/actions de prévention primaire : test forme, journée de contact avec les associations, organisations de rencontres à dimension nationale sur le sport-santé, puis création de « chemins de la forme » avec des rendez-vous animés par des éducateurs sportifs venant de clubs sportifs locaux et ouverts aux personnes souhaitant retrouver une activité physique.

(1) La prévention dans le système de soins – Organisation, territoires et financement – À partir de l'exemple de l'obésité.

– Élargissement des actions/prévention secondaire et tertiaire :

- la prescription d'APA impliquant trois acteurs : le médecin traitant prescripteur, l'association qui évalue et oriente, et le club sportif qui accueille la personne pendant trois mois et est rémunéré à hauteur de 50 euros ;
- le partenariat avec le centre hospitalier pour les patients en ALD bénéficiant d'un accueil d'APA de deux mois par le centre hospitalier. Les clubs prennent le relais pour que le patient après sa pratique dans le milieu hospitalier bénéficie de dix mois d'activité physique dans un club sportif, pour un montant de 100 euros par personne (soit un an d'AP au total). Ce dispositif concerne en file active 1 300 personnes, 800 prescriptions, 500 actions dans un centre hospitalier d'abord puis pendant 10 mois en club. Les médecins prescripteurs (même une seule fois) sont au nombre de 307, correspondant à un bassin de vie de 120 000 habitants, et 91 clubs sportifs sont partenaires de l'association.

Pour conserver un soutien de l'ARS, l'association devra transférer une partie de ses activités à la maison sport-santé labellisée en 2020 : le financement se poursuivrait alors dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), contrat triennal avec l'ARS.

Les actions conduites sur la base de ces plans ont fait l'objet, en 2018, d'une analyse par une mission réunissant l'inspection générale des affaires sociales et celle de la jeunesse et des sports. Son rapport intitulé « Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive et de santé », a dressé un état des lieux des actions recourant aux activités physiques et sportives (APS) depuis la mise en œuvre du PSSBE en 2012.

Ce rapport constatait en effet une dynamique, avec des pratiques diversifiées et hétérogènes sur les territoires, difficiles à retracer.

La multiplicité et la dispersion des actions rendent en effet difficiles l'état des lieux et le suivi national : **la direction générale de la santé indique également qu'elle ne peut connaître l'ensemble des actions mises en œuvre.**

Les communes sont dans une situation très inégale pour mettre en place des dispositifs d'activité physique et sportive pour leur population. Ainsi quelques exemples de dispositifs testés ont montré le rôle des inégalités d'équipements (locaux, infrastructures sportives, établissements culturels) dans le succès ou l'échec d'une action locale.

L'expérience 2S2C est un exemple de cette difficulté à instaurer une action de manière harmonisée et surtout pérenne au plan national.

L'expérience 2S2C : la difficulté de déployer un dispositif sur tout le territoire

L'expérience sport-santé-culture-civisme, dite « 2S2C », mise en place dans les écoles à la sortie du confinement du printemps 2020 est un exemple de la difficulté de mettre en place une action dans tous les territoires. Seules 8 % des communes – 2 940 – ont signé une convention de mise en œuvre, ce qui a représenté 5 846 écoles du premier degré et **seulement 2,5 % des élèves concernés**, selon les rapporteurs de la mission flash de la commission des affaires culturelles et de l'éducation de l'Assemblée nationale consacrée à ce sujet. Le bilan constitue selon les observateurs un semi-échec, car le dispositif a eu peu de temps pour se déployer, et les collectivités locales n'ont pu s'organiser pour un dispositif conçu et mis en place de manière très verticale.

Le frein financier a certes joué son rôle : l'aide de 110 euros par jour par groupe de 15 enfants était insuffisante pour une commune à faibles moyens. Les communes disposant de davantage de moyens (financiers, humains, en locaux et équipements ou en tissu associatif) ont mis en place le dispositif ; très souvent, elles avaient un projet éducatif territorial (PEdT), des accueils de loisirs, *« un réseau solide avec le tissu associatif ; beaucoup de communes, et notamment des petites, auraient souhaité mettre en place l'expérience, mais n'ont pas pu »*, ont décrit nos collègues.

3. Des avancées récentes à l'échelle nationale pour la prévention secondaire et tertiaire

De nombreux pays ont accordé une place importante à l'activité physique adaptée à commencer par le Royaume-Uni dès les années 1990, puis les pays d'Europe du Nord (Suède, Danemark, Norvège, Finlande et Pays-Bas) au début des années 2000. Le Canada, la Nouvelle-Zélande, l'Australie ont également développé des programmes de prescription de l'AP à la même époque.

Bien que notre pays soit en retard en comparaison, des évolutions positives sont intervenues à partir de 2012.

Après la reconnaissance scientifique de l'activité physique adaptée comme une thérapie non médicamenteuse en 2011, les pouvoirs publics ont souhaité développer l'activité physique et sportive à des fins de santé : une instruction interministérielle du 24 décembre 2012 a fourni un premier cadre juridique pour les actions mises en place par les acteurs associatifs ; puis la loi de modernisation de notre système de santé ⁽¹⁾ l'a consacrée en 2016.

Son article 144 (devenu l'article L. 1172-1 du code de la santé publique) introduisait la possibilité pour le médecin traitant de prescrire, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, une activité physique adaptée à la gravité de leur pathologie, à leur capacité physique et au risque médical encouru. Le décret d'application de cette loi, paru le 30 décembre 2016, donnait la liste des intervenants habilités à dispenser l'APA, puis une

(1) Loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, du 26 janvier 2016. L'article 144 « Prescription du sport sur ordonnance » a été introduit par un amendement parlementaire de quatre députés du groupe socialiste : Mme Valérie Fourneyron, M. Régis Juanico, Mme Brigitte Bourguignon et M. Pascal Deguilhem.

instruction ministérielle du 3 mars 2017 en précisait l'encadrement, en distinguant entre les patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères et ceux qui ne le sont pas ⁽¹⁾.

Les mesures visant à promouvoir et à développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique ont dès lors constitué un socle commun d'intervention entre l'ARS et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), consolidé par la convention cadre signée en 2016 entre les deux institutions.

a. Les évolutions législatives récentes qui ont permis l'expérimentation dans le domaine de l'activité physique adaptée

Plus récemment, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter, pendant cinq ans, de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement dérogatoires. Ces nouvelles organisations doivent contribuer à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Les nouvelles approches expérimentées peuvent déroger aux règles de tarification de droit commun, applicables pour la médecine de ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. C'est dans ce cadre qu'une thérapie non médicamenteuse (l'APA) a été admise à la prescription, comme probante en santé publique.

Le décret du 21 février 2018 a précisé les modalités de mise en œuvre expérimentale du dispositif, dont les grandes orientations sont définies par le conseil stratégique de l'innovation en santé, installé le 5 avril 2018. Ce conseil suit en outre les expérimentations et, *in fine*, se prononcera sur l'opportunité de leur généralisation.

Le dispositif est opérationnel depuis avril 2018. Environ 70 expérimentations sont actuellement conduites par les acteurs de santé, dont 12 mobilisent l'activité physique adaptée. L'évaluation des projets expérimentaux est prévue afin d'en connaître l'impact, la capacité à donner naissance à un nouveau modèle de l'offre des soins, et sa possible dissémination à des échelles territoriales plus larges.

La place de l'activité physique adaptée a été réaffirmée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, dont l'article 59 prévoit la mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

Enfin, l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 autorise, toujours à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) d'un parcours pour les personnes

(1) 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.

souffrant d'une complication du diabète de type 2. Ce parcours prescrit par le médecin sera expérimenté par certaines agences régionales de santé. Un décret doit en préciser les conditions d'application : régions concernées par l'expérimentation et contenu du bilan d'activité physique, bilan et consultations de suivi nutritionnel et psychologique.

L'enjeu est à présent la réussite de ces dispositifs, leur accessibilité aux patients, la soutenabilité financière, et leur extension à l'échelle nécessaire au-delà des expérimentations.

b. Les maisons sport-santé, un outil d'égalité des chances pour l'accès aux activités physiques et sportives au bénéfice de la santé

Une des mesures « phares » de la Stratégie nationale sport-santé est la labellisation de structures existantes ou la création de maisons sport-santé (MSS) : **un objectif initial de 500 maisons sport-santé est fixé à l'horizon 2022**, réparties sur tout le territoire français, avec une attention portée aux territoires fragiles – quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et zones de revitalisation rurale (ZRR), ainsi que les outre-mer.

En 2019 et 2020, le ministère chargé des sports et le ministère des solidarités et de la santé ont publié deux appels à projets visant à la reconnaissance et au référencement des maisons sport-santé, avec la directive d'une répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire. Le cahier des charges a été rédigé de manière ouverte afin de permettre la labellisation de structures existantes à statut juridique et profil divers, dans la mesure où elles auront montré une capacité de s'engager dans un réseau ou des partenariats, et/ou de développer une expertise dans les interventions aux personnes souffrant de pathologies précises.

À la suite de ces deux appels à projets, 287 maisons sport-santé ont été référencées et sont actives sur le territoire français. Un 3^{ème} appel à projets est en cours pour reconnaître 50 à 100 maisons supplémentaires, dont 50 dans les QPV et les ZRR. Le Gouvernement a prévu un financement d'amorçage de 850 000 euros en 2020, puis 3,5 millions d'euros en 2021. Pourra s'y ajouter un financement de l'Agence nationale du sport. Enfin, le soutien à la création des maisons peut selon les régions venir également des ARS au titre du Fonds d'intervention régional (FIR).

Ce budget d'investissement est important, cependant la pérennisation de l'activité des maisons sport-santé demandera que soit précisée la manière dont le fonctionnement sera assuré dans la durée.

La vocation d'une maison sport-santé est de lutter contre la sédentarité, le manque d'activité physique et sportive en permettant un accès à tout public sur l'ensemble du territoire, dans une démarche « qualité-sécurité » reconnue. Il s'agit de favoriser un mode de vie actif tout au long de la vie et d'ouvrir un parcours de santé personnalisé aux patients en affection de longue durée (ALD). Le public cible est, prioritairement, les personnes éloignées de l'activité physique et sportive et les personnes atteintes de maladies chroniques.

Elle doit jouer un rôle d'accélérateur de la mise en réseau des acteurs locaux et doit aider au rapprochement entre les professionnels de la santé et du sport qui dans de nombreux territoires ne se connaissent pas, ou pas assez.

c. La proposition de loi « démocratiser le sport en France »

La proposition de loi visant à démocratiser le sport ⁽¹⁾, adoptée par l'Assemblée nationale le 19 mars 2021 et transmise pour examen au Sénat, devrait permettre une avancée dans le développement du sport-santé. Si elle était adoptée en l'état, elle présenterait plusieurs dispositifs susceptibles de favoriser la pratique sportive du plus grand nombre.

L'article 1^{er} de la proposition de loi ajoute aux missions des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) l'information des personnes prises en charge quant à l'offre d'activités physiques et sportives. Un référent sport serait désigné au sein de chaque ESMS. Un réseau d'ESMS spécialisés en matière de sport serait aussi constitué à l'échelon départemental.

L'accès aux équipements sportifs scolaires est un des objets de la proposition de loi. Est prévu le recensement par académie des locaux et équipements susceptibles de répondre aux besoins de l'enseignement de l'éducation physique et sportive, à établir avant le 1^{er} janvier 2022 puis à mettre à jour chaque année. L'accès aux équipements sportifs scolaires serait élargi à tous les autres publics en dehors des cours. Toute nouvelle construction ou rénovation devra prévoir un accès indépendant pour une utilisation grand public des équipements sportifs.

Les collectivités du bloc communal volontaires pourront élaborer des plans sportifs locaux, associant tous les acteurs du sport au niveau local, et formalisant les orientations et actions en faveur de la pratique des activités physiques et sportives sur le territoire, en intégrant une réflexion sur le développement de la pratique sportive féminine et sur le rôle du sport comme vecteur d'intégration social et professionnel.

Surtout, la proposition de loi présente une avancée majeure sur le thème du sport-santé en élargissant la prescription de l'activité physique adaptée aux personnes souffrant de maladies chroniques, et plus uniquement d'affections de longue durée. De plus, l'ouverture de la prescription d'APA aux médecins spécialistes et non plus seulement aux médecins traitants permettrait que le corps médical dans son ensemble s'empare de ce domaine thérapeutique et de prévention, ce que les rapporteurs espèrent vivement.

(1) Présentée le 26 janvier 2021 par Mme Céline Calvez et des membres du groupe La République en Marche et apparentés, dont la rapporteure.

B. LE FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ DIFFICILE À CONNAÎTRE AVEC PRÉCISION

La nomenclature budgétaire en vigueur tant pour le budget général que pour la loi de financement de la sécurité sociale ne permet pas d'isoler avec précision les dépenses de prévention en santé publique. **Il est de ce fait difficile de connaître la dépense consacrée au sport-santé**, très éclatée et en grande partie prise en charge par les collectivités locales à travers leur soutien aux acteurs locaux, associatifs ou autres.

1. Le financement de la prévention et de la promotion en santé

Deux documents ont été introduits récemment dans les procédures d'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale d'une part, et du budget général d'autre part, qui permettent de mieux appréhender les dépenses de prévention.

Le premier document est l'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), ajouté à la suite des recommandations de la Cour des comptes : il indique le montant des dépenses de prévention dite institutionnelle. L'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 établit pour l'année 2018 une estimation de **6,24 milliards d'euros pour les dépenses de prévention institutionnelle** : il s'agit des actions de prévention individuelle – médecine scolaire et du travail, protection maternelle infantile (PMI), vaccins, dépistages notamment, et les actions collectives – grands plans et programmes de santé publique, actions d'information du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), portant sur l'environnement..., financés ou organisés par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux.

La prévention primaire et secondaire individuelle s'élève à 3,8 milliards et la prévention collective à 2,35 milliards d'euros.

En 2018, l'État et les collectivités locales ont financé 57 % des actions de prévention institutionnelle, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 27 %. Le secteur privé est le principal financeur de la prévention primaire (49 %) du fait des financements apportés à la médecine du travail.

D'autres composantes de la dépense de prévention ne figurent pas dans ce chiffrage comme les coûts de la recherche : la collecte des données – registres, suivi de cohortes, enquêtes de prévalence – dont le coût est éclaté entre des organismes comme l'Inserm ou pris en charge par le Fonds d'intervention régional, ou encore le Programme d'investissements d'avenir.

Le second document est le « jaune budgétaire », annexe au projet de loi de finances intitulé « Prévention et promotion en santé », voté sur un amendement de la rapporteure Marie Tamarelle-Verhaeghe le 25 octobre 2019. Ce document recueille donc pour la première fois le plus grand nombre de données possibles

auprès des nombreuses administrations et opérateurs qui ont mis en œuvre des actions de prévention. Il présente les dépenses par thématique de santé. Y est soulignée l'absence d'exhaustivité, car il est aujourd'hui impossible de faire remonter les données qualitatives en provenance des collectivités locales, qui jouent un rôle important en matière de prévention santé.

De nombreux programmes budgétaires comportent des actions de prévention en santé. Le document dresse un inventaire utile de l'ensemble des actions de prévention menées par les administrations et les opérateurs. Les crédits correspondant à chaque action n'ont pas toujours pu être établis, sauf lorsqu'une action bénéficie d'un financement identifié au sein d'un fonds ou d'une agence. Ainsi par exemple, on sait que les ARS ont dépensé un montant de 4,63 millions d'euros sur le FIR en 2019 pour financer des actions relatives à l'obésité ; également que 500 000 euros ont été dépensés (2017-2019) par le FIS et le FNPEIS ⁽¹⁾ pour la prise en charge des enfants pour l'expérimentation mission « Retrouve ton cap ». Pour établir ces montants, les informations proviennent de la CNAM, du FIR, des rapports d'activité des ARS, du bilan des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) État-ARS établi par le ministère, des rapports annuels du FIS et du FNPEIS.

À cette première catégorie de dépense, il faut ajouter les dépenses de prévention non institutionnelle, consommation de soins et politique de vaccination, remboursées par l'assurance maladie, qu'un bilan effectué par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2016 évaluait, *a minima*, à **9,1 milliards d'euros**. Ce sont les dépenses de prévention non institutionnelle.

Le premier poste de dépense est constitué par les médicaments : statines pour prévenir les AVC, puis les vaccins dont le coût s'élève à 500 millions d'euros, le troisième poste étant la contraception (les montants additionnent la prise en charge par l'assurance maladie, la prise en charge des organismes complémentaires et enfin la participation des familles). Cet ordre d'importance pourrait être différent avec la vaccination de masse conduite pour lutter contre la Covid-19.

Les autres postes de dépense sont le dépistage (prévention secondaire) puis la radiologie et la biologie.

Une difficulté méthodologique empêche une plus grande précision dans le chiffrage de la prévention : on ne sait pas quel est le temps de conseil de prévention au cours d'une consultation médicale. Des travaux scientifiques ont convenu que 20 % du temps de consultation était consacré à des conseils de prévention au patient. Cependant cette part de la consultation médicale n'est pas prise en compte dans le coût de la prévention en santé publique.

(1) FIS : Fonds d'innovation sociale.

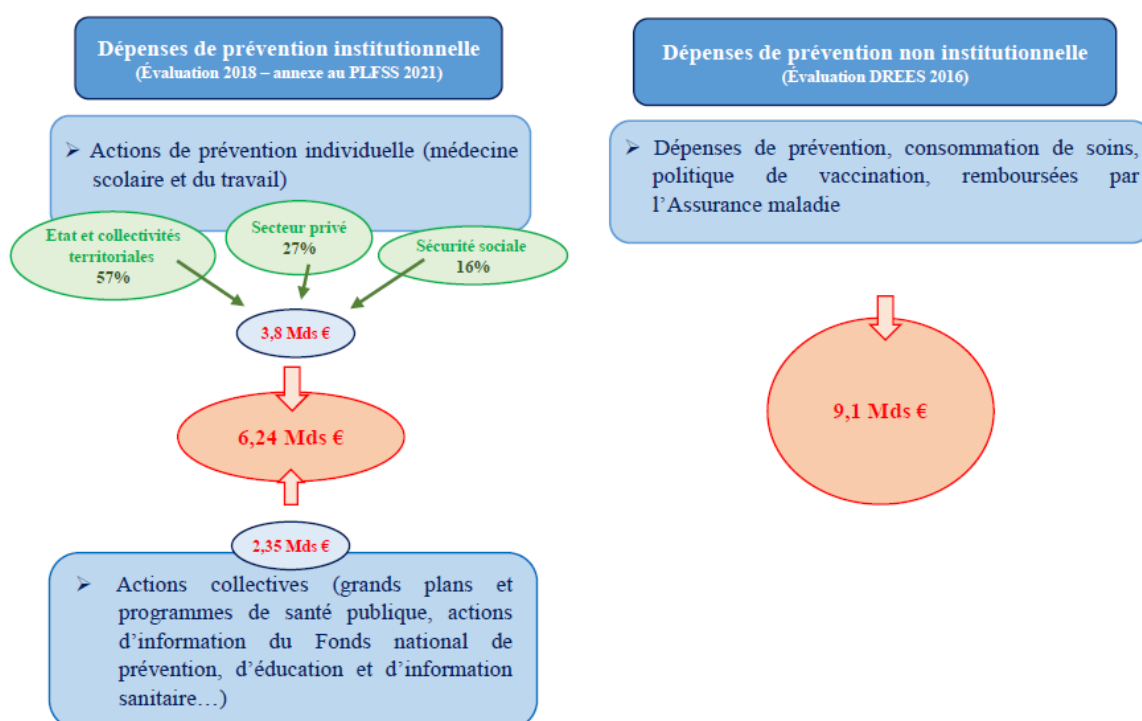
FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.

La Sécurité sociale finance des actions relevant de chacune des grandes catégories de prévention, primaire, secondaire et tertiaire, mais la prévention tertiaire en relève essentiellement, et la prévention secondaire en grande partie, *via* le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.

L'État et les collectivités locales restent les principaux financeurs de la prévention collective puisqu'ils financent plus de 81 % de ses actions.

Le total des dépenses de prévention est donc évalué à 15 milliards d'euros, évaluation *a minima* qui, comme on l'a souligné, ne prend pas en compte beaucoup d'autres financeurs.

DÉPENSES CONSACRÉES À LA PRÉVENTION



Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, annexe 7.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait établi une ventilation des dépenses par type d'action de prévention dans son avis « Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé », adopté le 28 juin 2017.

Le tableau suivant présente cette ventilation.

Compte élargi de la prévention

Ventilation des dépenses par type d'action (sur la base d'une dépense estimée à 15,2 Mds € en 2015, source DREES)¹⁹

Type d'action	Part dans les dépenses
Prévention collective	15%
Agir sur les comportements	3%
Agir sur l'environnement	12%
Prévention individuelle	85%
Soins de ville	30%
Médicaments et autres	30%
Médecine collective (travail, scolaire, PMI-Planning)	20%
Dépistages et bilans organisés	5%
Total	100%

On mentionnera le rôle important du Fonds d'intervention régional (FIR), qui soutient des actions contribuant à l'activité physique adaptée par des financements associés venant en appui aux dispositifs locaux.

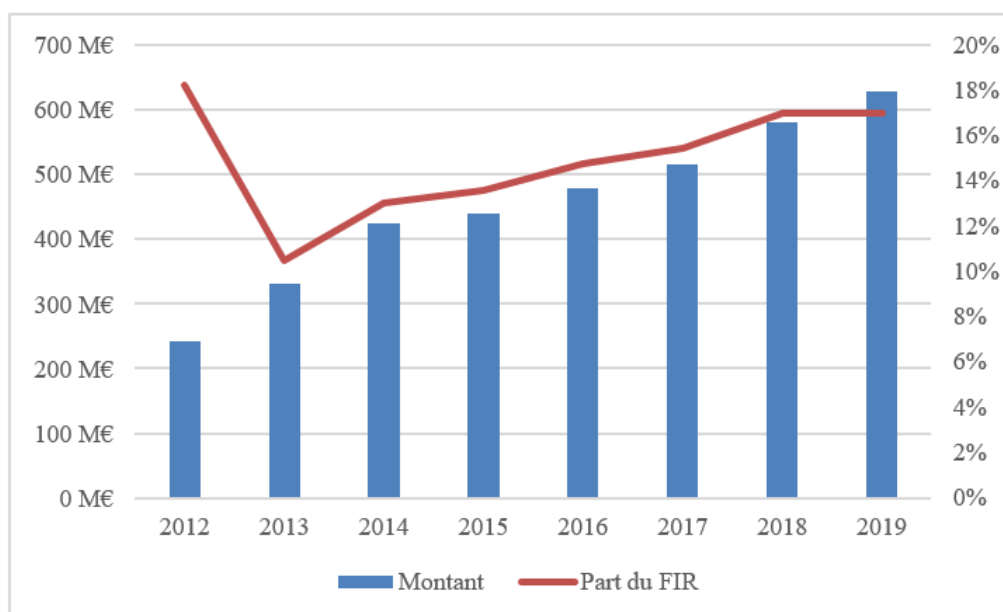
En effet, le FIR est une enveloppe de crédits mobilisable par les ARS, instituée pour les doter d'un instrument financier leur permettant de passer d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultat. Le périmètre d'activité du FIR comporte 5 axes parmi lesquels la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission n° 1), ce qui correspond au premier axe de la Stratégie nationale de santé. Le FIR est financé principalement par l'assurance maladie.

Un récent rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale souligne que les missions de promotion de la santé ne représentent qu'une faible part de l'action des ARS, et que la part des agents affectés à ces missions ne représente que 4,4 % des effectifs totaux, proportion stable depuis 2012 ⁽¹⁾.

(1) Rapport d'information (n° 4267), « Les ARS, dix ans après : renouer avec la proximité » de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), juin 2021.

Le graphique suivant, issu de ce rapport, fait apparaître la part de crédits du FIR destinée au premier axe « promotion de la santé et prévention » : 17 % des crédits en 2019, soit environ 629 millions d’euros.

**MONTANT ET PART DES DÉPENSES DU FIR CONSACRÉES À LA MISSION
« PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION » (2012-2019)**



Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, d'après les données des rapports annuels du FIR, rapport « Les ARS, dix ans après : renouer avec la proximité », juin 2021.

Par ailleurs, de nombreux crédits participant au développement de l'activité physique sont éparés, ainsi par exemple l'Agence de financement des infrastructures de transport de France (AFITF) bénéficiera de 49,8 millions d'euros en autorisations d'engagement pour 2021 pour l'investissement de pistes cyclables (programme budgétaire 204).

2. Les crédits du programme budgétaire « sport », incluant les crédits de prévention par le sport

Côté ministère des sports, la dépense consacrée aux dispositifs sport-santé était évaluée à 10 millions d'euros par an pour les dernières années, correspondant en grande partie à la mise en œuvre des plans régionaux – sport-santé bien-être, dont le principal financeur était le Centre national de développement du sport (CNDS).

Le Centre est devenu en 2019 l'Agence nationale du sport (ANS) : celle-ci a attribué, en 2020, près de 15 millions d'euros aux structures développant des actions en faveur du sport-santé (soit 11,8 % de la part territoriale de son budget). Ce montant a permis la réalisation de près de 5 500 actions (sur 39 700 actions réalisées nationalement, soit 13,8 %). Ce montant de crédits représente une augmentation en montant de + 180 % entre 2012 et 2020 alors que la part territoriale globale était en 2012 au même niveau qu'en 2020, soit 125 millions d'euros.

Si l'on ajoute les 3,5 millions d'euros consacrés aux MSS, le financement du sport-santé par le ministère des sports en 2021 dépassera les 18 millions d'euros, un effort budgétaire en augmentation, il faut le souligner, mais encore très insuffisant au regard des besoins.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS) recommandait en 2018 de faire un suivi spécifique des crédits mobilisés par le FIR, et d'établir une grille commune de bilan des plans de type PRSSBE avec les ARS et les DRJSCS. Cela permettrait à la direction générale de la santé et à la direction des sports d'en tirer des informations et des analyses. Cette recommandation n'a pas encore été mise en œuvre, et la connaissance des crédits consacrés aux programmes régionaux de prévention par le sport et l'activité physique reste très fragmentaire.

Les crédits budgétaires sport-santé ont augmenté de + 4,7 % de 2019 à 2020, notamment en raison de la crise pandémique qui a impacté fortement l'organisation des activités sportives et les conditions sanitaires des Français. Un fonds territorial de solidarité doté d'un montant de 12 millions d'euros a été créé en juin 2020, ce qui donne la possibilité aux DRAJES de soutenir davantage les actions sport-santé et *post* Covid.

En 2020, plus de la moitié de l'enveloppe (60,5 %) consacrée au sport-santé a concerné des actions inscrites dans les Projets sportifs fédéraux (PSF) pour 9,1 millions d'euros (soit 14,2 % de l'enveloppe PSF). Sur les 78 structures en PSF, 74 ont considéré cet axe comme une priorité de développement territorial et ont mobilisé leurs structures déconcentrées et clubs affiliés sur des actions sport-santé.

Les aides à l'emploi octroyées pour des projets associatifs sport-santé sont aussi des leviers au déploiement d'actions : en 2020, ces aides ont mobilisé 4,77 millions d'euros (soit 32 % des crédits en faveur du sport-santé) pour 510 emplois.

En termes de montants consacrés, les trois premières structures nationales sont le Comité national olympique et sportif français (1,72 million d'euros, soit 11,4 % de l'enveloppe PSF sport-santé) et les fédérations françaises d'éducation physique et de gymnastique volontaire (910 000 euros, soit 6 % de l'enveloppe) et d'athlétisme (807 000 euros, soit 5,4 %). Toutefois, il est constaté que les 20 premières structures nationales les plus subventionnées représentent 72 % du montant de l'enveloppe sport-santé, ce qui traduit une implication très hétérogène des fédérations sur ce secteur. Enfin, ce sont les clubs, échelon de proximité, qui mobilisent 55 % de l'enveloppe sport-santé et réalisent 67,6 % des actions.

Pour 2021, le programme budgétaire 219 « sport » disposera de 435,6 millions d'euros dont 91,8 millions pour son action 1 « Promotion du sport pour le plus grand nombre ». Le programme 350 « Jeux olympiques et paralympiques 2024 » bénéficiera de 669,7 millions d'euros dont 5,14 pour son action « Héritage » des Jeux olympiques et paralympiques.

L'amorçage des maisons sport-santé reconnues suite au premier appel à projets lancé en 2019 a bénéficié d'une enveloppe de 850 000 euros en 2020 en provenance de la direction des sports. Pour 2021 le ministère des sports a obtenu une mesure nouvelle de 3,5 millions d'euros pour accompagner le déploiement des maisons labellisées dans le cadre des deux appels à projets qui ont suivi.

Les autres financeurs du sport-santé sont variables selon les régions : départements, collectivités locales, associations comme l'association la Ligue contre le cancer par exemple, fondations... Les fonds affectés à la prévention en santé par les collectivités territoriales ne peuvent être évalués, car les ARS n'en ont pas connaissance et ne peuvent faire remonter des données exhaustives. La nomenclature des collectivités ne permet pas de connaître à un niveau fin leurs dépenses dans le domaine de la prévention en santé.

La pratique du sport-santé repose généralement sur des acteurs locaux, souvent associatifs, ou des collectivités territoriales, qui doivent chaque année obtenir un ensemble de subventions pour poursuivre leur action et garder leur personnel spécialisé. Pour pérenniser leur action et la développer, l'enjeu majeur sera de conforter les financements au prix d'une labellisation et d'une entrée en réseau, mais en envisageant les modalités de la dépense de fonctionnement après celle d'investissement.

Enfin, il faut garder à l'esprit que ce sont les pratiquants du sport-santé qui prennent en charge eux-mêmes une grande partie du coût de cette activité.

C. LA DIFFICILE ÉVALUATION D'ACTIONS AUX OBJECTIFS MAL DÉFINIS

Le système de santé français ne reconnaît pas encore à la prévention la place qu'elle mérite dans la définition des priorités majeures et des actions à conduire.

Les patients utilisent le système de santé de manière curative, et ne prennent pas de rendez-vous médicaux en l'absence de symptômes, or ces consultations sont importantes pour mieux repérer les personnes susceptibles de développer une maladie et cibler les dépistages précoces. Par exemple, les hommes de 25 à 35 ans sollicitent peu leur médecin sauf s'ils constatent des symptômes.

L'enjeu est de changer les habitudes des Français pour que les patients se soumettent à des dépistages précoces qui évitent le curatif et les dépenses de santé importantes qui s'ensuivraient en cas de maladie évitable.

Les stratégies et les plans qui ont été décrits plus haut annoncent beaucoup de mesures très importantes dans le domaine du sport-santé, concernant toutes les catégories de la population, des élèves aux personnes âgées. Il est cependant regrettable que les objectifs de résultat à moyen ou long terme y soient quasi inexistantes. La Stratégie nationale de santé 2018-2022 et le Plan national de santé publique peuvent être vus comme un progrès par la prise en compte globale de toutes les difficultés de santé de la population dans un document unique, et par la

volonté de mener une action « combinée et transversale » plutôt que des mesures fragmentaires et isolées. Pourtant **ces documents ne prévoient pas d'objectifs nationaux calendaires pluriannuels coordonnés relatifs aux grandes pathologies** et renvoient à d'autres plans qui ont leur propre calendrier pluriannuel (la stratégie décennale de lutte contre le cancer par exemple).

Les actions annoncées par le comité interministériel pour la santé de 2019 comportent **quelques rares objectifs** : notamment, diminuer de 15 % l'obésité chez les adultes, diminuer de 20 % le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents, en particulier par l'activité physique et sportive. Ces objectifs étaient fixés pour 2023, ils ne seront pas atteints, loin s'en faut, et seront sans doute à réévaluer après la crise sanitaire.

Dans la Stratégie nationale sport-santé 2019-2024 nous trouvons un objectif d'augmentation de 20 % de la pratique d'APS dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2021.

Les rapporteurs ont entendu plusieurs chercheurs dont les travaux portent sur la prévention et ses méthodes. Le Dr Roland Cash, consultant expert en économie de la santé, souligne la nécessité d'améliorer l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention en étudiant l'efficacité démontrée par chaque catégorie d'action ; ainsi, par exemple, la taxation des aliments néfastes ou la réglementation portant sur les aliments industriels seront efficaces ; au contraire, de pures actions d'information ne sont pas très efficaces.

Les plans achevés n'ont pas toujours obtenu des résultats : le Programme national nutrition santé (PNNS), qui pourtant comportait des objectifs chiffrés, a notamment manqué de pilotage national et local et a obtenu de faibles résultats, comme l'ont établi les études Esteban.

Il serait important lors de la définition des prochains plans d'éviter de faire les mêmes erreurs, et de veiller à imprimer une dynamique plus volontariste avec des objectifs inscrits dans le temps, et des résultats évaluables.

1. Formaliser les objectifs de santé dans un document unique, décliné pour devenir un outil pour le médecin traitant

L'adoption du Plan national de prévention en 2018 n'a pas permis de rassembler **dans un seul document** l'ensemble des objectifs sectoriels de la politique de prévention : ainsi ce plan cite des objectifs formulés dans d'autres plans. La planification en France apparaît beaucoup moins claire pour les experts que celle adoptée par des pays voisins, de même que nos indicateurs restent parcellaires.

Le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Italie ont formulé des objectifs pluriannuels de planification de la prévention en santé, et ces objectifs figurent dans **un document unique, ce qui facilite grandement la mise en œuvre par les**

administrations et les professions impliquées, ainsi que le suivi et le contrôle par le Parlement et les organes évaluateurs.

Les objectifs adoptés pour la réduction des décès et des maladies dues au tabac comportent des objectifs chiffrés, et il en est de même pour l'obésité, les AVC, par exemple. Tous les objectifs figurent sur un seul document.

En Italie, des objectifs de prévention figurent dans un grand plan de prévention national. En Allemagne, la réalisation des objectifs s'inscrit dans un calendrier.

Notre pays pourrait bénéficier d'un avantage par rapport à ces trois pays, car la capacité de l'administration de coordonner les différents niveaux de mise en œuvre et de pilotage est considérée comme meilleure que celle des trois autres pays cités. En effet, le Royaume-Uni souffre d'une dispersion des acteurs et d'un manque de coordination malgré l'existence du National health service (NHS) ; en Italie, la mise en œuvre repose sur les autorités locales et une augmentation des inégalités en santé est constatée ; en Allemagne enfin, les *Länder* doivent faire prévaloir une politique de prévention uniforme partout, mais cela s'avère difficile – la vaccination par exemple est variable selon les *Länder*.

La politique de prévention doit se donner des objectifs majeurs ambitieux et des cibles d'action très claires, surtout dans les domaines où la France se trouve dans une position défavorable en comparaison avec les autres pays de l'OCDE – la mortalité prématurée évitable, les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces objectifs majeurs doivent se traduire, pour les médecins généralistes, par un document comportant l'ensemble des actions de prévention à effectuer tout au long de la vie d'une personne.

Peut être citée à cet égard l'initiative de huit hôpitaux universitaires de Suisse, lesquels ont mis au point un document intitulé EVIPREV, qui présente une synthèse de tous les dépistages qu'un généraliste doit effectuer tout au long de la vie du patient (ce document simple a le format d'une feuille A4). **Un tel document de synthèse pourrait être élaboré, privilégiant une approche par âge de la vie** et non par pathologie, ce qui était l'approche de la Stratégie nationale de santé. La Haute autorité de santé a entrepris une étude en vue de promouvoir une nouvelle approche basée sur les âges de la vie, afin d'éviter que des segments de populations échappent aux actes de prévention et de dépistage, et développent des maladies qui auraient pu être évitées.

Un autre domaine essentiel est le cadre de la santé scolaire. Les professionnels de santé en milieu scolaire ont le sentiment que leurs missions sont très nombreuses et en accroissement : ainsi les infirmiers scolaires, qui dépistent tant le mal-être, la sédentarité, l'insomnie que les addictions et notamment aux écrans. L'action des professionnels de santé à l'école, mais aussi du corps éducatif, devrait s'appuyer sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs précis, et à travers

eux viser des objectifs d'amélioration, ou de non-dégradation, de la condition physique des élèves.

Pourtant, ils ne peuvent aujourd'hui appuyer leur action sur des objectifs clairs et des indicateurs forts, car le seul indicateur disponible, quantitatif, porte sur la réalisation de la visite des 6 ans.

Il appartient à Santé publique France, qui dispose de l'expertise nécessaire, de définir des objectifs de moyen et long terme pour la santé, pour chaque population en fonction des âges de la vie. Ces objectifs doivent ensuite être mis en œuvre par chacune des administrations. Pour cela, il importe qu'au-delà de l'interministérialité, soit diffusée une réelle culture de santé publique.

À titre d'exemple, ce manque de culture de santé publique à l'éducation nationale était décrit en termes forts par la Cour des comptes dans son rapport sur les médecins et personnels de santé scolaire ⁽¹⁾. Ce rapport proposait de créer un Conseil de santé scolaire permettant d'établir une interface entre sphères éducative et de santé. La direction générale de l'enseignement scolaire s'est déclarée ouverte à la création d'un tel dispositif.

2. Le rôle du médecin traitant dans la prévention : s'inspirer d'exemples étrangers plus volontaristes

La formation et l'implication des médecins traitants en faveur de la prévention sont plus avancées chez certains de nos voisins européens.

Le pays qui apparaît le plus avancé est le Royaume-Uni qui a confié la définition des axes forts de la prévention au National health service pour insuffler une vraie culture de prévention dans les formations initiales et continues. A été développé un système de suivi des programmes de formation continue pour les médecins, pour lesquels la participation et la mise en œuvre est un critère d'évaluation pour le renouvellement de leur autorisation de pratiquer qui a lieu tous les 5 ans : les médecins doivent montrer qu'ils ont suivi la formation et l'ont mise en œuvre dans leur pratique.

Un contrat-cadre qualité est signé par le praticien avec l'État, et un système de primes est alloué en fonction de l'évaluation de la qualité des soins. La formation continue fait partie des objectifs de la politique de santé et de son pilotage. L'adhésion au Royal College of physicians ou à la Royal Society of medicine, où adhèrent les médecins, peut être remise en cause si la formation n'a pas été suivie.

En Allemagne, l'ordre fédéral des médecins et les chambres fédérales des *Länder* sont responsables de la formation et il y existe un système d'accréditation aux formations initiales et continues volontariste.

(1) « Les médecins et les personnels de santé scolaire », communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.

3. Dans le cabinet médical : quelle part de médication et quelle part de prévention ?

Comment les objectifs de prévention formulés au niveau national et régional sont-ils relayés par les médecins dans leur pratique ? La part de la prévention dans une consultation de médecin traitant est mal connue, mais on sait qu'elle est en général insuffisante. Certaines mesures révèlent l'insuffisance de la prévention : ainsi le sous-diagnostic de la prévalence du diabète est de 23 %, alors qu'une recommandation a été édictée pour effectuer les dépistages ciblés, selon des critères qui permettent de mesurer le risque : cette recommandation n'est donc pas mise en œuvre.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé étudie les pratiques et les conditions d'exercice des professionnels de santé, grâce au panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

En collaboration avec les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professionnels de santé (URPS) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire, la DREES conçoit, collecte et exploite le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale depuis le milieu des années 2000. Cette enquête réalisée auprès de 3 000 médecins généralistes libéraux permet d'éclairer de nombreux sujets, allant de l'organisation du cabinet (prise en charge des demandes de soins non programmées par exemple), du temps de travail et de la collaboration avec d'autres professionnels, à la prévention des conduites addictives, la gestion de l'antibiorésistance, la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19 ou encore la vaccination.

Cette enquête a établi que 20 % du temps de consultation du médecin généraliste était consacré à des conseils de prévention. Cette moyenne cache évidemment des situations variables entre médecins convaincus de l'importance des conseils et des tests de prévention, et médecins moins investis.

L'enquête est ancienne, et il serait intéressant de produire cette information de manière régulière en qualifiant plus précisément l'action des professionnels de santé. Les systèmes d'information décrivent encore peu l'activité des professionnels.

Les professionnels de santé doivent être incités à jouer un rôle beaucoup plus important dans la prévention, avec une meilleure structuration de cette politique. Ils sont de plus en plus impliqués dans la prévention des AVC ou des pratiques addictives, mais le sont moins en ce qui concerne le diabète ou le surpoids. Une évolution du niveau de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) consacrée à la prévention pourrait y contribuer, en augmentant la pondération des indicateurs de prévention. Des expérimentations plus nombreuses et plus approfondies qu'actuellement pourraient être conduites pour faire évoluer l'organisation des soins primaires vers une part de prévention plus importante.

Un autre aspect devrait être mieux décrit pour mesurer la part de médication et la part de conseil et prévention : la part des patients ressortant avec une ordonnance, or celle-ci n'est pas mesurée.

La CNAM avait réalisé une étude en 2005, dans laquelle il apparaissait qu'une prescription était dressée par le médecin dans 90 % des consultations en France contre 57 % aux Pays-Bas. L'étude est ancienne, mais les choses n'ont probablement pas fortement évolué. Des experts entendus par les rapporteurs ont souligné que le système français du paiement à l'acte est plus favorable à l'approche curative que le paiement à la capitation, plus favorable à la prévention, car le médecin y prend en charge des personnes en bonne santé. La médication correspond aussi certainement, en France, à la demande des patients.

Un référé de la Cour des comptes a évoqué, en 2019, le problème des prescriptions systématiques. Toutefois, des conclusions ne pourront être tirées qu'après une étude et un chiffrage des prescriptions, ainsi que des lignes de prescription, puis une étude du lien entre différents actes résultant d'une même prise en charge (chaînage des actes). Les rapporteurs appellent de leurs vœux l'achèvement de cette étude pour pouvoir engager une communication sur la part vraisemblablement excessive de la prescription médicamenteuse et surtout la part très insuffisante des conseils de prévention et de prescription d'activité physique !

D. L'ARTICULATION DES DIFFÉRENTS ÉCHELONS TERRITORIAUX IMPLIQUÉS DANS LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EST TRÈS PERFECTIBLE

Les collectivités territoriales sont souvent des acteurs majeurs de la dynamique sport-santé, qu'elles soient partenaires des réseaux régionaux sport-santé bien-être, financeurs des actions mises en place ou coordinatrices de dispositifs sport-santé de portée locale. Elles ont aussi un rôle essentiel en matière d'aménagement du territoire et d'aménagements urbains en créant un environnement favorable à l'activité physique au quotidien et notamment aux mobilités actives.

Le rôle et les relations entre les niveaux d'administration sont fréquemment mis en cause par les acteurs du sport-santé et les chercheurs et experts travaillant dans ce domaine.

Ainsi que l'a souligné un chercheur entendu par les rapporteurs, « *On est riche d'initiatives en France, mais il manque cruellement le pilotage et la gouvernance : tout le monde veut un peu gouverner* ».

Beaucoup semble à faire : identifier les acteurs, identifier les interventions et les processus, établir un cadre d'intervention, une feuille de route... Ainsi l'ONAPS pourrait être davantage mis à contribution pour l'accompagnement des territoires et la construction de projets solides de territoire, afin que les financements publics aient un impact satisfaisant et mesurable.

La mise en œuvre des plans cités plus haut s'effectue généralement dans le cadre des **grandes régions**. Les régions peuvent être membres du comité de pilotage (COPIL) des Plans régionaux sport-santé bien-être (PRSSBE) comme en Occitanie, et financeurs comme en Nouvelle Aquitaine (Prescri'mouv).

Les **départements** peuvent être financeurs d'activités physiques adaptées dédiées aux personnes âgées, mais aussi aux personnes en situation de handicap et aux bénéficiaires du RSA dans le cadre d'actions de mobilisation des publics les plus fragiles *via* la Conférence des financeurs notamment (comme dans le Haut-Rhin), d'un réseau local de santé (comme en Haute-Marne) ou d'un dispositif de prescription (comme en Savoie « Bouger sur prescription »).

Les **communes ou communautés de communes** sont le lieu de la prévention primaire, étant des acteurs de proximité et promoteurs de lien social autour des activités physiques :

– coordinatrices et financeurs de la coordination ou des actions mises en place, que ce soit en milieu urbain ou rural : Strasbourg, Caen, Hautes-Terres communauté dans le Cantal, Montreuil, Boulogne-sur-Mer, Biarritz...

– organisatrices d'une offre d'AP grâce à des moyens humains dédiés à la coordination et à l'encadrement d'AP (*via* le centre communal d'action sociale – CCAS – ou non) et/ou à une stratégie de promotion des déplacements doux : Strasbourg (67), Metz (57), Pays de Remiremont (88), La Croix-sur-Meuse (55), notamment.

La mise en place de dispositifs intégrés associant activité physique et santé s'inscrivent souvent dans les contrats locaux et/ou territoriaux de santé avec un axe sport-santé. Le fonctionnement des contrats locaux de santé semble donner satisfaction, comme en a témoigné Mme Van Hoyer, maîtresse de conférences à l'Université de Lorraine, en ce qui concerne la région du Grand Est par exemple, avec une prise en compte des réalisations locales par le niveau régional dans un mouvement ascendant. Construire l'action pour l'activité physique à partir du niveau local pourrait être efficace, si le soutien des niveaux supérieurs est garanti pour cette démarche.

Le Réseau sport-santé bien-être (RSBBE) de Champagne-Ardenne, devenu Prescri'mouv

Ce réseau sous forme associative existe depuis 2009, avec un protocole mis en place avec la ville de Reims en 2011-2012, puis a évolué vers le protocole Prescri'mouv. Le protocole permet une prise en charge pour des personnes qui veulent reprendre l'AP dans un but de santé. Cela concerne des pathologies comme le diabète de type 1 et 2, certains cancers, des maladies coronaires stabilisées, l'obésité notamment.

Le protocole prévoit plusieurs parcours : parcours 1 plus autonome, parcours 2 labellisé avec des encadrants formés (existe depuis 2012, donc avant la loi) et parcours 3 avec une

prise en charge plus individualisée et « médicalisée », avec 8 séances en tous petits groupes. Le patient est ensuite orienté vers des structures labellisées Prescri'mouv.

Le coût est le suivant : 90 euros pour le parcours 1, 120 euros pour le parcours 2 pour 2 séances en face-à-face, 250 euros pour le parcours 3 avec 3 séances en face-à-face, des rendez-vous téléphoniques et les 8 séances de pratique.

Le financement repose impérativement sur une collaboration avec les collectivités financeurs et les acteurs du sport. Un COPIL sport-santé a été mis en place en Champagne-Ardenne, qui fait dans la Marne aussi office de conférence des financeurs du sport-santé, réunissant tous les acteurs, identifiant les lieux et projets à développer et organisant le financement : le département de la Marne (qui participe au financement de toutes les structures labellisées par Prescri'mouv, apportant jusqu'à 1 500 euros par structure), la direction territoriale de l'ARS (qui participe au financement à hauteur de 10 000 euros à répartir en fonction des demandes du comité de pilotage), la jeunesse et sports *via* la direction des services départementaux de l'éducation nationale – DESDEN (sans participation financière), le Comité départemental olympique et sportif, le réseau Prescri'mouv enfin qui est chef de file. S'y ajoutent les autres structures pouvant s'investir comme la ville de Reims (qui apporte 750 euros par créneau labellisé, jusqu'à 3 créneaux par structure).

L'ARS assure un financement conséquent dans cette région, de l'ordre de 280 000 euros, et peut ainsi financer des structures qui ne peuvent obtenir le soutien du département car n'entrant pas dans le cadre de Prescri'mouv. La région est aussi très impliquée.

Pourtant, malgré des exemples de réussite, les organisations sont assez empiriques sur le terrain. Bien qu'en principe respectant nombre de cadres juridiques, les acteurs territoriaux entendus regrettent beaucoup de défauts dans le fonctionnement quotidien des dispositifs territoriaux. Ils soulignent que les complémentaires santé prêtes à soutenir le sport-santé veulent un dispositif généralisé pour proposer le même service à tous leurs adhérents. De plus, les protocoles nationaux mis au point par certaines mutuelles vont à l'encontre du dispositif local. **Les protocoles établis par les différents financeurs ne sont pas coordonnés, ou font doublon** ; les opérateurs de terrain ne sont pas représentés au Comité de pilotage ni au Comité technique local... ce qui occasionne des retards dans la transmission des informations et des besoins.

Le cadre de la grande région crée des inégalités accrues entre sa métropole et les territoires environnants. Certains chercheurs entendus par les rapporteurs constatent l'absorption des fonds régionaux par la ville métropole au détriment des territoires environnants. L'exemple de Lyon a ainsi été cité, qui absorberait l'essentiel des crédits de la grande région Auvergne-Rhône-Alpes au détriment des autres territoires.

Le monde du sport ne côtoie pas celui de la promotion de la santé, travaillant parallèlement « en silos » comme c'est souvent le cas dans les politiques publiques. Cela est illustré par le fait que les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et les comités départementaux olympiques sportifs ne se connaissent pas et ne parlent pas le même langage. Le ministère des sports est

décrit comme plus proche du terrain, alors que le ministère de la santé est critiqué comme en retrait dans le domaine de la prévention, qui relève des ARS avec un effort très variable d'une région à l'autre.

Les conférences régionales du sport peinent à se mettre en œuvre : des diagnostics régionaux sont en cours, dont l'achèvement est prévu au mieux à la fin de l'année 2021, et les conférences des financeurs ne seront installées qu'au cours de l'année 2022. Un projet sportif territorial sera défini dans chaque région avant la mise en place d'une articulation entre les conférences régionales du sport et l'échelon local.

Les rapporteurs illustreront ces difficultés par des exemples, en différents points du présent rapport.

Ils considèrent qu'une logique peut être formulée à partir des expériences collectées.

Tout d'abord, *une impulsion nationale est nécessaire* pour entraîner la mise en place d'actions territorialisées, pour modifier les comportements de santé.

Les rapporteurs considèrent que le renforcement de l'interministérialité est aujourd'hui indispensable pour la conception et le suivi des plans et stratégies de santé, et pour conduire la politique de prévention. Il s'agit d'initier une dynamique nationale, de mener une action efficace et ambitieuse sur tout le territoire national et dans tous les domaines ministériels qui jouent un rôle dans la prévention.

Nous avons vu que le comité interministériel pour la santé avait suspendu ses réunions, déjà peu fréquentes, pendant la crise sanitaire. Cette organisation nous paraît insuffisante face à l'ampleur des besoins et des tâches à accomplir : c'est pourquoi il est proposé **la création d'un ministère délégué chargé de la prévention, auprès du ministre des solidarités et de la santé**. Seule une telle responsabilité interministérielle pérenne pourrait irriguer les administrations, à tous les niveaux, d'une véritable culture de santé publique.

Cette impulsion nationale doit pouvoir s'appuyer sur des lieux d'expertise comme l'agence Santé publique France, qui a heureusement pu être dotée de moyens supplémentaires pendant la crise sanitaire. Les rapporteurs considèrent que ces moyens en personnels doivent être maintenus pour que l'agence puisse assurer l'effectivité de ses missions.

Un projet sportif territorial pourrait être défini au niveau régional.

La notion de « diagnostics territoriaux » a été évoquée par quelques spécialistes entendus par les rapporteurs. Ainsi Mme Aurélie Van Hoya a souligné l'intérêt qu'il y aurait à recenser les ressources existantes sur un territoire, sur la base du diagnostic obtenu, afin de voir se dégager un collectif d'acteurs et mettre en place une meilleure coordination. Une analyse a ainsi été réalisée en Région Sud

(ex-PACA) et en Lorraine, au moyen d'outils tels CAPLA-santé, disponibles pour les collectivités.

Ensuite, *la coordination doit être organisée au niveau local, commune importante ou communauté de communes*, échelon qui apparaît pour les chercheurs entendus le pilotage le plus efficace.

Les contrats locaux de santé (CLS) apparaissent trop hétérogènes aux yeux des experts dans le domaine de l'action locale. Ce sont des outils anciens aux mains des collectivités, aussi constate-t-on des disparités entre territoires plus ou moins dynamiques en matière de santé et de prévention. Dans certains cas, le dynamisme de l'ARS, en bon lien avec le Préfet, permet une mise en commun des moyens des collectivités, des professionnels de santé, pour créer une structure et réduire les inégalités territoriales. La Région Sud est ainsi citée en exemple, ayant mis en place, par la mise en commun des moyens, une gamme de services offerts aux citoyens, avec un accès des populations fragiles et éloignées des soins.

De manière générale, ni les ARS ni les partenaires de ces contrats n'ont encore évalué le dispositif des contrats locaux de santé ; la phase d'évaluation devrait intervenir plus tard, lors de la seconde génération des CLS.

Les CPTS sont appréciés comme un meilleur outil de contractualisation locale, permettant une bonne coordination entre l'État, les professionnels de santé et les collectivités territoriales et l'intervention des financements croisés – du moins quand ils sont bien organisés. L'harmonisation devrait cependant être plus poussée pour parvenir à ancrer une politique de prévention sur le territoire. Les observateurs notent aussi que le dualisme des compétences entre ARS et CPAM ne facilite pas la coordination.

L'organisation figurant dans la proposition de loi visant à démocratiser le sport en France prévoit un plan sportif local et des contrats locaux sportifs. Élargir la notion serait préférable selon les rapporteurs : ainsi **des contrats locaux d'activité physique et sportive permettraient d'englober l'ensemble de l'effort de prévention en santé** lié aux APS et concerneraient une population plus large.

L'absence de dimension partenariale est constatée dans la prévention en milieu scolaire, avec un éclatement des bilans et des actions entre les infirmiers, l'administration de l'éducation nationale, l'élève et sa famille, et les structures locales réunies dans le contrat local de santé.

Ces développements montrent la difficulté d'inscrire l'action de prévention et le développement de l'activité physique et sportive dans l'organisation territoriale et d'instaurer un mode de pilotage efficace. La mise en place de l'activité physique adaptée constitue un « cas d'école » pour ces difficultés, qui, si elles ne sont pas résolues, nuiront au large développement du sport-santé souhaité par les rapporteurs.

Proposition n° 4

Créer un ministère délégué en charge de la prévention en santé publique.

Proposition n° 5

Unifier et prioriser les objectifs de la prévention :

- formuler dans un document unique les objectifs de prévention en santé publique et de lutte contre la sédentarité, pour les différentes catégories de la population et portant sur les principales pathologies ;
- définir comme prioritaires ces objectifs dans les différents plans traitant de la santé, de la prévention et de l'activité physique, et en réaliser une évaluation annuelle ;
- définir précisément les structures et les acteurs en charge de la mise en œuvre de ces objectifs.

Proposition n° 6

Maintenir les ressources en personnel de Santé publique France au niveau atteint pendant la crise sanitaire, pour assurer la mission d'évaluation et de suivi des politiques de santé publique.

III. L'ÉCOLE, LE FONDAMENT DES APPRENTISSAGES DURABLES ET DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

C'est au plus jeune âge que se prennent les bonnes habitudes comme c'est aussi à l'école que peuvent être transmis des messages de prévention concrets, et développées des activités physiques ludiques à même d'être complétées hors du temps scolaire.

Il y a urgence : une étude menée auprès de 90 élèves de CE1 et CE2 de Vichy et de Riom dans le Puy-de-Dôme, en septembre 2019 et en septembre 2020 ⁽¹⁾, a permis de constater une baisse sensible des capacités physiques et intellectuelles des enfants : les effets des confinements successifs sont préoccupants.

« *Les chiffres sont catastrophiques* », résume le Pr Martine Duclos, cheffe du service de médecine du sport au CHU Clermont-Ferrand, qui dirige l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) et coordonne ce travail dont les résultats, préliminaires, ont été soumis à publication, ils auraient baissé d'environ 40 %. Pour les mesurer, l'équipe du CHU de Clermont-Ferrand a notamment demandé aux écoliers de relier les lettres aux chiffres correspondants dans l'ordre alphabétique, dans un temps imparti. Tous l'ont fait dans le temps limite en septembre 2019. Un an plus tard, un grand nombre n'a pas terminé.

Ces résultats sont d'autant plus inquiétants qu'avant la pandémie, en France, 87 % des adolescents de 11 ans à 17 ans ne respectaient déjà pas l'heure quotidienne d'activité physique préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pour éveiller la conscience des familles sur ces menaces dès l'école maternelle, le cardiologue du sport François Carré leur tient un discours très concret : « *Si votre enfant se couche à 20 heures et que vous l'emmenez à l'école en voiture, au dernier moment, il ne commencera à bouger qu'à la première récréation, à 10 heures. En quatorze heures, il n'a fait que 50 pas !* »

En février dernier, le Dr Michel Cymes affirmait ⁽²⁾ : « *Depuis le confinement, les enfants ont décroché. Leurs capacités cognitives ont diminué de 40 %, leur indice de masse corporelle a augmenté et leurs performances physiques ont diminué* ».

Face à ce constat alarmant, l'activité physique et sportive doit retrouver une place importante dans l'enseignement scolaire dès les plus petites classes car ses bienfaits sont multiples, comme l'ont rappelé les spécialistes entendus par les

(1) Expérience relatée devant les rapporteurs par le Pr Martine Duclos, cheffe du service de médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand, présidente du comité scientifique de l'ONAPS et également relatée dans Le Monde du 30 juin 2021.

(2) Ouest France, 1^{er} février 2021.

rapporteurs : **au-delà des bénéfices en termes de santé, l'APS favorise la concentration, les apprentissages, le climat scolaire...**

LES BIENFAITS DU SPORT



Source : Cour des comptes – « L'école et le sport : une ambition à concrétiser », septembre 2019.

Or, dans un récent rapport sur le sujet ⁽¹⁾, la Cour des comptes constatait que, malgré son importance et la multiplicité des enjeux, le sport à l'école demeurerait une réalité mal appréhendée, à la fois dans son organisation, son financement et ses résultats. Quant à la santé scolaire, maillon essentiel de la prévention, elle souffre, en particulier, d'un manque de moyens récurrent.

A. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ À L'ÉCOLE : DES FAIBLESSES BIEN IDENTIFIÉES

Le temps réellement consacré à l'activité physique et sportive reste très en retrait de ce qu'il devrait être pour développer les compétences des enfants comme des étudiants et diffuser une culture de prévention. La santé scolaire, pour sa part, n'est pas en situation de remplir ses missions de prévention.

1. L'APS trop souvent parent pauvre de la vie scolaire et universitaire

Malgré le temps non négligeable prévu dans les emplois du temps, la pratique d'activité physique et sportive reste en retrait par rapport aux autres matières enseignées, ce qui la dévalorise ; de surcroît, la réalité est en décalage avec le temps prévu tandis que l'organisation ne permet pas toujours d'optimiser le temps « actif ». **Enfin, la culture de l'activité physique et de ses bienfaits n'est pas suffisamment diffusée auprès de l'ensemble de la communauté scolaire.**

(1) « L'école et le sport : une ambition à concrétiser », Cour des comptes, septembre 2019.

a. Un temps théorique d'APS conséquent et des fédérations sportives engagées... mais aux moyens limités

L'activité sportive dans le cadre scolaire est constituée, d'une part de l'horaire d'éducation physique et sportive (EPS) obligatoire inscrit dans l'emploi du temps, et, d'autre part, d'horaires facultatifs proposés par les fédérations sportives scolaires.

L'horaire d'EPS, qui concerne plus de 12 millions d'élèves, est réparti de la manière suivante :

L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE L'EPS ET DU SPORT SCOLAIRE



Source : Cour des comptes.

Avec trois heures par semaine, l'EPS représente en volume horaire la troisième discipline à l'école après les mathématiques et le français. Selon une étude Eurydice, la France est même le pays de l'UE qui y consacre le plus de temps à l'école.

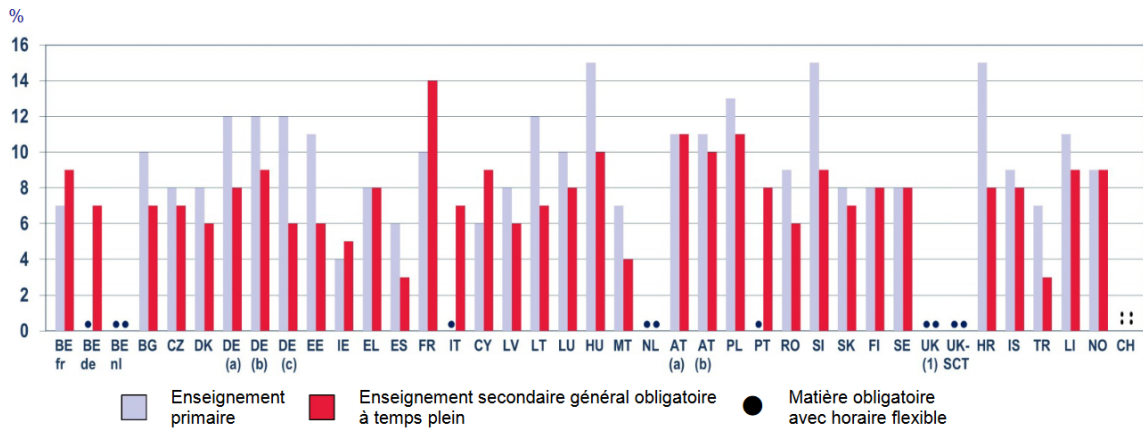
Dans la pratique, comme l'ont souligné en septembre 2016 le rapporteur et le député Pascal Deguilhem dans leur rapport au Premier ministre sur le sport et l'école ⁽¹⁾, le temps moyen consacré à l'EPS est de 1 h 50 et non de 3 heures. Le temps passé à se préparer, les temps de déplacement vers les équipements sportifs

(1) <https://www.sports.gouv.fr/autres/juanico.pdf>

quand il faut se rendre à la piscine par exemple expliquent en grande partie ce décalage.

Dans leur rapport, les deux députés affirmaient une conviction simple : *« une activité physique régulièrement pratiquée dès le plus jeune âge est la meilleure garantie que cette bonne habitude sera poursuivie tout au long de la vie au plus grand bénéfice de la santé publique »*.

Temps minimum alloué à l'éducation physique en tant que matière obligatoire, par rapport au temps d'enseignement total dans l'enseignement primaire et secondaire général obligatoire à temps plein, 2011/2012.



Source : Eurydice – « L'éducation physique et le sport à l'école en Europe », Commission européenne, 2013.

Quant à l'activité sportive proposée par les fédérations sportives scolaires, elle concerne, selon la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), 2 700 000 élèves licenciés (1 050 000 à l'Union nationale du sport scolaire – UNSS, 850 000 à l'Union sportive de l'enseignement du premier degré – USEP et 800 000 à l'Union générale sportive de l'enseignement libre – UGSEL).

Le Report Card 2020 ⁽¹⁾ s'est aussi penché sur la pratique sportive des jeunes au sein des fédérations sportives dans leur ensemble, pour relever que, si en 2018, un peu plus de 60 % des plus jeunes faisaient partie d'un club sportif, le pic d'adhésion à une fédération sportive se situait entre 10 et 14 ans. Près de 40 % des licenciés adhèrent à une fédération multisports qui est, à 80 %, une fédération scolaire.

Dans ce contexte, il serait utile de soutenir les fédérations sportives scolaires – dont le fonctionnement repose soit sur du bénévolat, soit sur les moyens alloués par l'éducation nationale – et qu'elles conservent leur mission sportive exclusive afin de favoriser leur visibilité et de valoriser la pratique sportive.

b. Une organisation à la peine pour une matière insuffisamment valorisée

Malgré un temps consacré au sport plaçant la France dans la moyenne haute par rapport à ses voisins européens, la Cour des comptes, dans son récent rapport ⁽²⁾,

(1) Ibid.

(2) « L'école et le sport : une ambition à concrétiser », Cour des comptes, septembre 2019. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lecole-et-le-sport-une-ambition-concretiser>.

relevait que l'organisation scolaire en France n'intégrait pas dans ses programmes la pratique sportive en tant que telle avec le même degré d'intensité que d'autres États européens.

Plusieurs difficultés ont été identifiées :

– la dispersion des acteurs :

La Cour des comptes a ainsi formulé plusieurs critiques liées à l'organisation, au contenu et à l'évaluation du sport scolaire.

Son rapport souligne ainsi la dispersion des acteurs, le manque de coordination et l'absence d'objectifs communs entre les ministères de l'éducation nationale et des sports, comme elle déplore que le contenu des conventions signées entre les fédérations sportives et l'éducation nationale reste très général avec une déclinaison locale aléatoire.

À l'échelon local, le rapport de la Cour rappelle que le fonctionnement de l'USEP repose essentiellement sur l'engagement de bénévoles, parfois dans des conditions confuses par rapport au temps scolaire, celui de l'UNSS dépend des moyens mis à disposition par l'éducation nationale : son organisation est imbriquée avec celle du ministère.

Pour autant, cette organisation constitue, d'après la Cour, le premier poste de dépenses de l'État en matière sportive : en 2019, elle évaluait le coût de l'enseignement de l'EPS à un peu plus de 4 milliards d'euros, représenté, pour l'essentiel, par la masse salariale correspondant aux horaires d'EPS dans le primaire et le secondaire. Le coût du sport scolaire facultatif est constitué, pour l'essentiel, des trois heures de service des professeurs d'EPS au titre des activités UNSS, soit environ 325 millions d'euros.

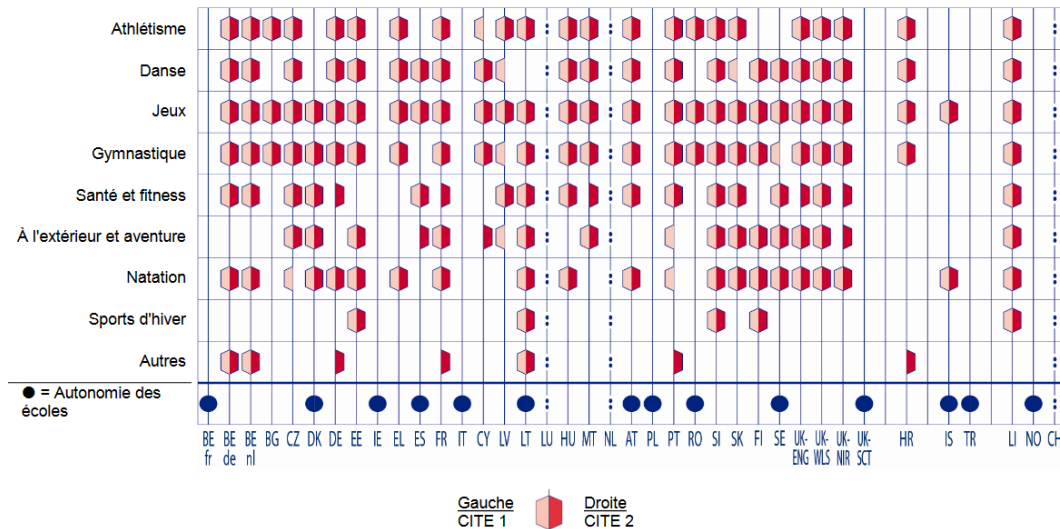
À ces coûts s'ajoute celui des personnels recrutés par les collectivités territoriales pour intervenir dans les écoles et celui de la mise à disposition des installations sportives locales.

Au titre du lien trop ténu entre le sport scolaire et le monde sportif, la Cour regrette par exemple que, si les associations chargées du sport scolaire jouent un rôle important pour initier à la compétition sportive disciplinaire, elles n'assurent pas une mission de relais vers le monde sportif.

– *une réalité de terrain différente des horaires théoriques :*

D’après la comparaison établie par Eurydice ⁽¹⁾, les activités sportives obligatoires paraissent relativement larges et complètes.

Activités obligatoires dans les programmes d’études définis au niveau central/dans les documents d’orientation dans l’enseignement primaire (CITE 1) et secondaire inférieur (CITE 2), 2011/2012.



Source : Eurydice – « L’éducation physique et le sport à l’école en Europe », Commission européenne, 2013.

Pour autant, la Cour relevait en 2019 que, dans l’enseignement primaire, *les trois heures prévues au programme ne sont ni effectuées totalement, ni contrôlées et la formation des professeurs des écoles est moins centrée sur la pratique sportive que sur la connaissance didactique.*

En ce qui concerne l’accès aux équipements sportifs, elle relevait que leur mise à disposition relevait d’« écosystèmes locaux » tenant compte des besoins de différentes populations et donc sujets à des ajustements ne correspondant pas toujours aux maquettes horaires des établissements.

Les informations que les rapporteurs ont pu recueillir lors de leurs auditions vont dans le même sens et témoignent d’un décalage entre les horaires inscrits pour l’activité physique et la réalité et ce, pour plusieurs raisons :

– en primaire, faute d’enseignants dédiés, le temps sportif peine à être systématiquement mis en œuvre : les professeurs des écoles, non formés, sont parfois peu à l’aise pour enseigner cette discipline, tandis que les intervenants spécialisés des municipalités ne peuvent pas intervenir sur tout l’horaire prévu ;

– les installations sportives ne sont pas toujours disponibles et parfois éloignées ce qui réduit d’autant le temps réel consacré au sport ;

– les activités elles-mêmes peuvent se traduire par des temps d’attente substantiels par rapport au temps actif ;

(1) Eurydice est **un réseau européen sur les systèmes éducatifs**, piloté par l’Agence exécutive éducation, audiovisuel et culture de la Commission européenne. Il associe 38 pays qui participent au programme de l’Union européenne dans le domaine de l’éducation et de la formation tout au long de la vie.

– sans disposer de données sur le sujet, il semble que les certificats de dispense soient fréquents.

– une évaluation de l'APS en décalage avec les besoins :

Dans son rapport précité, la Cour regrettait une efficacité impossible à apprécier en l'absence d'objectifs nationaux et d'évaluations certifiées.

Constatant la définition de cinq compétences correspondant à 31 activités physiques et sportives possibles, composant un ensemble de plus de 90 items dans le programme d'EPS auquel s'ajoutent des disciplines facultatives qui peuvent être présentées comme options au baccalauréat, la Cour regrettait qu'il n'existe pas de base nationale invariante d'enseignements mais une grande combinaison de choix individuels qui peuvent dépendre des équipements sportifs mis à disposition et de l'équipe enseignante ; ni d'indicateurs, sur les résultats attendus à l'exception du « Savoir nager », en cours d'évolution.

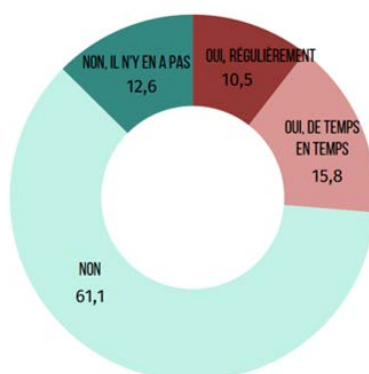
c. Une pratique sportive qui se détériore pour les adolescents et les étudiants

Selon le rapport précité de la Cour des comptes, l'engagement des élèves du second degré dans les fédérations sportives scolaires représente 29 % au collège mais seulement 16 % au lycée.

L'engagement sportif devient ensuite compliqué pour les étudiants dans la mesure où aucun créneau horaire spécifique ne lui est dédié, que des cours peuvent être programmés en soirée et que, dans ce contexte, l'accès aux infrastructures sportives est limité.

C'est ce que montrent les résultats d'une enquête conduite par l'Observatoire national de la vie étudiante en 2016 ⁽¹⁾ sur l'utilisation des installations sportives par les étudiants :

UTILISATION DES ÉQUIPEMENTS OU DES CENTRES SPORTIFS
(en %)

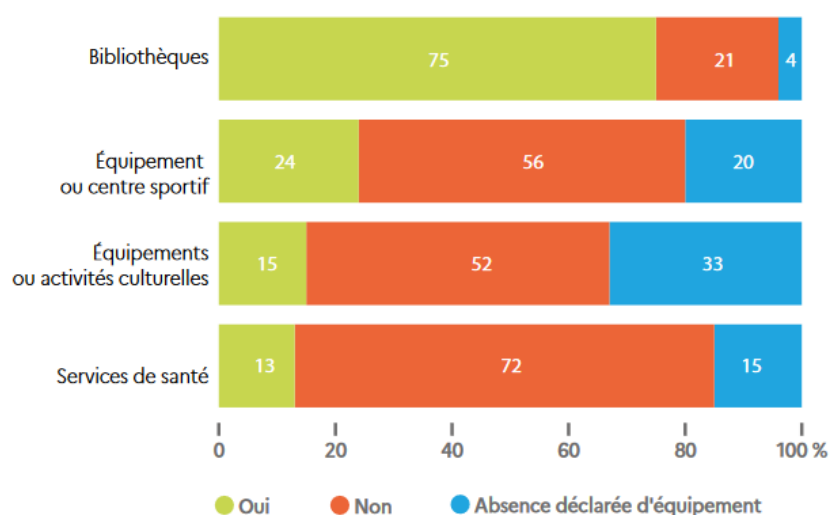


Enquête *Conditions de vie des étudiant·e·s 2016* - OVE
Champ : ensemble des étudiant·e·s (n = 46 340).

(1) Enquête nationale sur les conditions de vie des étudiant(e)s, OVE, mars 2018.

Une récente enquête nationale sur les conditions de vie des étudiants en 2020 (1) confirme ce constat et, de surcroît, met en lumière un état physique et psychique des étudiants très dégradé pendant le confinement : 36 % des étudiants se sont sentis souvent ou en permanence épuisés, 34 % des étudiants se sont sentis souvent ou en permanence très nerveux.

UTILISATION DES ÉQUIPEMENTS OU SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT



Source : OVE – Repères 2020.

La table ronde organisée par les rapporteurs sur ce sujet a confirmé les difficultés des étudiants à pratiquer une activité physique et sportive et fait émerger plusieurs priorités :

- tout d’abord celle de **l’information**, en particulier pour les étudiants de première année, à laquelle pourrait participer la mise en place d’un guichet unique du sport... comme pourrait être imaginée une structure dédiée au sport-santé ;

- ensuite celle de **l’accès aux infrastructures** qui devrait être facilité car la concurrence pour l’accès aux installations sportives locales rend difficile la mise à disposition de créneaux adaptés. En outre, la mise à disposition des installations sportives doit rester gratuite sous peine de mettre les fédérations sportives universitaires en grande difficulté ;

- des maisons sport-santé universitaires sur les campus pourraient également constituer une avancée importante ;

- enfin, plusieurs des interlocuteurs entendus par les rapporteurs ont souligné l’engouement – tous âges confondus – pour **les sports de découverte et de loisir en extérieur, porteurs de lien social**... ce qui ne correspond actuellement ni à l’offre fédérale, ni à l’offre des services universitaires chargés des activités

(1) Enquête nationale sur les conditions de vie des étudiant(e)s – Enquête complémentaire sur la vie des étudiants pendant la crise sanitaire, OVE 2020.

physiques et sportives. Compte tenu de la nécessité, pour la santé, d'encourager l'activité physique, ce type d'offre – différente du sport-performance – gagnerait à être encouragée pour tous les publics, y compris pour les étudiants.

d. Des inégalités sociales et de genre qui interpellent

La pratique d'activité physique et sportive et celle du sport-santé n'est pas uniforme selon l'origine sociale et selon le sexe, données qui devront être prises en compte pour cibler particulièrement ces populations en termes de messages et d'initiatives.

Le Report Card 2020 fait ainsi apparaître des différences substantielles de pratique d'APS entre les filles et les garçons :

50,7 % des garçons et 33,3 % des filles âgés de 6-17 ans atteignent les recommandations de 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour ⁽¹⁾ et le niveau d'activité physique diminue avec l'âge avec un déclin important au moment de la puberté. 70 % des garçons et 56 % des filles âgés de 6 à 10 ans atteignent les recommandations contre seulement 34 % des garçons et 20 % des filles de 11-14 ans et 40 % des garçons et 16 % des filles de 15-17 ans ⁽²⁾.

La pratique sportive au sein des fédérations sportives est, elle aussi, « genrée » :

ÉVOLUTION DES LICENCES UNISPORT ET MULTISPORTS EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE

Prédominance masculine plus de 80% de pratiquants masculins	Prédominance féminine plus de 80% de pratiquantes féminines	Equi-répartition entre 45 et 55% de pratiquants masculins et féminins
<ul style="list-style-type: none"> - FF de cyclisme - FF de football - FF de hockey sur glace - FF de rugby - FF de baseball et de softball - FF de cyclotourisme - FF de motocyclisme 	<ul style="list-style-type: none"> - FF d'équitation - FF des sports de glace - FF de gymnastique - FF de danse - FF de twirling bâton 	<ul style="list-style-type: none"> - FF d'athlétisme - FF de natation - FF de la montagne et de l'escalade - FF de savate, boxe française et disciplines associées - FF de sauvetage et secourisme

Source : Report Card 2020.

Les équipements sportifs publics, les espaces de jeux mais aussi les cours de récréation sont, eux aussi, dédiés à certaines pratiques sportives plutôt qu'à d'autres et il n'est pas rare, relevait un des interlocuteurs des rapporteurs, de voir

(1) Étude Esteban 2014-2016 ; Verdot et al., 2020 citée par le Report Card 2020.

(2) Ibidem.

des cours de récréation dont les garçons occupent le centre quand les filles restent sur les côtés, occupées à des activités plus calmes.

L'APS est aussi différente selon l'origine sociale, ainsi que le rappelle le Report Card 2020 : « *La pratique sportive en club était plus fréquente chez les filles et les garçons de 11–17 ans dont la personne de référence du foyer déclarait un niveau scolaire (diplôme) plus élevé par rapport à ceux avec un niveau scolaire faible (86,0 % vs 74,6 % chez les garçons, et 86,7 % vs 64,5 % chez les filles de 11-14 ans ; et 89,9 % vs 55,1 % chez les garçons et 75,1 % vs 51,2 % chez les filles de 15-17 ans selon l'étude Esteban ; Esen, 2020* ».

2. La santé scolaire : des difficultés récurrentes pour une mission fondamentale

Le présent rapport n'a pas vocation à examiner la question spécifique de l'organisation de la santé scolaire ; mais, compte tenu de l'importance décisive de l'éducation à la prévention en santé dont le cadre scolaire constitue le socle, il est évident que les acteurs de la santé scolaire doivent en être considérés comme un maillon essentiel et disposer des outils nécessaires à leur mission.

a. Un paysage réglementaire touffu qui pourrait être plus concret

La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 de refondation de l'école de la République a assigné à la santé scolaire des objectifs d'aide à la réussite scolaire et de réduction des inégalités en matière de santé, et défini un parcours éducatif de santé. Plusieurs textes ont précisé le contenu de ces démarches et les missions des personnels chargés du suivi de la santé des élèves.

L'article L. 121-4-1 du code de l'éducation définit le champ de la mission de promotion de la santé à l'école autour des thématiques suivantes :

1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;

2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;

3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;

3°bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;

4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi

que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;

5° La détection précoce des problèmes de santé physique ou psychique ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;

7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

L'éducation à la santé figure également dans les missions de l'EPS dont l'article dédié prévoit que l'éducation physique et sportive, et le sport scolaire et universitaire, contribuent à la rénovation du système éducatif, à la lutte contre l'échec scolaire, à l'éducation à la santé et à la citoyenneté, et à la réduction des inégalités sociales et culturelles. ⁽¹⁾

La santé scolaire est traitée dans le livre du code de l'éducation dédié à la vie scolaire dont l'article L. 541-1, issu de la loi de 2013, indique « *que les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale* » et que « *l'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission, assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée* ».

Selon ce même article, le parcours de santé des élèves est ainsi constitué d'actions de prévention et d'information, ainsi que des visites médicales et de dépistage obligatoires. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé.

Sont ainsi prévus par les textes :

- une visite médicale pour tous les enfants de trois à quatre ans qui doit notamment permettre de dépister les troubles staturo-pondéraux ;
- une visite au cours de la sixième année, permettant, en particulier, un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages ;
- puis des examens médicaux périodiques effectués au cours de la scolarité et un suivi sanitaire des élèves.

L'arrêté du 3 novembre 2015 précise le contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires : la visite médicale de la sixième année, par le médecin, comme la visite de dépistage de la douzième année par l'infirmier prévoient notamment un examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé.

(1) Art. L. 121-5 du code de l'éducation.

Néanmoins, **la prévention en santé ne figure pas dans l'article L. 111-2** qui présente les nombreuses finalités de la formation scolaire (cf. annexe n° 2).

Les objectifs et missions du service public de l'enseignement ne sont pas beaucoup plus diserts sur cet apprentissage fondamental (cf. annexe n° 2).

Il en est de même pour l'enseignement supérieur dont les nombreuses contributions mentionnées à l'article L. 123-2 du même code ne comprennent pas la prévention en santé (cf. annexe n° 2).

Une circulaire de novembre 2015 ⁽¹⁾ relative à la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves tire les enseignements des objectifs fixés à l'école par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. Elle précise notamment que la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves s'articule avec d'autres volets de l'action gouvernementale, en particulier la Stratégie nationale de santé.

La circulaire prévoit une gouvernance et un pilotage de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves, exclusivement de la compétence du ministre chargé de l'éducation nationale :

– à l'échelon académique, le recteur définit ses priorités à partir de la réalisation d'un diagnostic et se dote d'indicateurs de suivi, en s'appuyant sur une cellule réunissant, notamment, le médecin conseiller technique en charge des élèves, les conseillers techniques infirmiers, de service social et aides-soignants hospitaliers – ASH...). Dans ce cadre sont conduits des partenariats institutionnels, notamment avec les agences régionales de santé (ARS) et avec les directions régionales de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale ainsi qu'avec les collectivités territoriales et les partenaires associatifs ;

– à l'échelon départemental, un comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) constitue le dispositif opérationnel d'impulsion et d'animation en direction des établissements d'enseignement ;

– à l'échelon local, cette politique est déclinée par le projet d'école et le projet d'établissement.

L'activité des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté définissent, à chaque niveau (académique, départemental, local – inter ou intra-établissements), les grands axes des actions portées au titre de l'éducation à la santé et à la citoyenneté. Leurs organisation et missions sont définies par la circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016 relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté,

(1) Circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015.

Les quatre missions des CESC sont définies à l'article R. 421-47 du code de l'éducation : contribuer à l'éducation à la citoyenneté, préparer le plan de prévention de la violence, proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion, définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité, et de prévention des comportements à risques.

En 2020, la DGESCO a mené une enquête sur le déploiement des CESC en 2018-2019 :

– 77 % des académies répondantes (soit 19 académies sur 25), 80 % des directions des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) répondantes (soit 72 sur 90 DSDEN) et l'ensemble des établissements publics locaux d'enseignement (EPL) répondant à l'enquête (4 962 établissements) ont mis en place un CESC.

– La fréquence des réunions s'établit entre une à trois fois par an pour 84 % des comités académiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CAESC), 78 % des comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) et 88 % des EPLE.

– 71,2 % des EPLE répondants ont au moins un représentant des parents qui est membre du CESC et 70 % d'entre eux ont pour membres des élèves.

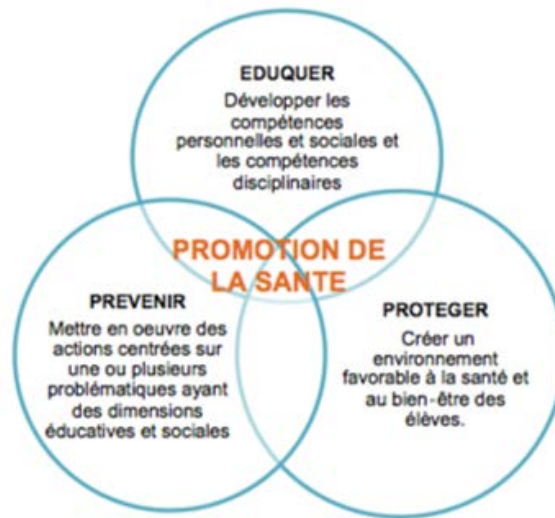
Le niveau de déploiement des CESC interdegrés et interétablissements est faible. Moins de 10 % des EPLE déclarent avoir constitué un CESC interdegrés ou interétablissements or cela apparaît être un niveau pertinent pour porter des projets soutenus par les ARS.

– Les projets mis en place portent plus particulièrement sur (par ordre décroissant) : l'éducation à la sexualité, la lutte contre le harcèlement, la prévention des conduites addictives, l'éducation au développement durable, mais aussi la lutte contre les discriminations. Entre 64 % et 89 % des actions impulsées par ces comités concernent ces thématiques (à l'exception de l'éducation au développement durable pour les CDESC, seuls respectivement 29 % s'en emparent).

Durant leurs auditions, il a été indiqué aux rapporteurs que, moins que cette instance qui définit des actions à réaliser contre les risques ou l'amélioration du climat scolaire, les établissements avaient besoin de professionnels pour piloter des projets aux objectifs définis.

Le parcours éducatif de santé (PES) créé par la loi dite « refondation » de 2013 a, quant à lui, été formalisé par la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 et un guide d'accompagnement pour le parcours éducatif de santé – qui aurait sans doute gagné à être plus concret – est proposé sur le site Eduscol dédié aux équipes pédagogiques et éducatives.

IMBRICATION DES TROIS COMPOSANTES DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ŒUVRE DANS LE PES



La démarche d'école promotrice de santé (issue du *vademecum* correspondant disponible sur Eduscol... et qui, lui aussi, gagnerait à être plus concret)

L'école promotrice de santé a pour enjeu de valoriser les actions et projets déjà mis en œuvre dans le cadre du parcours éducatif de santé et de les articuler avec d'autres approches telles que le climat scolaire en les inscrivant dans le projet d'école ou d'établissement.

Cette approche vise à :

- Améliorer les conditions de vie quotidienne au sein d'une école ou d'un établissement scolaire, en portant une attention particulière aux espaces de vie ;
- Porter une attention particulière aux relations interpersonnelles et sociales ;
- Soutenir les valeurs fondamentales de la démarche école promotrice de santé, dont l'équité, l'inclusion, la non-discrimination et la justice sociale ;
- Contribuer à la réussite et faciliter les apprentissages ;
- Intégrer la santé dans les activités courantes de l'école, dans le cursus scolaire et dans les critères d'évaluation des projets pédagogiques et des actions éducatives en faveur de la santé ;
- Promouvoir la participation des élèves ;
- Impliquer l'élève dans les projets et actions de l'école promotrice de santé, le rendre acteur et responsable en favorisant sa réflexion face aux enjeux de la santé individuelle, collective et environnementale.

Parmi les leviers identifiés afin de soutenir cette démarche :

- Constituer une équipe projet et assurer sa visibilité au sein de l'établissement ;
- Établir un diagnostic concerté avec l'équipe projet et avec les partenaires de l'école afin de dresser clairement les priorités de santé à poursuivre et les déterminants de santé à privilégier ;
- Réaliser un état des lieux des actions et des dispositifs conduits en matière de santé ;
- Donner de la lisibilité pour que chacun puisse se saisir des actions et des projets déjà en cours en matière de promotion de la santé ;
- Expliciter la politique de l'établissement ou le projet d'école en matière de promotion de la santé à l'ensemble de la communauté éducative ;
- Favoriser le travail collaboratif pour mettre en œuvre et coordonner des actions de promotion de la santé telles que les programmes de renforcement des compétences psychosociales ;
- Associer et mobiliser les parents d'élèves et les élèves dans les instances au sein desquelles ils sont représentés ;
- Accompagner et former les équipes.

Cette démarche s'appuie, en particulier, sur des élèves ambassadeurs-santé (de 2 à 4 élèves volontaires par niveau de classe) qui transmettent à leurs camarades des messages de prévention par un processus de communication interpersonnelle.

Dans le second degré, par exemple, les élèves ambassadeurs participent au CESC ; peuvent se voir attribuer plusieurs actions et missions décidées en concertation avec la communauté éducative et les pairs ; peuvent participer à la réalisation du diagnostic, première étape accomplie en CESC pour engager une démarche d'école promotrice de santé par exemple à l'aide de questionnaires auprès de leurs camarades ; peuvent proposer des thèmes ou actions de promotion de la santé ; sensibiliser leurs camarades sur des messages simples de prévention (risques du tabac, intérêts d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique ou sportive, etc.) ; contribuer à la réflexion sur les espaces scolaires en vue d'améliorer le bien-être des élèves.

Paradoxalement, n'apparaît pas dans cette démarche le respect de besoins fondamentaux des élèves, dont celui de bouger, tout comme les rythmes biologiques... ne sont pas respectés, alors qu'ils constituent des enjeux essentiels en termes de santé.

b. Des médecins et infirmiers de l'éducation nationale aux missions très larges :

➤ Une longue et dense circulaire n° 2015-118 du 10 novembre 2015 précise **les nombreuses missions des médecins de l'éducation nationale.**

– *Au titre du suivi individualisé des élèves*, le médecin de l'éducation nationale réalise les visites médicales (bilan de la sixième année, visite médicale préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés), accompagne les élèves aux besoins éducatifs particuliers (enfants et adolescents atteints de

troubles de la santé, élèves en situation de handicap, élèves présentant des troubles des apprentissages).

Le médecin de l'éducation nationale apporte si nécessaire son analyse spécifique lors du bilan de la douzième année, réalise des examens à la demande et participe également à la protection de l'enfance.

– ***Au titre de la promotion de la santé***, le médecin de l'éducation nationale participe au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), concourt à la construction du parcours éducatif de santé des élèves à travers des actions de prévention individuelle et collective.

Dans ce cadre, l'éducation à la santé vise à rendre l'élève autonome, responsable et lui-même acteur de prévention.

Le médecin apporte également son concours à tout ce qui peut améliorer la qualité de vie des élèves (climat scolaire, locaux scolaires...).

Il contribue aussi à la formation des personnels, réalise le recueil des données chiffrées relatives aux indicateurs de santé de la population scolaire de son secteur d'intervention et participe aux études épidémiologiques réalisées en lien avec les autorités de santé afin d'améliorer de façon régulière les connaissances relatives à l'état de santé des jeunes en milieu scolaire.

L'action des médecins de l'éducation nationale est animée, coordonnée et suivie par les médecins conseillers techniques auprès des inspecteurs d'académie-directeurs académiques et les médecins conseillers techniques auprès des recteurs d'académie.

On notera que la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance charge les professionnels de santé de l'éducation nationale des visites médicales de la 4^{ème} année de l'enfant lorsque les services de la protection maternelle et infantile (PMI) n'ont pas pu les réaliser.

➤ Les missions des infirmiers de l'éducation nationale ont elles aussi été redéfinies par une circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015 ; elles s'articulent principalement autour du suivi individualisé des élèves et d'actions de promotion de la santé.

– ***Au titre du suivi individualisé des élèves***, l'infirmier(ère) accueille tout élève ou étudiant qui le (la) sollicite pour quelque motif que ce soit dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité, assure un suivi et un accompagnement individuels (...) et veille à assurer leur information sur leur capital santé.

L'infirmier(ère) met aussi en place des consultations individuelles en éducation à la santé (sexualité, addictions...), réalise les dépistages obligatoires prévus à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ; et organise, si besoin, une

consultation et le suivi de l'état de santé des élèves en complément des visites médicales et de dépistage obligatoires.

L'infirmier(ère) assure aussi le suivi, l'accompagnement et les dépistages de sa compétence chez les élèves qui lui sont signalés, en relation avec les autres partenaires de l'équipe éducative, ainsi que des élèves ayant des problèmes de santé complexes, chroniques, des besoins particuliers ou ayant besoin de protection.

– ***Au titre de la promotion de la santé***, la circulaire précise que « *la promotion de la santé fait partie du champ professionnel de l'infirmier(e) et vise la mise en place de conditions favorables à la santé et au bien-être des élèves afin de favoriser la réussite scolaire* ».

Dans le cadre de l'organisation du parcours éducatif de santé, l'infirmier(ère) participe également à la conception, au développement d'actions d'éducation à la santé (conception, animation et évaluation des séquences d'éducation à la santé, en liaison avec les enseignants ; conseils et informations des élèves lors des passages à l'infirmerie).

Il participe à l'élaboration du volet santé du projet d'établissement ou d'école, contribue à la formation de l'ensemble des personnels de l'éducation nationale.

Il recueille et exploite des données pour dégager les besoins spécifiques de la population de l'établissement, proposer un projet d'actions d'éducation à la santé collective et cibler les formations nécessaires.

L'action des infirmiers(ères) est complétée, coordonnée et suivie par l'infirmier(ère) conseiller(ère) technique responsable départemental(e) et l'infirmier(ère) conseiller(ère) technique du recteur d'académie.

c. Une mise en œuvre parcellaire compte tenu du manque de moyens et d'outils de la santé scolaire

– Une pénurie récurrente de médecins scolaires

Récemment sollicitée par la commission des finances de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes s'est penchée sur la situation des médecins et personnels de santé scolaire : « *Bien qu'il constitue une condition essentielle de la réussite de la politique éducative et une contribution importante à la politique de santé publique, rappelle la Cour, le dispositif de santé scolaire connaît des difficultés endémiques sur lesquelles l'attention des pouvoirs publics est régulièrement appelée. Une réorganisation complète, assortie d'une révision des méthodes de travail, s'avère indispensable* ».

La communication de la Cour des comptes ⁽¹⁾ dresse un état des lieux des effectifs des personnels de la santé scolaire, lesquels doivent être mis en regard des nombreuses missions que leur assignent les circulaires de 2015.

Ainsi, les personnels infirmiers représentent près de 8 000 équivalents temps plein (ETP) avec un taux d'encadrement de 1 300 élèves par infirmier(ère) fin 2018.

Les médecins sont moins de 1 000 ETP, soit en moyenne un médecin pour 12 572 élèves en 2018 (1^{er} et 2nd degrés du public et du privé). Un tiers des postes (contractuels compris) étaient vacants en 2018 et, pour les seuls titulaires, le taux d'occupation des postes s'élevait seulement à 57 %.

La Cour constate qu'entre 2013 et 2018, le taux moyen de réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année de l'enfant a chuté de 26 à 18 % tandis que le bilan infirmier de la 12^{ème} année n'est réalisé que pour 62 % des élèves.

Après avoir regretté des failles dans l'organisation de la santé scolaire, l'absence de portage commun par les professionnels de santé scolaire des priorités définies de santé publique pour les enfants et un défaut de pilotage, elle indique notamment que, *« pour réaliser leurs objectifs, les services de santé scolaire doivent développer une contractualisation systématique avec leurs partenaires : agences régionales de santé (ARS) et leurs délégations départementales, assurance maladie, collectivités territoriales, associations de prévention. En l'état actuel de la démographie médicale, il est illusoire de penser que les objectifs nationaux de dépistages peuvent être atteints sans la construction de tels liens. Ainsi une articulation accrue des dépistages obligatoires de la 6^{ème} année de l'enfant avec les dépistages déjà réalisés par la médecine de ville ou hospitalière, pris en charge par l'assurance maladie et retracés dans le carnet de santé de l'enfant, est indispensable. Cette articulation permettrait de mieux utiliser le résultat des suivis médicaux déjà réalisés hors l'école »*.

Lors de leurs auditions des professionnels concernés, il a été souligné que les vacances de médecins ne leur permettaient pas de venir à bout de leurs missions individuelles et collectives et notamment de réaliser tous les bilans des 6 ans. Il a été relevé que les visites médicales pour travaux réglementés des CAP, et bac pro, industriel, pour lesquelles l'avis d'aptitude est constaté dans 90 % des cas, mobilise un temps très conséquent, en particulier au premier trimestre. Par ailleurs, les plans d'accompagnement personnalisé (PAP) pour troubles durables des apprentissages sont aussi très mobilisateurs ; autant de situations qui pénalisent les actions collectives de prévention.

Dans ce contexte, il est clair que les missions de prévention prévues par les textes ne peuvent être réalisées.

(1) « Les médecins et les personnels de santé scolaire » – Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.

En réponse aux rapporteurs, la DGESCO estime qu'il pourrait être possible de recruter davantage de médecins scolaires sous réserve d'une meilleure attractivité en termes de visibilité (en communiquant mieux sur cette profession) et de rémunération. Elle a également indiqué que, dans le cadre du Grenelle de l'éducation, une revalorisation indemnitaire était envisagée et un groupe de travail prévu par la direction générale des ressources humaines. La possibilité d'un statut interministériel de médecins de santé publique et de promotion de la santé pourrait également constituer une piste intéressante.

– Une éducation à la santé reléguée au second rang

Dans ce contexte, la Cour des comptes constate la relégation au second rang de la mission d'éducation à la santé définie par la loi de 2016 sur la modernisation du système de santé. Elle met également en lumière deux difficultés saillantes : la qualité des actions fait rarement l'objet d'une évaluation externe tandis que le soutien des ARS à l'éducation à la santé passe par des procédures sélectives, comme des appels à projets, dont ne bénéficie, par construction, qu'un nombre restreint d'établissements ou d'écoles.

La méthode d'appel à projets pose en effet la question d'une mise en œuvre des démarches de prévention dans les seuls établissements les plus motivés ou les plus en mesure d'y répondre.

Sur ce point, la DGESCO estime que cette méthode permet une mobilisation des acteurs puis un processus de conviction entre pairs, ce qui est le moyen le plus porteur pour développer un processus structurant.

– Des outils inadaptés pour le suivi des élèves et de l'activité des personnels de santé

Parmi les difficultés rencontrées, la Cour des comptes comme les interlocuteurs des rapporteurs ont pointé l'inadaptation des systèmes d'information dédiés.

La Cour des comptes relève ainsi :

« Aux difficultés de fonctionnement rencontrées par ces personnels s'ajoutent des problèmes cruciaux liés à l'usage des logiciels professionnels et des systèmes d'information pour la transmission de leurs données d'activité, qui sont différents par métiers de la santé scolaire. Les médecins scolaires doivent utiliser l'application ESCULAPE (...) les infirmiers doivent utiliser le logiciel SAGESSE actuellement obsolète et ne pouvant être utilisé sur tous les ordinateurs. Certaines académies développent de ce fait des applications spécifiques, en lien notamment avec les ARS, créant parfois pour les infirmiers des problèmes de double saisie et de perte de temps (...) Aussi aucun logiciel ou application ne permet à tous les professionnels concernés de connaître la situation et les actions déjà réalisées pour chaque enfant ».

Les remarques des professionnels rencontrés par les rapporteurs vont dans le même sens à savoir, par exemple, que l'application « *ESCUAPE* n'est satisfaisante ni pour la saisie des données de santé, ni pour l'extraction de statistiques ; elle ne permet pas le suivi des élèves et n'est en relation ni avec le dossier médical partagé (DMP), ni avec les dossiers numérisés de la PMI ».

Ces difficultés vont de pair avec le caractère réducteur des indicateurs de performance de l'objectif « Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie » figurant dans le programme 230 « Vie de l'élève » celui concernant le suivi de la santé des élèves se limite à la mesure des bilans de santé de la 6^{ème} année des élèves de REP+ et de REP, ce qui a conduit la Cour des comptes à recommander, dans sa note d'analyse de l'exécution budgétaire 2018, de « *remplacer l'intitulé de l'indicateur 2.1 du programme 230 par "proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur sixième année"* ».

Il pourrait aussi être envisagé de compléter ces indicateurs *a minima* par celui du taux de réalisation du dépistage infirmier de la 12^{ème} année et mieux faire apparaître la complétude de l'activité des personnels médecins et infirmiers.

Qu'il s'agisse d'organisation ou de moyens, la Cour des comptes, à la suite des constats alarmants de sa communication d'avril 2020, a formulé plusieurs recommandations :

Les recommandations de la Cour des comptes sur la santé scolaire – avril 2020

Unifier le service de médecine scolaire et revoir les méthodes de travail

1. Dans les directions départementales des services de l'éducation nationale, regrouper au sein d'un service de santé scolaire les médecins, les personnels infirmiers et d'assistance sociale, et les psychologues de l'éducation nationale. Créer un service de pilotage dans les rectorats, sous la direction d'un inspecteur d'académie ;
2. Créer des comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) de bassin et supprimer le caractère obligatoire des CESC d'établissement ;
3. Dans le cadre de la réorganisation souhaitée par la Cour, revaloriser la rémunération des médecins de l'éducation nationale ;
4. Transférer la charge budgétaire des psychologues de l'éducation nationale, inscrite aux programmes 140 et 141, vers le programme 230 « Vie de l'élève » ;
5. Développer et déployer dans les meilleurs délais les applications métier de la santé scolaire et de DIAPASON ;
6. Revoir le partage des tâches entre médecins de l'éducation nationale et personnels infirmiers, notamment pour les visites médicales de la 6^{ème} année de l'enfant et des élèves mineurs des filières de l'enseignement professionnel ;
7. Doter le ministère d'un conseil de la santé scolaire, publier un rapport annuel sur la santé scolaire.

Mobiliser les partenariats

8. Articuler les dépistages obligatoires de la 6^{ème} année de l'enfant avec les dépistages réalisés par la médecine de ville ou hospitalière retracés dans le carnet de santé de l'enfant et à l'avenir dans son dossier médical partagé (DMP) ;
9. Engager une concertation avec les collectivités territoriales pour la rénovation des centres médico-scolaires, et les doter d'un socle de moyens en personnels de secrétariat ;
10. Contractualiser au niveau académique avec les institutions partenaires (collectivités territoriales, ARS, assurance maladie), et les modes de collaboration avec les services de santé scolaire.

Quelles que soient les solutions retenues, il est indispensable et urgent, dans le contexte de crise sanitaire que nous venons de traverser, de renforcer la médecine scolaire et de donner un caractère prioritaire aux démarches de prévention.

d. Des projets locaux exemplaires

À la suite du comité interministériel de la santé de mars 2018, le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports (MENJS) a mis en avant des mesures pour une école promotrice de santé destinées à développer, fédérer et mieux articuler des projets existants :

– *généraliser dans tous les établissements les programmes de développement de la promotion de la santé du type : « Aller bien pour mieux apprendre (ABMA) », incluant le développement des compétences psychosociales, en associant l'ensemble de la communauté éducative et les parents ;*

– *généraliser dans l'ensemble des écoles et établissements secondaires les « ambassadeurs élèves » de prévention dont le rôle est de partager des messages de prévention auprès des autres élèves. L'ambassadeur aura à sa disposition une mallette pédagogique regroupant différentes interventions de prévention (notamment tabac, alcool, nutrition, activité physique, environnement) ;*

– *mettre à disposition des familles des ressources leur permettant d'assurer à leurs enfants une meilleure prévention en matière de santé : ces outils seront intégrés dans la « mallette des parents », entièrement revue pour la rentrée scolaire 2018 ;*

– *favoriser les partenariats entre chaque collège et lycée et une consultation jeunes consommateurs (CJC) référente située à proximité afin de systématiser les échanges et les liens entre l'équipe de la CJC et l'équipe éducative.*

De nombreuses initiatives au titre de l'école promotrice de santé (répertoriées par SPF) et la réussite de projets locaux présentés aux rapporteurs lors de leurs auditions, constituent des pistes prometteuses pour faire avancer la prévention en santé à l'école :

« Aller bien pour mieux apprendre » : le dispositif ABMA

Le dispositif ABMA dont l'objet est d'implanter une démarche de promotion de la santé au sein d'un établissement scolaire, a été expérimenté dans l'académie de Lyon avec Santé publique France dès 2012 avec 7 établissements pilotes ; en 2017, 47 établissements étaient dans le dispositif.

Le dispositif consiste à implanter une démarche globale de promotion de la santé et de bien-être au sein d'un établissement scolaire, au profit des élèves mais aussi du personnel (ensemble de la communauté éducative) sous forme d'interventions concernant : la gestion du temps scolaire, la gestion des espaces et des lieux, les relations interpersonnelles, la communication, le développement des compétences sociales et personnelles, le partenariat. Concrètement, il s'agit d'actions liées à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement, d'interventions à visée éducative ou d'activités d'information.

Le programme « Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (ICAPS)

Ce programme vise à prévenir le surpoids, augmenter la pratique régulière d'activité physique chez les enfants et les jeunes de 1 heure par semaine.

Ce programme, dont l'objet est de prévenir le surpoids, augmenter la pratique régulière d'activité physique chez les jeunes, a été mené dans 15 sites pilotes sélectionnés par appels à projets et soutenus financièrement et méthodologiquement par Santé publique France.

Il a permis d'informer plus de 13 000 jeunes et autant de parents sur la pratique d'activité physique ; amenant près de la moitié d'entre eux à pratiquer 1 heure d'activité physique supplémentaire par semaine ; près de 400 professionnels ont suivi une formation et 81 chartes et conventions de partenariat ont été signées.

Dans le cadre du développement de ce programme, Santé publique France propose un *massive open online course* (MOOC) pour mieux connaître la démarche ICAPS et/ou mettre en place un projet de promotion de l'activité physique pour les jeunes.

D'après les informations transmises par la DGESCO, le déploiement de ce programme est en cours et un premier bilan en sera effectué à la fin 2021.

Une étude sur l'efficacité du programme ICAPS, présentée lors des journées d'études de Santé publique France en mai 2018 ⁽¹⁾ a fait apparaître des effets bénéfiques et durables :

- sur les comportements et le poids avec une augmentation de l'activité physique encadrée (+ 54 min/sem), une diminution du temps passé devant la télévision (– 20 min/jour) et une limitation de la prise de poids et prévention du surpoids ;

(1) « Augmenter l'activité physique des adolescents : le projet ICAPS de la recherche au terrain » – Florence Rostan Unité alimentation activité physique – Direction de la prévention promotion de la santé – Les Rencontres de Santé publique France, 29 mai 2018 – <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2018/06/ROSTAN.pdf>

– deux ans après, les élèves font plus d’activité pendant les loisirs et le quotidien (+ 46 min/sem), regardent moins la télévision (– 34 min/jour) et sont moins souvent en surpoids.

Les effets sont plus marqués chez les jeunes des milieux les moins favorisés.

B. DES INITIATIVES RÉCENTES ET LA DYNAMIQUE DES JO 2024 : ANCRER L’ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE DANS LE SOCLE DES APPRENTISSAGES

La perspective des Jeux olympiques et paralympiques Paris 2024, mais aussi la crise sanitaire, ont été l’occasion d’engager ou de développer des initiatives fédératrices pour encourager la pratique d’activités physiques et sportives des élèves. Il y a en effet urgence à ancrer l’activité physique et sportive dans le socle des apprentissages mais aussi à favoriser des pratiques ludiques pour qu’elles soient durables et donc promotrices de santé.

1. Des apprentissages fondamentaux en cours de développement : pour savoir rouler à vélo et savoir nager

Deux plans portant sur des apprentissages prioritaires sont développés depuis 2019 et figurent au programme « Héritage » des JO 2024 : il s’agit de savoir rouler sur un vélo et de savoir nager.

– *Le programme « Aisance aquatique »*

L’enseignement de la natation a été défini par une circulaire du 22 août 2017 ⁽¹⁾ qui en prévoit les conditions dans le premier et second degré avec notamment les tests permettant la délivrance d’un certificat d’aisance aquatique en CP, CE1, CE2 ⁽²⁾ et de l’attestation « Savoir nager » en CM1, CM2 ou 6^{ème}.

Pour lutter contre les noyades et renforcer l’accès à la natation, un plan « Aisance aquatique » a été engagé en 2019 autour de 3 axes :

- sensibiliser le public notamment par une campagne de prévention ;
- développer les apprentissages de la natation par l’enseignement et un soutien aux équipements ;
- faciliter l’accès au métier de maître-nageur sauveteur (MNS).

Porté par le ministère de l’éducation nationale, de la jeunesse et des sports (MENJS), ce plan a d’abord fait l’objet d’une expérimentation dans le cadre

(1) Circulaire n° 2017-127 du 22 août 2017.

(2) Le test « Aisance aquatique » permet de s’assurer que l’élève peut sauter dans l’eau, flotter sur le dos pendant 5 secondes, nager sur 20 m, passer sous un objet flottant. Cet apprentissage constitue la première étape d’un continuum d’acquisitions.

d'appels à projets lancés par l'Agence nationale du sport (ANS) qui ont permis de financer la formation de 760 intervenants ou formateurs de formateurs et des « classes bleues » pour les enfants de 4 à 6 ans « sous forme de stage » avec 8 séances dans l'eau, réparties sur 1 ou 2 semaines. L'objectif est d'avoir formé 90 000 enfants d'ici 2022 et 450 000 en 2024.

En 2019 et 2020, 18 000 enfants étaient concernés, ce qui, nonobstant la fermeture des piscines pendant l'essentiel de l'année écoulée, demeure une faible proportion des élèves.

Dans la continuité de ce dispositif, une circulaire doit être publiée avant l'été par le MENJS portant sur une attestation unique du « Savoir nager sécuritaire ».

– *Le programme « Savoir rouler à vélo »*

Lancé en avril 2019, ce programme, destiné aux enfants de 6 à 11 ans, est piloté par le ministère des sports, en lien avec les ministères concernés. Il consiste en une formation de 10 heures sur le temps scolaire, périscolaire ou extrascolaire, réparties en 3 étapes, et encadrées par des professionnels :

- 1– Savoir pédaler = maîtriser les fondamentaux du vélo
- 2– Savoir circuler = découvrir la mobilité à vélo en milieu sécurisé
- 3– Savoir rouler à vélo = circuler en autonomie sur la voie publique

L'objectif d'ici fin 2022 est d'avoir délivré 200 000 attestations « Savoir rouler à vélo ». Les données disponibles – incomplètes – font état de près de 1 000 interventions réalisées sur le temps scolaire et 18 335 attestations délivrées au 31 mars 2021, dont 35 % par l'USEP.

L'ensemble du Plan vélo, dont relève ce dispositif, a pour objectif de faire passer la part de déplacement à vélo des Français de 2,7 % à 9 % en 2024.

La crise sanitaire explique sans doute ce bilan encore modeste à ce stade, mais la presque vingtaine de partenariats conclus ou prévus dans ce cadre ⁽¹⁾ laisse espérer un déploiement plus important à l'avenir. Cette démarche, pour laquelle aucun crédit budgétaire spécifique n'est prévu ⁽²⁾, doit être soutenue vigoureusement car, au-delà des apprentissages, elle permet d'envisager davantage

(1) 14 partenariats conclus : association Prévention MAIF ; association Prévention routière ; Délégation à la sécurité routière ; Fédération française de cyclisme (FFC) ; Fédération française de triathlon (FFTRI) ; Fédération française des usagers de la bicyclette (FUB) ; FFvélo ; MGEN ; Mon vélo est une vie ; Moniteur cycliste français (MCF) ; Union française des œuvres laïques d'éducation physique (UFOLEP) ; Union sport & cycle ; Union sportive de l'enseignement du premier degré (USEP) ; Union nationale du sport scolaire (UNSS).

4 partenariats prochainement conclus : ASPTT ; Fédération française du sport adapté ; Union générale sportive de l'enseignement libre (UGSEL) ; Amaury Sport Organisation (ASO) dans le cadre du Tour de France.

(2) Ce programme repose sur des financements indirects par le biais des plans sportifs fédéraux via l'Agence nationale du sport et un financement de 21 M€ dans le cadre du dispositif CEE (taxe dédiée).

de déplacements actifs, notamment pour se rendre à l'école, ouvrant ainsi la voie à une pratique durable, facteur de prévention en santé.

Comme le « Savoir nager », le « Savoir rouler à vélo » doit faire partie du socle des savoirs fondamentaux et être acquis pour tous les enfants avant la 6^{ème}, en mobilisant prioritairement pour eux, les créneaux disponibles dans les piscines.

2. Une place à sanctuariser pour l'activité physique et sportive dans le temps scolaire : des initiatives positives à développer

Pour ancrer durablement la pratique d'activité physique et sportive, il est important de lui donner une place importante dans le cadre scolaire. Plusieurs initiatives porteuses pourraient être développées.

Le « Plan mercredi »

Lancé à la rentrée 2018, le « Plan mercredi » soutient le développement d'activités de loisirs – parmi lesquelles des activités physiques et sportives – avec le concours des collectivités territoriales, des associations, des clubs sportifs...

Ce dispositif est notamment financé par les collectivités territoriales, les caisses d'allocations familiales (CAF), l'État et des associations concernées.

Selon les informations transmises par le ministère, 2 570 « Plans mercredi » ont été signés entre 2018 et 2020 représentant 9 000 accueils périscolaires. À ce jour, 5 044 communes, soit 25 % des communes disposant d'une école publique, sont signataires d'un « Plan mercredi ». La DGESCO estime que la moitié des enfants inscrits dans un accueil de loisirs du mercredi le sont dans une structure labellisée « Plan mercredi », soit 10 % des élèves du premier degré public – 500 000 –, ce qui reste modeste d'autant que ce dispositif souffre d'une grande disparité territoriale : 9 des 10 villes les plus peuplées de France en sont dotées tandis que les communes rurales, les collectivités d'outre-mer et la Corse restent bien moins pourvues.

La direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative travaille à une stratégie de relance de ce dispositif.

L'expérimentation « Cours le matin, sport l'après-midi »

Ce dispositif constitue la première des 170 mesures du plan « Héritage » des JO Paris 2024. En mai 2019, un appel à projets « Cours le matin, sport l'après-midi » a été lancé par le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, avec notamment pour objectifs de *participer à une école ambassadrice de santé et d'assurer un développement harmonieux des élèves sur les plans physiologique et psychologique*.

Selon les informations transmises par la DGESCO :

– 27 collèges soit 159 classes étaient engagées dans le dispositif à la rentrée 2019 (56 classes de 6^{ème}/42 classes de 5^{ème}/37 classes de 4^{ème}/24 classes de 3^{ème}) dont un tiers relève de l'académie de Lille. Dans la majorité des cas, des cours d'EPS sont programmés l'après-midi *via* des partenariats avec des clubs sportifs locaux ;

– 91 écoles du premier degré, soit 250 classes représentant plus de 5 000 élèves de CM1 et CM2, étaient engagées dans ce dispositif dont un quart des classes relève de l'académie de Bordeaux. Les cours d'EPS sont programmés les après-midis avec le concours de l'USEP et de clubs locaux.

Au total, seuls 9 000 élèves du premier et du second degré sont concernés par l'expérimentation « Cours le matin, sport l'après-midi ».

La crise sanitaire n'a pas permis de relancer le dispositif à la rentrée 2020 mais il est clair que ce type d'initiative doit être encouragé et développé, *a fortiori* après des mois où les jeunes, confinés puis privés d'activités sportives, ont vu leur santé physique et psychologique se détériorer.

Le sport dans les cités éducatives

Le programme des cités éducatives, co-piloté par l'Agence nationale de cohésion des territoires (ANCT) et le MENJS, est déployé depuis un an sur 80 territoires prioritaires (quartiers prioritaires de la politique de la ville, réseau d'éducation prioritaire) et sélectionnés sur appel à projets en 2019. 40 nouveaux territoires sont en cours de sélection pour rejoindre ce dispositif mis en œuvre sur 3 ans, de 2020 à 2022.

L'objectif est de faire découvrir aux jeunes les filières de formation et le monde du travail, favoriser la maîtrise de la langue, aider à l'insertion professionnelle, développer les mobilités et les rencontres, participer à la société numérique de demain.

Des « groupes pilotes » appuient les acteurs de cités éducatives sur des thématiques prioritaires ; ainsi, l'ANCT, la DGESCO et la direction des sports ont mis en place un « groupe pilote » sport à la rentrée de septembre 2020, des conventions de partenariat ont été signées par les fédérations USEP et l'Union française des œuvres laïques d'éducation physique (UFOLEP) pour animer ce groupe de pilotage au niveau national ; 32 fédérations sportives engagées dans le cadre des conventions sport-éducation et les acteurs socio-sportifs participent au dispositif.

Parmi les objectifs de cette démarche figure celui de donner des repères et des habitudes de pratique sportive dès le plus jeune âge dans un objectif de bien-être et de santé.

Parmi les 80 cités éducatives existantes, 20 ont un projet sportif abouti, une vingtaine d'autres envisagent d'amplifier la place du sport dans leurs actions. À terme, 100 % des cités éducatives devraient inclure des activités sportives.

L'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) est chargé de l'évaluation de l'impact du dispositif et d'identifier les points à améliorer.

Le développement d'un concept équivalent à destination des territoires ruraux est en cours avec le dispositif « Territoires éducatifs ruraux » (TER) en cours d'expérimentation qui a pour objet de placer les écoles au cœur d'un réseau et prévoit des partenariats, notamment sportifs.

Si l'on peut penser que les zones rurales sont par définition plus propices à la pratique d'APS, celle-ci a besoin d'installations et d'encadrement pour être pérenne ; il est donc particulièrement important de soutenir les initiatives en faveur du sport dans ces territoires.

3. L'effet accélérateur des JO : des initiatives ponctuelles porteuses et des dispositifs à ancrer dans le long terme

La préparation des Jeux olympiques et paralympiques Paris 2024 est notamment constituée d'un programme d'impulsion « Construire l'héritage des Jeux » particulièrement porteur dans le contexte d'urgence à promouvoir le sport dans le cadre scolaire.

Mme Marie Barsacq, directrice « Impact et Héritage » de Paris 2024, a eu l'occasion de le dire devant la mission : « *la promotion de modes de vie actifs sera le premier objectif de l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024* ».

Ce programme s'articule autour de 4 objectifs phares :

- l'éducation en favorisant l'APS lors du parcours scolaire ;
- la formation en valorisant la place du sport dans le premier cycle en accompagnant la formation des professeurs des écoles ;
- la culture par la promotion des valeurs de l'olympisme ;
- la santé notamment par le suivi des progrès des élèves et des actions en faveurs des élèves en situation de handicap.

Parmi les actions recensées dans le cadre de ce plan ⁽¹⁾ :

- le déploiement du plan « Aisance aquatique » ;

(1) https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_aux_jeux_olympiques_et_paralympiques_-_04.11.2019.pdf

- l’accroissement de l’offre sportive à l’école ;
- le lancement d’une campagne de communication pour promouvoir l’activité physique et sportive ;
- l’amélioration de l’offre sportive destinée aux personnes en situation de handicap ;
- le développement de l’activité physique adaptée ;
- la promotion du sport en entreprise.

On y ajoutera le « Plan vélo » qui est mentionné au titre de l’accélération de la transition écologique.

Figure aussi dans ce plan la construction d’infrastructures sportives.

Directement concernée par la préparation des Jeux et engagée de longue date en faveur du sport de haut niveau, l’académie de Créteil est au cœur du pilotage des actions – ponctuelles ou pérennes – en faveur de la pratique sportive à l’école.


Le label « Génération 2024 » : une initiative fédératrice... et qui doit favoriser le développement d’actions pérennes

Ce label s’inscrit dans une démarche interministérielle dont l’objet est de renforcer la pratique sportive à l’école, et inscrire les valeurs sportives au cœur des enjeux liés à l’éducation, la formation et la cohésion sociale.

Les écoles et établissements scolaires sont ainsi invités à :

- renforcer l’offre sportive scolaire (EPS et USEP) et la conjuguer avec l’offre sportive en club ;
- permettre aux clubs sportifs locaux d’utiliser les installations sportives de l’école, ou de l’établissement ;
- participer à des événements promotionnels olympiques et paralympiques durant l’année scolaire et universitaire ;
- accompagner, accueillir des sportifs de haut niveau et bénéficier de leur parrainage.

Les activités proposées aux établissements dans ce cadre sont formalisées sous la forme de fiches très pratiques, à l’image de cette « compétition » entre les établissements d’une académie, et qui a pour objet, en complément de l’EPS, de promouvoir les disciplines olympiques (ici, le relais) :

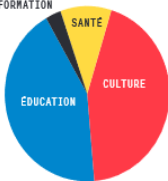


LE 2024 MÈTRES

GÉNÉRATION 2024

FICHE N°1

FORMATION



OBJECTIFS

Construire des connaissances et des compétences relatives à la culture et aux valeurs de l'olympisme au travers d'une discipline athlétique (course de relais).

ATTENDU

Par équipe mixte de 12 à 14 élèves (5 filles et 5 garçons coureurs, 1 chronométrateur, 1 starter et 2 juges de transmission), réaliser la meilleure performance lors d'un relais d'une distance totale de 2024 mètres.

PUBLIC VISÉ

Élèves des écoles primaires, collèges, lycées et universités.

ÉCHÉANCE(S)

Périodes clés de l'action
Du début de la Semaine olympique au début des vacances de printemps (20 avril 2019) : recueil des performances de chaque établissement participant au projet et envoi des vidéos par mail à ce.dasop@ac-creteil.fr
Juin : compétition à Montreuil entre les 12 meilleures équipes de chaque niveau de scolarisation de l'académie.

Récurrente de l'action : annuelle

INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME HÉRITAGE

Éducation Dimension collective de l'action, mise en projet des élèves (qui fait quoi ?) et mise en œuvre de rôles sociaux inhérents à la formation du citoyen.
Culture Dimension attribuée à la culture des activités athlétiques et plus spécifiquement du relais-vitesse (règlement, rôles de coureur, chronométrateur, starter et juge de transmission...).

DESSCRIPTIF

Cahier des charges inhérent à la participation de l'établissement au « 2024 mètres » :
L'équipe est constituée de :
• dix coureurs (mixité obligatoire : 5 filles et 5 garçons)
Le premier coureur court une distance de 224 mètres alors que les neuf autres courent 200 mètres.
• quatre officiels : un chronométrateur, un starter, deux juges de transmission.

Pour réaliser cette action, les élèves auront pris connaissance des contraintes et du règlement relatif à l'activité relais-vitesse (règles relatives aux commandements d'un départ de course, à la transmission du témoin, au chronométrage...).

La prise de performance sera à réaliser à partir de la Semaine olympique (du 4 au 9 février) et jusqu'aux vacances de printemps (20 avril), et à terminer avec un décompte visible du chronomètre et des différents coureurs.
Les établissements ont une entière liberté d'organisation quant aux prises de performance (interclasses, mercredis après-midi sur le temps de l'AS, cours d'EPS...).

Pour valider la participation de l'établissement et participer à une éventuelle qualification, envoyer un mail à ce.dasop@ac-creteil.fr avec les renseignements suivants :
• nom et adresse de l'établissement
• professeur référent
• lien de la vidéo (mise en ligne sur Youtube, Dailymotion ou via un espace numérique partagé)
• noms / prénoms des élèves coureurs (10) et des élèves officiels (4)
Les douze établissements ayant obtenu les meilleures performances (catégories école, collège, lycée, université) seront qualifiés et se retrouveront pour une phase finale académique en fin d'année scolaire (juin à Montreuil).

Schéma du dispositif :
<https://drive.google.com/open?id=1b0xx9NvzeEjbyHwQESwEw-7bE0EBzso>
Vidéo exemple : <https://youtu.be/cTvjvGTSh8>

PARTENARIATS ÉVENTUELS

Délégation académique à l'action sportive, à l'olympisme et au paralympisme (DAASOP)

Le point d'étape réalisé en février 2021 a permis de recenser 3 500 écoles et établissements scolaires labellisés soit près de 1,4 million d'élèves ; ce qui représente 1 893 écoles (soit 5 % d'entre elles), 1 139 collèges (soit 16 % d'entre eux) et 463 lycées (soit à peine 10 % d'entre eux). Un effort particulier est réalisé en direction des REP/REP+ et de l'outre-mer.

Une communication du MENJS d'avril dernier a également fait état de 74 établissements universitaires labélisés. Il faut augmenter le nombre d'établissements labellisés mais surtout avoir un suivi plus efficace pour vérifier la mise en place et la réalisation des projets présentés dans les candidatures au label.

Une expérimentation de labellisation des établissements sociaux et médico-sociaux a été réalisée en Île-de-France cette année avant d'envisager la généralisation à l'ensemble du territoire l'an prochain.

Le plan « 30 minutes d'activité physique par jour » en plus de l'EPS en primaire : un dispositif porteur, durable et éducatif

Lancé en décembre 2020, pour toutes les écoles volontaires, le dispositif « 30 minutes d'activité physique par jour » – complémentaire de l'EPS et du sport scolaire – a pour objectif de rendre les enfants actifs tous les jours et ainsi de lutter contre les effets délétères de la sédentarité. Il s'inscrit donc dans la démarche des écoles promotrices de santé.

Venant en sus des cours d'EPS dispensés par les professeurs des écoles, le contenu et l'organisation de ces séquences sont à l'initiative des enseignants, mais la simplicité doit rester le maître-mot : pas de tenue de sport nécessaire, utilisation des installations scolaires en priorité pour éviter les temps de trajet, peu de matériel.

Tous les acteurs de la communauté éducative (enseignants, éducateurs, famille, municipalité, associations partenaires dont notamment l'USEP et l'UGSEL, clubs sportifs, etc.) peuvent être impliqués. Développé sous forme d'appel à manifestation d'intérêt, ce programme est intégré au projet d'école.

Des supports « ressources » très concrets – sous formes de fiches – ont été produits par les académies pilotes de Créteil et de Poitiers, l'USEP ou des fédérations sportives, et sont présentés sous une forme très attractive, sur la plateforme « Génération 2024 » animée par le Comité d'organisation des Jeux olympiques et paralympiques (COJOP) Paris 2024. Ont ainsi été référencées des séquences ludiques autour de quatre actions : courir, sauter, lancer, danser.

ACADÉMIE DE CRETEIL

COURIR 2

L'enduro tour

Matériel

- Un sifflet
- Une craie
- Des plots de différentes couleurs
- Chouchous ou des élastiques qui seront distribués à chaque tour

Préparation initiale

- Délimiter les distances (craie, plots...) ou se servir des tracés de la cour.

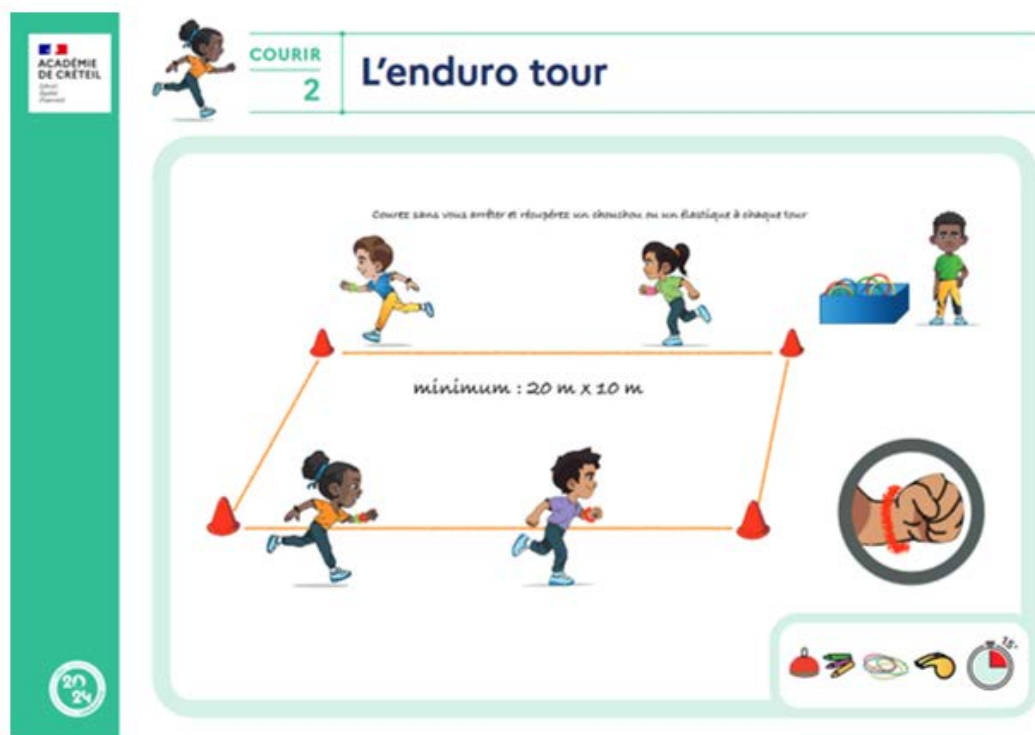
Consignes

- Courir le plus longtemps possible. À l'issue de chaque tour, distribuer un chouchou à enfiler au poignet.

Évolutions / Variables

- Courir sur 100 m (ou un tour de cour).
- Courir sur 200 m (ou 2 tours de cour).
- Courir sur la plus longue distance possible (lorsque l'élève fatigue, il s'arrête dans une zone matérialisée par un plot, puis repart pour un tour complet).
- Courir tous ensemble pour parcourir la plus grande distance.
- Courir par 2 sur la même distance, définie en amont.

2024



Source : « Génération Paris 2024 »

Ainsi conçues, **les activités proposées paraissent à même de permettre à tous les professeurs des écoles**, même les plus éloignés de la pratique sportive, d'animer ces séances.

Début mars 2021, plus de 1 100 écoles avaient déclaré s'être engagées dans ce dispositif, soit 25 à 30 000 élèves concernés dans le 1^{er} degré, ce qui, rapporté aux quelque 50 000 écoles du territoire, reste modeste même si, bien entendu, la crise sanitaire a bouleversé l'organisation scolaire.

Plusieurs interlocuteurs des rapporteurs l'ont relevé, cette pratique, en cours dans plusieurs pays ⁽¹⁾, permet aux enfants de bouger de manière ludique, d'être actifs pendant la quasi-totalité du temps dédié, favorise la concentration en classe, peut améliorer le climat scolaire... et peut être dupliquée avec d'autres participants notamment dans le cadre familial car une bonne hygiène de vie nécessite de bouger au moins une heure par jour.

On pourrait même imaginer d'associer des parents à ces séquences afin de favoriser les changements collectifs de pratique d'APS.

L'activité physique fait partie des savoirs fondamentaux mais la crise sanitaire a accentué l'inactivité et le temps passé devant les écrans. Il convient d'agir vite et ce programme, facile à mettre en œuvre, constitue incontestablement une partie de la réponse. Il gagnerait donc à être étendu dès que possible à l'ensemble des écoles.

(1) Dans de nombreuses écoles danoises, par exemple, les étudiants pratiquent la « course du matin » avant le début des cours. D'autres pays utilisent des pauses étendues pour inclure des activités physiques dans la cour de récréation ou dans la salle de gymnastique.

4. Sortir de la crise en encourageant la pratique sportive : le Pass'sport

Les conséquences dramatiques du confinement et de la crise sanitaire sur la santé physique et psychologique des jeunes, la fermeture des clubs sportifs et les difficultés financières des familles ont conduit le Gouvernement à mettre en place un soutien à la prise de licence dans un club à la rentrée 2021 sous la forme d'un Pass'sport... repris d'une suggestion de votre rapporteur exprimée à l'été 2019 ⁽¹⁾. Elle était fondée sur le constat que *« la lutte contre l'inactivité physique liée à nos modes de vie sédentaires est l'un des grands enjeux de santé publique du XXI^{ème} siècle. Plus le temps passe, moins nos enfants bougent. Face à la " pandémie " de sédentarité à l'origine de 10 % des décès en Europe, et dans la perspective de la construction d'un héritage sportif des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, l'enjeu est de faire bouger la France dans le cadre d'un grand plan de développement des activités physiques et sportives pour tous, à tous les âges de la vie »*.

Le Pass'sport, défini par une instruction ministérielle du 2 juin dernier, représente une aide d'un montant de 50 euros versée par l'État à une association pour réduire le coût d'inscription d'un jeune à une activité sportive (notamment les frais d'adhésion et de licence) pour la saison 2021-2022.

Ce dispositif est destiné aux jeunes de 6 à 18 ans dont les parents sont bénéficiaires, soit de l'allocation de rentrée scolaire 2021, soit de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), ce qui représente une population potentielle de 5,4 millions d'enfants. Son déploiement sur le territoire sera coordonné par les délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES).

Les structures habilitées à recevoir les aides sont : les fédérations sportives et les structures affiliées agréées, les associations agréées non affiliées mais domiciliées dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ou soutenues par le programme « Cités éducatives » de l'État. Un budget de 100 millions d'euros est prévu pour financer ce dispositif dont les droits sont ouverts depuis le 1^{er} juillet jusqu'au 31 octobre au titre de l'adhésion ou de la prise de licence.

On relèvera néanmoins que cette mesure utile ne saurait être suffisante car il faudrait prioritairement cibler les populations qui ne font pas de démarche vers l'activité physique et sportive. Ce public a un besoin d'information, de sensibilisation mais également d'aide financière, tant sur le volet de l'achat d'équipements sportifs que sur le volet de l'achat de licences.

Outre l'obstacle du coût, la production d'un certificat médical de non-contre-indication peut constituer un obstacle à la pratique sportive. Pour y remédier, le décret du 7 mai 2021 sur les conditions d'obtention et de renouvellement d'une licence a supprimé le certificat médical annualisé, et sera

(1) Tribune de Régis Juanico et de Jean-Jacques Lozach parue dans le JDD, 10 août 2019.

complété par un arrêté pour établir un questionnaire annuel sur les problèmes de santé du mineur.

Cette disposition est en effet salubre comme on l'a constaté pour le sport scolaire où la suppression du certificat de non-contre-indication est allée de pair avec l'augmentation du nombre de licenciés de l'UNSS de 10 à 15 %... même si la crise sanitaire a fait chuter les effectifs depuis cette période.

Pour autant, la situation particulièrement préoccupante des jeunes à l'issue de la crise sanitaire pourrait justifier un contrôle médical pour les primo-licenciés afin, notamment, de disposer d'une « photographie » de la santé des jeunes que l'éducation nationale n'est pas en mesure de réaliser.

Pour mieux appréhender la condition physique des élèves *post* crise, le ministère des sports conduit une réflexion avec l'ONAPS et SPF pour recueillir des informations utiles auprès des élèves de CP et de 6^{ème} et auprès des bénéficiaires du service national universel (SNU), sous la forme de petits questionnaires de santé.

Des expérimentations sont en cours avec le souci de concevoir un processus simple et facilement répliquable.

C. DES PROPOSITIONS CONCRÈTES POUR AGIR MAINTENANT

Les effets dévastateurs de la sédentarité et le caractère indispensable d'une activité physique suffisante sont encore trop peu connus ; il est donc urgent d'agir dès l'école et auprès des parents pour ancrer et pérenniser cet apprentissage fondamental.

Le Pr Martine Duclos, cheffe du service de médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand et présidente du comité scientifique de l'ONAPS, l'a rappelé aux rapporteurs, « *les enfants passent trop de temps assis, les plus jeunes peinent à attraper une balle et à être coordonnés, c'est dramatique* ». Il est urgent de leur apprendre – ainsi qu'à leurs parents – à bouger, comme il est prioritaire de diffuser une culture de l'activité physique.

« *Si l'on n'a pas gagné son capital osseux par l'activité physique à la fin de l'adolescence, c'est irrécupérable. On sait aussi que chez les enfants et adolescents, l'activité physique permet d'augmenter les capacités cognitives, et là aussi, c'est irréversible* », indiquait récemment Martine Duclos ⁽¹⁾.

Pour ancrer de manière durable l'activité physique dans les cycles d'apprentissage, trois types de leviers pourraient être actionnés.

(1) Citée par Apolline Merle dans « *La sédentarité des jeunes, une bombe sanitaire à retardement aggravée par la pandémie* », France Info, 22 mars 2021.

1. Ancrer l'activité physique dans les cursus scolaire et universitaire

C'est d'abord à l'école qu'il convient d'ancrer de bonnes pratiques d'activité physique et ce d'autant que, pour atteindre le temps minimal recommandé de 60 min d'AP par jour, il est indispensable que les habitudes acquises à l'école puissent également être mises en œuvre dans le cadre familial ou amical.

L'activité physique est un besoin fondamental au même titre que de s'alimenter et de dormir. Il doit donc être transmis comme tel et mis en œuvre par les enseignants dans le cadre des parcours d'enseignement.

a. Valoriser l'EPS dans le cursus scolaire et universitaire en complément des cours d'éducation physique

Pour valoriser l'activité physique et la pratique sportive, il conviendrait d'ancrer d'avantage l'apprentissage dans le temps scolaire.

À ce titre, consacrer le « Savoir rouler à vélo » et le « Savoir nager » dans le socle des savoirs fondamentaux à acquérir à la fin de l'école élémentaire (lire, écrire compter, respecter autrui, en plus de la maîtrise des compétences physiques élémentaires : courir, sauter, lancer, danser ; cf. *article L. 321-3 du code de l'éducation en annexe n° 2*) constituerait un bon signal.

Dans la continuité de ces apprentissages-socle, le diplôme national du brevet (DNB), qui évalue les connaissances et les compétences acquises à la fin du collège (conformément au décret n° 2015-372 du 31 mars 2015 relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture), devrait inclure et valoriser la pratique sportive.

L'APS doit aussi avoir sa place dans l'organisation et les objectifs de l'enseignement supérieur. La substantielle liste des connaissances et compétences que l'étudiant doit acquérir au cours de son parcours de formation, définie par l'article 6 de l'arrêté du 30 juillet 2018 relatif au diplôme national de licence pourrait s'enrichir de la pratique sportive, qui actuellement brille par son absence.

Compte tenu de la faible proportion d'étudiants engagés dans la pratique sportive régulière (cf. *supra*), il serait bénéfique de mieux les informer, en début de *cursus*, sur les possibilités offertes par les fédérations sportives universitaire, leur établissement par les services universitaires d'activités physiques et sportives ou les offres sportives dans un périmètre proche ; de même que pourrait être libérée une unité d'enseignement dédiée au sport. Il pourrait aussi être envisagé de solliciter les étudiants en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) pour animer des séquences d'APS dans les établissements d'enseignement supérieur, sachant que l'enseignement par les pairs est le plus porteur.

Enfin, pour sanctuariser la place de l'APS dans l'emploi du temps universitaire, il serait pertinent de rendre systématique une unité d'enseignement libre d'activité physique et sportive dans l'enseignement supérieur.

Proposition n° 7

Ancrer l'éducation physique et sportive dans les apprentissages fondamentaux et la faire vivre à l'école et dans tous les établissements d'enseignement :

- ajouter l'éducation physique et sportive dans les savoirs fondamentaux dispensés à l'école élémentaire : savoir nager et rouler à vélo en plus de la maîtrise des compétences physiques élémentaires : courir, sauter, lancer, danser ;
- inscrire l'éducation physique et sportive dans les compétences du socle commun évaluées dans le diplôme national du brevet, aux épreuves du certificat d'aptitude professionnel (CAP) et du baccalauréat ;
- renforcer l'éducation physique et sportive au lycée en passant de deux heures à trois heures obligatoires par semaine ;
- inclure l'activité physique et sportive dans les connaissances et compétences à acquérir dans le cadre de la licence ;
- rendre systématique une Unité d'enseignement libre d'activité physique et sportive dans l'enseignement supérieur.

b. Former tous les enseignants à l'impact de l'APS sur la santé

Les professeurs des écoles et les enseignants doivent être sensibilisés et formés sur le caractère fondamental de l'APS sur la santé et les apprentissages. Il y a en effet urgence à diffuser une culture de l'activité physique et beaucoup reste à faire dans ce domaine.

Sollicitée par les rapporteurs, la DGESCO a apporté les éléments de réponse suivants sur la formation initiale et continue des enseignants :

– « *les formations sur le développement de l'enfant et sur les besoins particuliers ont été renforcées mais elles ne sont pas encore effectives partout et leur volume dépend de chaque Institut national supérieur du professorat et de l'éducation (INSPÉ) ;*

– *la mise en œuvre de la formation initiale est à l'initiative de chaque INSPÉ. Le niveau de granularité offert par les maquettes et les dossiers d'accréditation ne permet pas d'aller dans le détail des contenus enseignés. L'occurrence " santé " est donc assez rare, en association avec des laboratoires avec lesquels travaille l'INSPÉ ».*

Quant à la place de la formation sur la promotion de la santé et l'EPS dans les sessions de formation continues, les chiffres parlent d'eux-mêmes :

Formation continue consacrée à la promotion de la santé et à l'EPS en 2019-2020
(données transmises par la DGESCO)

Formation continue en promotion de la santé en 2019-2020 :

– 1^{er} degré – Journées stagiaires réalisées sur cette priorité :

$2\,456/445\,472 = 0,6 \%$ du volume de formation consacré aux priorités nationales

$2\,456/653\,056 = 0,4 \%$ du volume total de formation mis en œuvre

– 2nd degré – Journées stagiaires réalisées sur cette priorité :

$5\,773/501\,618 = 1,2 \%$ du volume de formation consacré aux priorités nationales

$5\,773/733\,730 = 0,8 \%$ du volume total de formation mis en œuvre

Formation continue en EPS 2019-2020 :

– 1^{er} degré – Journées stagiaires réalisées sur cette priorité :

$7\,917/653\,056 = 1,21 \%$ du volume total de formation mis en œuvre

– 2nd degré – Journées stagiaires réalisées sur cette priorité :

$34\,751/733\,730 = 4,74 \%$ du volume total de formation mis en œuvre

On ne saurait se satisfaire de cette situation et un module consacré à la santé, en insistant sur l'impact de l'APS sur la santé physique, mentale, sur la concentration et les apprentissages gagnerait à faire partie des enseignements obligatoires (tronc commun) des futurs professeurs des écoles et enseignants du secondaire dans les INSPÉ.

Les enseignants devraient ensuite être incités à promouvoir la mobilité dans l'organisation de leurs enseignements ; ils doivent, dans leur *cursus* de formation, pratiquer eux-mêmes l'activité physique qu'ils auront à mettre en œuvre auprès des enfants et des jeunes. La désignation d'un référent-sport dans chaque école pourrait favoriser la diffusion des bonnes pratiques.

Proposition n° 8

Enrichir la formation des enseignants sur la pratique d'activité physique et sportive :

– inclure dans les épreuves du concours et le tronc commun des enseignements des Instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation, la promotion de l'activité physique et sportive en tant que facteur de santé publique ;

– intégrer la pratique de l'activité physique effective de 30 minutes par jour et la nécessité de bouger toutes les 30 minutes dans la formation des enseignants.

Proposition n° 9

Assurer la promotion de l'activité physique et sportive dans chaque école :

- désigner un référent sport-santé dans chaque école afin de diffuser les ressources et bonnes pratiques à la communauté éducative ;
- renforcer les moyens humains et le maillage territorial de l'Union sportive de l'enseignement du premier degré (USEP) dans les départements.

2. Recourir à des outils simples de suivi et d'évaluation

Suivre la santé des élèves et des étudiants suppose de disposer d'outils simples et adaptés, à même de permettre aux personnels de santé scolaire et aux jeunes eux-mêmes de connaître les données de leur condition physique.

a. Donner aux personnels de la santé scolaire les moyens de suivre la santé des élèves

Au-delà du manque de médecins et d'infirmiers scolaires ne permettant ni la réalisation des visites médicales et bilans de santé prévus par les textes, ni la prévention et le suivi nécessaire des élèves, les personnels de santé scolaire ne disposent pas du matériel adapté pour suivre leur activité et la santé des jeunes pendant toute leur scolarité.

Sur ce point, la DGESCO a indiqué aux rapporteurs que l'environnement logiciel des professionnels santé-social est en cours de rénovation :

- le ministère est en train de développer un portail (DIAPASON) qui regroupe les différents systèmes d'information des personnels médecins, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale ;

- l'application ESCULAPE des médecins de l'éducation nationale, en cours de développement, intègre des tableaux de bord, un module enquête et un module « requêteur » permettant une analyse des données de santé locale ;

- l'application LIEN des infirmiers de l'éducation nationale, en cours de développement, aura pour objectif, outre ceux relatifs au suivi de la santé des élèves, de permettre l'extraction d'indicateurs de santé publique dans une perspective de diagnostic territorial partagé à géométrie variable et de faciliter la contribution des infirmiers aux enquêtes nationales menées avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Une version pilote sera déployée dans 5 académies à partir d'octobre 2022 en vue d'une généralisation pour la rentrée 2022-2023.

Les rapporteurs suivront avec attention cette évolution, en souhaitant également que les médecins de santé scolaire puissent accéder par ce biais aux informations de la PMI, ce qui, en l'état, semble compliqué compte tenu de l'hétérogénéité des systèmes départementaux, et du DMP, dont les données ne sont actuellement pas structurées.

On pourrait également envisager de **permettre aux médecins scolaires de prescrire de l'activité physique aux jeunes qui en auraient besoin**, comme cela se pratique par exemple au Danemark, ainsi que l'a indiqué un spécialiste entendu par les rapporteurs.

Proposition n° 10

Doter les médecins et infirmiers scolaires d'outils nécessaires, partagés et interopérables, pour suivre la santé des élèves tout au long de leur scolarité (mise à disposition du dossier médical partagé) et ouvrir la prescription d'activité physique supplémentaire aux médecins scolaires et à ceux de la protection maternelle et infantile.

b. Procéder à des tests de condition physique aux moments-clés de la scolarité

Lors des auditions, plusieurs dispositifs ont été présentés aux rapporteurs parmi lesquels la batterie EUROFIT ⁽¹⁾ dont la création, à la fin des années 1970, était destinée à offrir des repères en termes d'aptitude physique aux enseignants et aux élèves, ainsi qu'à renforcer la place de l'éducation physique dans le système éducatif.

Parmi les tests réalisés : le saut en longueur sans élan, une course de 5 fois 10 m la plus rapide possible, une flexion du tronc vers l'avant en position assise pour mesurer la souplesse, la dynamométrie manuelle (pression la plus forte possible de la main), des redressements en position assise pendant 30 secondes, mesure de la fréquence cardiaque, de la puissance aérobie en parcourant la plus grande distance en 7 minutes, ateliers avec mini-haies, plots et cerceaux...

On le voit, il s'agit de tests simples qui pourraient être réalisés dans le cadre de partenariats, et qui apporteraient de précieuses indications sur la condition physique des jeunes s'ils étaient réalisés à des moments-clés de la scolarité comme le passage en primaire, en 6^{ème}, en seconde et à l'entrée dans le supérieur par

(1) « La batterie EUROFIT : un outil d'évaluation en milieu scolaire » par G. Baquet et S. Berthoin, Laboratoire d'études de la motricité humaine, Faculté des sciences du sport et de l'éducation physique, Université de Lille 2, VAN PRAAGH E UFR STAPS, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand.

exemple. De telles évaluations d'activité physique sont réalisées au Danemark a-t-on indiqué aux rapporteurs.

3. Privilégier les initiatives ludiques et novatrices pour développer l'AP

a. Généraliser l'expérimentation des 30 minutes d'activité physique par jour en primaire en complément des cours d'éducation physique

Compte tenu de la gravité de la situation sanitaire des jeunes, toutes les innovations doivent être favorisées et encouragées. Plusieurs interlocuteurs des rapporteurs l'ont rappelé, les initiatives ludiques sont souvent les plus efficaces.

Ainsi, l'initiative « Daily mile », initiée en Grande-Bretagne consiste à faire marcher ou courir les élèves, une quinzaine de minutes (pour parcourir un mile) dehors en début de journée. Cette pratique a montré son efficacité sur la condition physique mais aussi la concentration des enfants.

Chaque fois que c'est possible, organiser des cours à l'extérieur favorise l'activité physique et la concentration ; les cours de sciences de la vie et de la terre (SVT) pour les petites classes s'y prêtent particulièrement.

Une expérimentation de travail sur des bureaux dotés de pédaliers (vélo bureau) a été récemment conduite en Guadeloupe avec des enfants de CE1-CE2. Les résultats constatés ont été très positifs notamment en termes de concentration des élèves.

L'expérimentation des 30 minutes d'activité physique par jour relève de cette logique et les rapporteurs suggèrent de l'étendre à l'ensemble des écoles et établissements scolaires dès la rentrée prochaine.

Proposition n° 11

Généraliser dans les écoles et les établissements scolaires le dispositif des « 30 minutes d'activité physique par jour » en complément des cours d'éducation physique.

b. Élargir dès à présent le Pass'sport et le pérenniser

Dans une tribune du 31 mai dernier ⁽¹⁾ votre rapporteur a regretté que le dispositif du Pass'sport soit en retrait du Pass'culture en termes de montant, de

(1) « Pass'culture et Coupon sport : deux poids, deux mesures », Régis Juanico et Jean-Jacques Lozach, Le Monde (site web).

public bénéficiaire, d'accès et de fonctionnement, alors même que la pratique sportive constitue un enjeu majeur et urgent de santé publique.

Il conviendrait, *a minima*, d'étendre le Pass'sport aux étudiants de 20 ans, lourdement impactés par la crise sanitaire et structurellement plus éloignés de la pratique sportive que les élèves du secondaire, et aux fédérations sportives scolaires.

Les crédits budgétaires consacrés au Pass'sport doivent être également portés à 300 millions d'euros afin de permettre un taux de recours optimal du dispositif aujourd'hui calibré à 30 %...

Proposition n° 12

Élargir le Pass'sport aux jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans ainsi qu'aux fédérations sportives scolaires et le pérenniser.

4. L'enjeu du bâti scolaire

Favoriser l'activité physique implique de faire évoluer la structure des bâtiments scolaires, les classes – dont la configuration n'a pas beaucoup changé depuis Jules Ferry –, mais aussi l'environnement urbain à proximité des établissements.

➤ Dans cet esprit, une cellule « Bâti scolaire » au sein du MENJS travaille à la rédaction d'un référentiel constitué de 5 volets (pour l'école maternelle, l'école élémentaire, le collège, le lycée général et technologique et le lycée professionnel), afin d'accompagner les collectivités territoriales dans la conception des établissements scolaires.

Ce référentiel a pour objet de concevoir des espaces adaptés à l'évolution des pratiques pédagogiques, sains et sûrs, favorisant la transition écologique, l'inclusion, le bien-être et les espaces ouverts sur le territoire. Chaque référentiel sera constitué d'un guide de conduite de projet et de ressources pour la conception, l'aménagement et l'équipement.

D'après le MENJS, « *les enjeux de santé et de bien-être seront donc bien traités pour contribuer, respectivement, à une école promotrice de santé physique et mentale et à une école favorisant un climat scolaire apaisé, la socialisation et l'inclusion de tous les élèves. À ce titre, par exemple, les locaux médicaux seront bien pris en compte, tout comme un travail sera également mené sur les sanitaires. Les besoins en APS seront naturellement, eux aussi, inclus dans le référentiel " Bâtir l'école " »* dont une première livraison est prévue pour septembre prochain.

D'après les indications transmises par le MENJS, un travail sera aussi conduit sur le mobilier pour favoriser sa modularité, son ergonomie et son confort.

➤ Pour sa part, le COJOP Paris 2024 a proposé une démarche de *design* actif qui consiste à aménager des espaces et bâtiments publics pour favoriser l'activité physique et sportive quotidienne.

Dans ce cadre, il a publié en novembre et décembre dernier, des guides très pratiques et concrets, rassemblant des initiatives de *design* actif pour les établissements scolaires et présentant de bonnes pratiques en termes d'aménagement des cours et des locaux ⁽¹⁾.

Parmi les exemples présentés dans ce document : des escaliers multicolores (pour inciter à les emprunter), un parcours au milieu de végétaux, une route à l'intérieur des locaux scolaires et matérialisée par des marquages au sol, une signalétique ludique de l'école aux locaux de la cantine, des jeux tracés au sol, des bureaux-debout et mobiles, des façades aménagées avec des prises d'escalade...

Ces exemples sont accompagnés de conseils pratiques et de références pour conduire la mise en œuvre des projets correspondants. Il est clair que ce type de démarche doit être privilégiée dans le cadre de la construction ou de la rénovation de structures scolaires mais aussi, d'une manière générale, dans le cadre urbain.

En effet, il est également fondamental de favoriser l'exercice physique en dehors de l'école et en particulier en aménageant des parcours urbains pour s'y rendre. L'expérience montre que de simples marquages au sol ludiques favorisent la mobilité active.

Proposition n° 13

Lancer un grand programme d'aménagement du bâti scolaire et des cours de récréation des écoles pour favoriser la mixité des jeux et la motricité.

(1) « *Design actif pour les écoles : des outils et méthodes pour promouvoir l'activité physique dans les écoles* », Novascopia, novembre et décembre 2020.

IV. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN TANT QUE THÉRAPEUTIQUE NON MÉDICAMENTEUSE : DE L'EXPÉRIMENTATION À LA GÉNÉRALISATION

Dans une approche de santé publique, l'objectif de l'activité physique est d'optimiser la condition physique des patients. Ses effets, en réduisant la sédentarité, sont les suivants :

- réduire le déséquilibre entre la graisse et le muscle : la graisse est un facteur d'attaque artérielle et de croissance tumorale, de développement Alzheimer, alors que le muscle au contraire est un tissu protecteur. L'AP est efficace en agissant sur l'évolution de l'équilibre entre tissu agressif et tissu protecteur ;

- l'AP agit sur la capacité à consommer l'oxygène (le VO₂max) : si cette capacité diminue, un risque s'installe (une étude réalisée en Australie est intitulée « La mort marche à trois km/h », car cela fait référence à la capacité de consommer de l'oxygène) ;

- apport de force et de puissance musculaire.

A. LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE POUR LES MALADES ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) : UN OUTIL À CONFORTER

La loi du 26 janvier 2016, déjà mentionnée, prévoit que « *dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* »⁽¹⁾. Son décret d'application n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 et l'instruction interministérielle du 3 mars 2017 précisent quels sont les professionnels de santé et les autres professionnels autorisés à dispenser l'activité physique adaptée (APA).

Le nombre de personnes pouvant théoriquement bénéficier de l'APA est très élevé et en constante augmentation. Les données publiées par l'assurance maladie datent de 2016 : près de 10 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections de longue durée ou ALD (dont 96 % au titre d'une affection figurant la liste des 30 ALD reconnues, les autres au titre d'une affection hors liste grave caractérisée et au titre d'une polyopathie invalidante), soit 16,4 % de la population du régime général de l'assurance maladie. L'APA est aussi accessible aux personnes souffrant d'une ALD non exonérante, c'est-à-dire d'une affection qui

(1) *Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale dans le cadre de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Ce dispositif permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, conformément à l'article L. 160-14-3 et L. 160-14-4 du code de la sécurité sociale. Une liste établie par décret fixe le nombre d'affections dites « sur liste » ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur : elles sont au nombre de 30. Les patients bénéficient d'une prise en charge à 100 % par la Caisse primaire de l'assurance maladie.*

nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée supérieure à 6 mois, mais n'ouvrant pas droit à la suppression du ticket modérateur. Auparavant n'étaient concernées que des personnes souffrant de pathologies assez peu nombreuses, comme les AVC invalidants, le diabète de type 1 et 2 ou encore la sclérose en plaques.

Dans son avis « Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé » adopté en juin 2017, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie rappelait que le fardeau des maladies non transmissibles (maladies cardio-neuro-vasculaires, cancers...) est de loin le plus **élevé** en termes de morbidité et pèse sur la perte d'années de vie sans incapacité et les décès prématurés.

1. Les bénéfices scientifiquement reconnus de l'APA

La Haute autorité de santé (HAS) a publié en septembre 2018 et juillet 2019 des recommandations pour la prescription médicale de l'activité physique adaptée chez les patients atteints d'une pathologie chronique, avec des référentiels de suivi de ces pathologies : diabète, obésité, pathologies neuro-cardio-vasculaires, hypertension artérielle (HTA), bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer, dépression. Les bienfaits pour la santé de l'APA sont à considérer dans un temps long, en termes de réduction de la mortalité chez les patients (cancer, maladies coronariennes), de complications et de récidives.

L'Inserm a réalisé une expertise collective « Activité physique – Prévention et traitement des maladies chroniques » à la demande du ministère des sports, qui est parue en 2019. L'expertise traite de l'impact de l'activité physique sur les maladies chroniques non transmissibles les plus fréquentes telles que le diabète de type 2, l'obésité, la BPCO, l'asthme, les cancers, les syndromes coronaires aigus, l'insuffisance cardiaque, l'accident vasculaire cérébral, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les maladies ostéo-articulaires, les dépressions et la schizophrénie. Les 4 principales pathologies chroniques non transmissibles retenues par l'OMS sont les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, et les pathologies respiratoires (BPCO et asthme).

L'Inserm présente les mécanismes par lesquels l'activité physique agit de façon générale (amélioration de la condition physique), mais aussi spécifique selon les pathologies concernées (accroissement de la sensibilité à l'insuline pour les personnes diabétiques par exemple). Sont décrits les mécanismes moléculaires, métaboliques, biologiques, à l'œuvre pour expliquer les effets de la pratique d'activité physique chez des personnes malades chroniques. Enfin sont décrits, pathologie par pathologie, les bénéfices/risques de l'activité physique, et l'intérêt en prévention, soin complémentaire et/ou thérapeutique de l'activité physique. Elle répertorie les programmes d'activité physique spécifiques validés, lorsqu'ils existent.

À la suite de l'expertise, l'Inserm fait évoluer ses recommandations et préconise l'activité physique comme premier traitement pour quatre maladies : diabète de type 2, obésité, athérosclérose des membres inférieurs et dépression légère et modérée. Pour ces maladies, l'APS « *apporterait des bénéfices équivalents à ceux des traitements médicamenteux ou de psychothérapie* ».

Elle la recommande aussi pour améliorer la situation des patients souffrant de diabète de type 1, afin de réduire les risques d'évolution vers un diabète de type 2, de pathologies coronaires, de bronchopneumopathie chronique obstructive, d'asthme, de rhumatismes inflammatoires chroniques. L'APS est importante en prévention primaire des AVC et des accidents ischémiques transitoires. Enfin, l'activité physique apporte des bénéfices chez les patients à toutes les étapes de la maladie, et semble améliorer certaines douleurs liées aux cancers et aux traitements.

Le schéma ci-dessous présente les effets bénéfiques de l'activité physique dans les maladies chroniques.

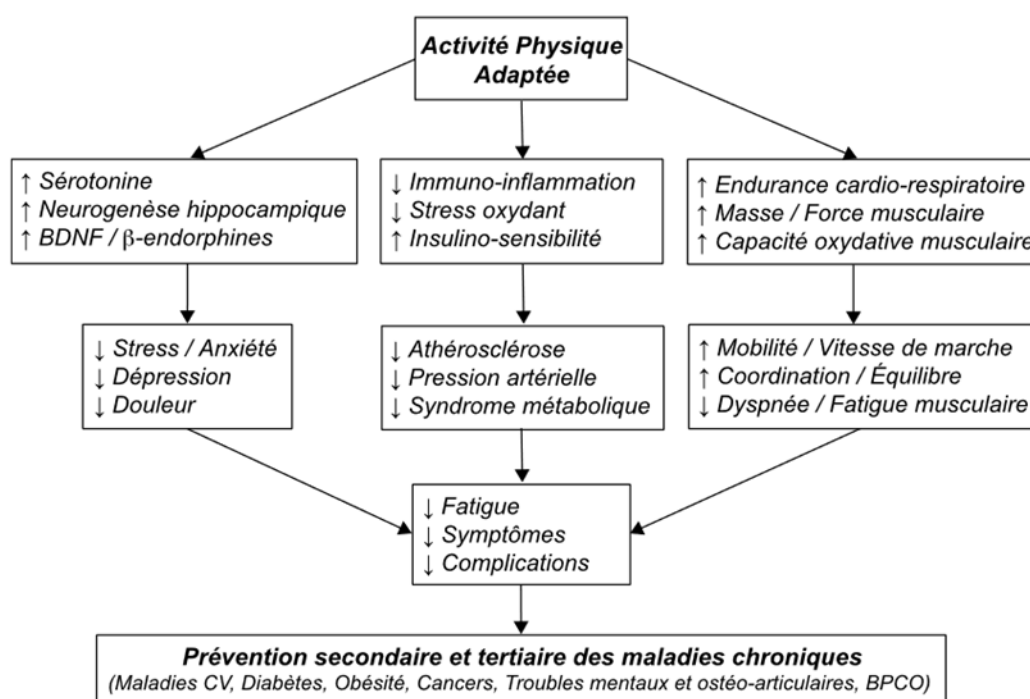


Schéma intégratif des effets bénéfiques de l'activité physique dans les maladies chroniques

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor ; BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive ; CV : Cardiovasculaire.

Source : « *Activité physique et maladies chroniques* », Inserm, EC, 2019.

• Des études à compléter pour mieux connaître les mécanismes d'action de l'AP et affiner l'offre en fonction des pathologies

La mission de l'IGAS-IGJS de 2018 préconisait de développer les études permettant d'affiner et préciser le contenu des activités physiques à effectuer suivant

le profil des patients. Depuis cette mission, les protocoles se sont en effet précisés, et des outils ont été mis à disposition des médecins.

Ainsi la Haute autorité de santé a fait paraître en 2019 un guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, inspiré du modèle suédois instauré à partir de 2001.

Ce guide comporte un socle de connaissances générales sur l'AP et ses impacts sur la santé ; le déroulé d'une consultation d'AP accompagné d'outils pratiques (grilles, questionnaires, repères) ; des grilles d'évaluation du risque cardio-vasculaire des patients ; des référentiels d'aide à la prescription pour différentes maladies chroniques et états de santé. Un guide semblable est en cours d'élaboration pour les enfants et les adolescents.

Des référentiels d'aide à la prescription d'activité physique complètent le guide pour onze pathologies ⁽¹⁾.

L'objectif actuel est de l'accompagner de fiches à destination des médecins pour les aider à la prescription de l'activité physique adaptée, ainsi que de fiches pour les patients.

On ajoutera que la HAS élabore de nouvelles recommandations de prise en charge de l'obésité et du diabète dans lesquelles l'activité physique aura un rôle central. Il est essentiel à présent que les autorités scientifiques précisent les modalités de la prescription d'activité physique, dans la mesure où les médecins ne sont pas formés à celle-ci, et qu'elle les inquiète, souvent.

En réalité, c'est un champ d'étude et d'expertise qui s'ouvre, comme le décrit le groupe d'experts auteur de l'expertise de l'Inserm, précitée.

En effet, celui-ci recommande de poursuivre la recherche sous plusieurs angles : évaluer le rapport coûts/efficacité des interventions selon la/les technique(s) utilisée(s) ; étudier les mécanismes d'action de l'AP, la recherche spécifique par pathologie, la construction de l'offre d'intervention en activité physique en réponse à la prescription médicale d'activité physique, compatible avec les risques médicaux des patients en ALD et efficace en tant que prévention tertiaire ; analyser l'observance à long terme des patients...

• Poursuivre les études médico-économiques permettant d'évaluer le rapport coût/bénéfice des APS sur les comptes sociaux

S'agissant de l'activité physique adaptée, la direction générale de la santé admet qu'à ce jour, des éléments médico-économiques sont manquants pour démontrer l'impact de l'APA à court, moyen et long terme, sous l'angle de la

(1) Surpoids et obésité de l'adulte ; diabète de type 2 ; bronchopneumopathie obstructive ; hypertension artérielle ; maladie coronarienne stable ; accidents vasculaires cérébraux ; insuffisance cardiaque chronique ; cancers : sein, colorectal, prostate ; dépression : les personnes âgées ; pendant la grossesse et post-partum.

réduction de la consommation d'hospitalisations et de soins, ainsi que de coût pour l'assurance maladie.

Quelques études ont été conduites au plan micro-économique. Ainsi l'étude « As du Cœur », menée en région PACA par l'association « Azur Sport Santé », qui est une expérimentation d'activité physique adaptée pour les patients souffrant de pathologies cardio-vasculaires, financée par le régime social des indépendants (RSI), et autorisée pour une durée de trois ans. Elle propose une séquence d'activités physiques encadrées en groupe aux patients sortant de la phase de réadaptation.

Les premiers résultats de l'étude ont été publiés, ne portant que sur un échantillon réduit de 50 patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Ils montrent que le programme d'APA était « coût-efficace » et qu'il entraînait une réduction à un an de la consommation de soins d'environ 1 300 euros (sur 4 000 euros au total) par patient, soit une diminution de la dépense de santé de 30 %. Le coût du programme – soit un forfait de près de 600 euros – s'élève au total à 1 249 euros en incluant le matériel et le transport.

Le faible nombre de patients concernés donne à l'étude une portée limitée, à confirmer par une étude multicentrique sur une cohorte dans plusieurs régions.

Dans le cadre des expérimentations ouvertes à la prise en charge par l'article 51 de la LFSS 2018, le projet « As du cœur multicentrique », porté par cette même association, propose aux personnes victimes d'un épisode cardiaque aigu nécessitant une hospitalisation, une séquence de soins favorisant la pratique d'activité physique adaptée. Ce programme de 5 mois avec 3 séances par semaine d'APA sera étroitement associé aux ateliers d'éducation thérapeutique du patient. Un volet médico-économique est intégré à l'étude.

La Cour des comptes fait aussi ce constat dans son rapport de novembre 2019, s'agissant du coût de l'obésité. L'évaluation précise est difficile du fait de l'absence, en France, d'étude médico-économique récente sur ce thème et du manque de données produites sur ce sujet par la Caisse nationale de l'assurance maladie. L'unique référence disponible citée par la Cour est une étude réalisée par la direction générale du Trésor en 2016, à partir de données de l'année 2012. Elle faisait état d'un coût social de la surcharge pondérale avoisinant 20 milliards d'euros, soit 1 % du produit intérieur brut ⁽¹⁾. L'actualisation de ces données pour l'année 2020 porte ce coût à 21,9 milliards d'euros.

Aussi les experts doivent-ils continuer de bâtir les critères nécessaires pour évaluer l'impact de l'APA sur la santé des patients et l'intérêt d'élargir sa prescription aux patients souffrant des différentes maladies chroniques.

Une étude sur la base d'un suivi de cohorte est en cours sur les déterminants associés à la modification durable des comportements d'activités physiques, et de

(1) « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? », *Lettre Trésor-Eco*, n° 179, septembre 2016.

leurs effets sur la prévention et le traitement des maladies chroniques, chez des personnes inscrites à un programme d'activité physique adaptée individualisé, éducatif et structuré, en ambulatoire (cohorte dite « SESAME » – pour « Sport Et Santé à Mon stadE » avec le soutien de la fondation MGEN).

Le dispositif de prescription et de dispensation de l'APA est porteur d'avancées en ce qu'il reconnaît les collaborations nouvelles entre le monde de la santé et du sport dans le cadre posé par les dispositions législatives et réglementaires, en établissement comme en ville.

2. Une forte dynamique du sport-santé émanant des territoires

Un rapport de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) et du Pôle ressources national sport-santé bien-être a fait le point en 2019 sur les dispositifs de prescription d'activité physique mis en place, leurs modes de fonctionnement et de financement. Il a été élaboré sous la direction du Pr Martine Duclos.

Ce rapport dresse le bilan de près de 100 dispositifs (réseaux municipaux, réseaux de santé, associations...) et témoigne de la dynamique très forte des territoires qui innovent au service de la santé.

Le rapport constate que malgré le retard pris en France dans les politiques publiques de prévention et promotion de la santé ainsi que dans le développement des thérapeutiques non médicamenteuses, les évolutions de ces dernières années sont rapides et spectaculaires. La prescription d'activité physique adaptée aux personnes les plus fragiles connaît un essor, grâce aux initiatives locales apparues en différents territoires.

Les rapporteurs se félicitent de cette évolution, qui reflète la prise de conscience de l'importance de l'activité physique et sportive pratiquée aujourd'hui pour éviter les soins lourds, les hospitalisations ou la perte d'autonomie à court ou moyen terme.

Ils considèrent que l'enjeu est à présent la généralisation et le pilotage de ces dispositifs partout, sans trop en fractionner l'organisation : ne pas se limiter à certaines pathologies, certains patients, certains médecins prescripteurs... Cette généralisation devrait pouvoir se faire grâce à la structuration sous l'égide des maisons sport-santé, ou en entrant dans les réseaux territoriaux dont l'animation doit être définie.

En outre, les nombreux cas de patients ayant des lésions et des séquelles à la suite de leur infection par la Covid-19 imposent de déployer des capacités d'accueil pour faire regagner leurs capacités physiques à ces patients, qui étaient souvent éloignés de la pratique sportive. Les acteurs locaux tentent d'ailleurs de développer cette prise en charge localement, même en l'absence de structuration nationale.

Les acteurs qui ont développé le sport-santé au niveau territorial sont aujourd'hui très demandeurs d'une organisation structurée de cette filière d'activité. Cela exige, au niveau national, la reconnaissance et l'organisation de cette activité par une filière garantissant la qualité de la prise en charge, la labellisation des structures au niveau local, avec une mise en réseau et en contact avec les médecins prescripteurs, les autres professions paramédicales et les enseignants en activités physiques adaptées, enfin des financeurs aussi, pour une meilleure connaissance réciproque et l'adhésion de tous à cette pratique d'avenir.

C'est aussi au niveau national que doit se déployer une communication faisant connaître l'impact positif du sport-santé sur le traitement tant des affections de longue durée exonérantes, que des maladies chroniques.

3. Plusieurs freins s'opposent au développement de l'APA, malgré des initiatives locales remarquables

À partir de la parution de l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012, de nombreuses collectivités ont mis en place des dispositifs favorisant l'activité physique. Ils se sont souvent développés au sein des réseaux sport-santé promus par les agences régionales de santé et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) dans le cadre des plans régionaux sport-santé bien-être. On peut citer par exemple les initiatives de Strasbourg, de Blagnac ou encore de la région de Biarritz.

La Cour des comptes dans son rapport de 2019 « Prévention et prise en charge de l'obésité » indique que la quasi-totalité des régions ont décliné le Plan national sport-santé bien-être, formant la base de nombreuses actions souvent articulées avec les contrats locaux de santé. La Cour notait pourtant que ces actions auraient peu, ou insuffisamment, touché les populations vulnérables.

Néanmoins, si l'on s'éloigne du niveau local et des dispositifs particuliers souvent initiés par des médecins, on doit constater que plusieurs freins importants bloquent le déploiement de l'activité physique adaptée à une large échelle pour toucher tous les bénéficiaires potentiels.

Ces freins sont décrits par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport de mars 2018 ⁽¹⁾. Nous les rappelons ici car ils constituent l'ensemble des problématiques dont le Gouvernement doit s'emparer pour créer un cadre favorable à l'activité physique adaptée dans les années qui viennent :

– la mise en œuvre opérationnelle des recommandations scientifiques pour les personnes atteintes de pathologies (limitations modérée ou sévère) n'était pas suffisamment définie : le contenu des activités physiques et sportives était incertain

(1) *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé, rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS).*

pour ces publics alors qu'il est plus aisé pour la population générale (cela est moins le cas aujourd'hui) ;

– des réticences socio-culturelles et symboliques à la prescription perdurent : l'éducation du patient mais également la formation du médecin est nécessaire pour qu'une consultation puisse aboutir à la prescription d'une « thérapeutique non médicamenteuse ». Celle-ci pourrait être encore mal vécue, comme une forme de non-prise en charge ;

– la question de la responsabilité des médecins est souvent évoquée lors des entretiens avec le monde de la santé. Les médecins sont très peu à l'aise avec l'idée d'orienter leurs patients vers des structures dont ils ne connaissent pas l'offre et dont ils ne sont pas certains de la qualité du contenu des activités physiques et sportives proposées. L'existence d'un « tiers de confiance » susceptible d'apporter une forme de crédibilité et d'assurance aux médecins serait un levier efficace pour encourager la prescription d'APS par les médecins à leurs patients ;

– la difficulté de l'évaluation et du suivi des patients : qui fera l'évaluation des capacités fonctionnelles et physiques du patient – le médecin ou l'intervenant qualifié ? Qui fera le suivi et le retour d'information au médecin prescripteur ? Le parcours du patient en APS n'est pas organisé en France en dépit de certaines initiatives isolées d'associations ou de collectivités locales ;

– la formation des médecins et des intervenants : la formation des médecins est insuffisante, celle des intervenants doit faire l'objet d'une validation ou d'une labellisation de la structure qui les emploie ;

– l'accessibilité géographique de l'offre d'APA : cette question concerne la population générale, en prévention primaire, mais est encore plus cruciale pour les patients atteints de pathologies et de maladies chroniques avec des inégalités d'accès sur le territoire ;

– enfin, le financement : les moyens alloués à la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique sont très faibles : la prise en charge de l'APA est limitée au cadre des expérimentations et à l'effort de certaines mutuelles. Le sujet du financement se pose aux médecins et intervenants sportifs pour le bilan médico-sportif et motivationnel ; pour les actions d'APA elles-mêmes qui reposent aujourd'hui sur le tissu associatif dont le modèle économique très fragile.

Ce dernier point est constaté souvent par les médecins prescripteurs d'APA : les patients s'attendent à une prise en charge de type kinésithérapie, or ce n'est pas le cas, sauf dans le cadre des expérimentations portant sur le soin *post cancer* et bientôt l'obésité. Il y a donc une communication à mettre en place pour que le mot « prescription » n'évoque pas systématiquement « remboursement » pour les patients.

4. Le cadre juridique de l'activité physique adaptée (APA) doit être simplifié et amélioré pour en faciliter l'évaluation

Les initiatives locales ont ensuite été consacrées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, qui donne un cadre législatif à ces bonnes pratiques en matière de sport-santé : elle accorde aux médecins la possibilité de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une ALD. Les articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique, issus du décret de 2016, forment la base juridique de ces prescriptions.

Une instruction ministérielle du 3 mars 2017 a complété ce cadre. Elle comporte un 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.

Des critiques ont été formulées sur ce dispositif, tant par la Cour des comptes que par la mission flash de l'Assemblée nationale relative à la prescription d'activités physiques, menée en 2018 par le député Belkhir Belhaddad ⁽¹⁾.

Ces critiques sont essentiellement relatives à l'absence de prise en charge financière de la dispensation et de la consultation médicale nécessaire pour réaliser le bilan médico-sportif, d'une part, et au manque de formation des médecins pour ces prescriptions, d'autre part. En effet, les profils fonctionnels des patients atteints d'une ALD, connus des éducateurs sportifs, ne seraient pas assez connus des médecins. Autre frein : la mauvaise connaissance par les praticiens de l'offre de sport santé existante dans leur périmètre d'intervention.

Le manque d'appropriation par les médecins traitants d'une initiative encore peu relayée auprès des professionnels de santé était aussi souligné par l'évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé dressée par l'IGAS en mars 2018.

C'est pourquoi le ministère a demandé, à la suite de ces travaux, aux ARS un recensement de l'offre d'activité et un bilan de mise en place du dispositif.

Cependant d'autres critiques ont porté sur l'absence d'indicateurs permettant l'évaluation de l'efficacité du dispositif, ou le nombre de prescriptions faites, et sur une confusion quant à la formation des intervenants spécialisés.

Des études portant sur le dispositif strasbourgeois de sport-santé, qui fonctionne avec succès depuis 2012, ont mis en exergue les défauts du cadre créé par le décret de 2017.

La mission IGAS-IGJS de 2018 confirmait aussi le besoin de clarification et simplification du cadre réglementaire.

(1) Communication de M. Belkhir Belhaddad, rapporteur de la « mission flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques, commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, janvier 2018.

5. La prise en charge très limitée de l'APA par l'assurance maladie doit évoluer

La prescription et la dispensation de l'APA ne font pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, qui a pour principe de ne pas rembourser les déterminants ou activités ayant des externalités positives sur la santé (telles qu'alimentation, sécurité routière, logement, amélioration de la qualité de l'air...). L'activité physique adaptée n'entre pas dans les prestations de soins et les enseignants d'APA ne sont pas des professionnels de santé, même si, parmi les professionnels de santé, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes peuvent dispenser l'APA.

Les maladies chroniques concernent 30 à 40 % de la population adulte. Aussi, pour le ministère, la prise en charge des séances d'activité physique adaptée n'est-elle pas envisagée avant que soit défini un modèle économique pour un parcours APA viable et soutenable.

La prise en charge de l'activité constitue le frein majeur au développement de cette thérapeutique non médicamenteuse. Cette question doit donc être examinée de manière approfondie, et des évolutions sont souhaitables.

Actuellement, les médecins prescrivent peu mais le nombre des professionnels du sport sur ordonnance est réduit aussi. Quelques milliers de personnes au total sont actuellement traitées, alors que le sport-santé serait bénéfique à plusieurs dizaines de milliers de personnes.... Le Dr Alexandre Feltz, adjoint à la santé à la Ville de Strasbourg, indique que dans la maison sport-santé de Strasbourg, ville « pionnière » en ce domaine, chaque professionnel doit suivre 100 à 110 patients...

a. Les prises en charge au titre des expérimentations dites « de l'article 51 »

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a permis de procéder à des expérimentations visant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. L'expérimentation est définie dans un cahier des charges présentant la durée, le territoire, le modèle organisationnel et de financement, les parties prenantes au projet... Le comité technique de l'innovation en santé (CTIS), créé par la même loi, rend un avis sur les dossiers d'expérimentation proposés ; enfin les expérimentations sélectionnées sont mises en œuvre après autorisation par arrêté interministériel pour les expérimentations nationales ou par décision du directeur général d'ARS pour celles qui sont régionales.

Au total, une trentaine d'expérimentations sont en cours avec une prise en charge de l'APA dans le cadre du traitement, pour lesquelles la demande de prise en charge est présentée par le porteur de projet.

Ces programmes d'APA entrent par exemple dans des parcours de soins destinées à des personnes obèses, à des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires, à des cas de réhabilitation respiratoire. Un parcours est destiné aux enfants à risque d'obésité.

Un exemple de parcours de santé associant l'activité physique pour les enfants souffrant d'obésité

Des expérimentations associant l'activité physique sont mises en place à l'intention d'enfants à risque d'obésité ou souffrant d'obésité morbide : les programmes « Retrouve ton cap » et OBEPEDIA, ce dernier ayant pour cible 500 000 enfants et adolescents obèses. Le programme associe des praticiens de différentes disciplines, y compris éducateurs sportifs et psychologues.

Le démarrage des programmes a été lent, avec des retards dans l'accès au financement. Si l'approche pluridisciplinaire semble fonctionner, la généralisation supposerait selon la Cour des comptes de revisiter la prise en charge médicale de l'enfant et de l'adulte.

Le parcours *post* cancer prévu par l'article L. 1415-8 du code de la santé publique, dont les textes d'application ont été finalisés en 2020, comprend des prestations définies par le médecin prescripteur en fonction des besoins du patient. Cela peut être un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'APA réalisé par un professionnel de cette activité ; un bilan et/ou des consultations diététiques, et enfin un bilan et/ou des consultations psychologiques. Un forfait de 180 euros est prévu, décliné à raison de 45 euros maximum pour un bilan d'une heure et 22,50 euros maximum pour une consultation de suivi diététique ou psychologique d'une demi-heure. Les séances d'activité physique adaptée ne sont pas financées dans le cadre de ce parcours.

Pour envisager la généralisation des expérimentations au titre de l'article 51, le ministère veut disposer d'une évaluation robuste montrant la preuve de bénéfices en santé de l'APA.

La stratégie du ministère est à ce jour plutôt de favoriser l'adhésion à la pratique d'une activité physique au long cours, en ciblant les financements sur les déterminants de cette pratique (entretiens motivationnels, responsabilisation, suivi et bilans réguliers), dans le cadre d'une démarche éducative pérenne tendant à la modification des habitudes de vie du patient.

Cette logique a prévalu pour définir le parcours *post* cancer, par exemple.

Une doctrine a été établie concernant les items pris en charge : la consultation du médecin, les bilans de la condition physique... Le ministère a fait le choix de concentrer l'effort financier sur l'accompagnement de l'activité physique, voire d'accroître le rythme du suivi et sa durée, de façon à favoriser l'observance du patient vis-à-vis de l'activité physique adaptée prescrite, et à renforcer son autonomisation à plus long terme quant à la pratique de cette activité.

Certaines caisses primaires d'assurance maladie ont pris l'initiative de proposer un remboursement partiel de l'APA, dans le cadre d'une expérimentation. C'est le cas dans les Bouches-du-Rhône, où la CPAM prend en charge, à hauteur d'un tiers, le coût des activités physiques prescrites aux femmes ayant souffert d'un cancer du sein. Les deuxième et troisième tiers sont pris en charge respectivement par les mutuelles et par la patiente.

Toutefois, de nombreuses ARS, privilégiant d'autres priorités, ne se sont pas saisies du dispositif, ce qui a pour conséquence de bloquer l'action des organismes complémentaires qui étaient prêts à mettre en place des protocoles. Il est regrettable que la direction générale de la santé ne les incite pas à mettre en œuvre l'expérimentation.

Plus récemment, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a ensuite permis l'expérimentation de la prise en charge de l'APA pour les patients diabétiques. Les textes d'application sont attendus.

L'approbation par l'Inserm du rôle de l'AP en santé mentale permettra certainement de déployer prochainement des expérimentations dans ce domaine aussi.

Toutefois, les rapporteurs regrettent la lenteur de la mise en œuvre des expérimentations votées, surtout si elles restent lettre morte dans certaines régions faute d'une implication de l'ARS.

b. Les divers soutiens financiers bénéficiant à l'APA

Le soutien du Fonds d'intervention régional (FIR) mobilisé par les ARS pour les acteurs et les programmes d'APA varie selon les régions, étant corrélé aux priorités définies par chaque ARS dans son projet fixant les objectifs à 5 ans en matière de promotion et prévention de la santé, après concertation avec les acteurs locaux. Le FIR est une enveloppe globale et fongible de manière asymétrique, et dont les crédits ne peuvent être fléchés de manière centrale en direction d'une priorité.

Il a déjà été mentionné l'imprécision du chiffrage des crédits du FIR consacrés au sport-santé. Une ligne spécifique pourrait être créée afin d'identifier la part consacrée à cette action, de mesurer la progression des programmes et des patients engagés dans cette démarche.

Les ARS ont apporté leur soutien à plusieurs programmes ou dispositifs d'APA créés en association avec les DRAJES (ex-DRJSCS) : on citera par exemple le dispositif Prescri'forme financé par l'ARS Île-de-France, le dispositif Prescri'mouv par l'ARS Grand Est, le réseau effORMip de Midi-Pyrénées par l'ARS Occitanie, les dispositifs d'accompagnement vers la pratique d'activité physique (DAPAP) par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Le financement des dispositifs résulte en général d'une synergie entre les acteurs que sont, outre les ARS, les collectivités locales, les CPAM *via* leurs crédits d'action sociale destinés aux publics précaires et certaines mutuelles.

Certaines personnes auditionnées ont regretté l'inégalité territoriale qui s'est installée selon elles, dans la mesure où certaines ARS n'ont apporté aucun co-financement à certains départements. Un engagement de toutes les ARS est très souhaité. Il en est de même des CPAM.

Une quinzaine de mutuelles participent actuellement à la prise en charge de thérapeutiques non médicamenteuses pour les affections de longue durée. Pour les affections non exonérantes (non longue durée), dix assurances santé complémentaires participent à la prise en charge de l'APA. Ces organismes – la MGEN par exemple – proposent à leurs adhérents des contrats prenant en charge une partie du coût de l'activité physique sur ordonnance, en général sous la forme de forfaits.

Dans le prolongement du Ségur de la santé et sur le volet de la prévention, des travaux ont été engagés par les ministères avec les mutuelles, sur la base des initiatives de certaines d'entre elles (VYV – mutuelle des sportifs – MAIF – MATMUT). L'enjeu de trouver des solutions pour assurer la prise en charge de forfaits APA a été reconnu, pour favoriser les parcours sport-santé particulièrement pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

Les collectivités locales ont pris des initiatives de soutien financier aux actions de sport-santé. C'est ainsi que Strasbourg apparaît une ville pionnière en la matière avec son dispositif « Sport-santé sur ordonnance » créé en 2012, pour lequel 300 médecins généralistes strasbourgeois ont signé la charte d'engagement.

Le dispositif « Sport-santé sur ordonnance » de la Ville de Strasbourg

Ce dispositif représentait en 2018 un coût de 450 000 euros par an, dont 70 % sont financés par la Ville de Strasbourg, 10 % par l'agence régionale de santé (ARS) du Grand Est, et 5 à 10 % par le régime local d'assurance maladie. Ce coût correspond essentiellement à la rémunération des 7 équivalents temps plein (ETP) d'éducateurs sportifs – qui étaient déjà employés par la municipalité et qui ont été associés au dispositif à la faveur de redéploiement d'effectifs. L'utilisation des installations sportives – dont la mise à disposition n'est pas toujours facile dans d'autres villes – représente également un coût. Au total, à Strasbourg, 2 000 personnes sont entrées dans le dispositif depuis 2012 (70 % de femmes et 30 % d'hommes).

La pratique des activités physiques adaptées est gratuite la première année et donc intégralement financée par la collectivité. Puis elle fait l'objet d'une tarification solidaire progressive oscillant entre 20 et 100 euros par an, selon les ressources des bénéficiaires, les deuxième et troisième années.

Les bénéficiaires se sont montrés satisfaits du dispositif : outre qu'ils ressentent les bienfaits sur leur santé d'activités physiques vers lesquelles ils ne seraient pas spontanément allés et que leur consommation de médicaments soit réduite, ils apprécient le lien social permis par la pratique des activités physiques, y compris avec les sportifs qui ne souffrent pas d'ALD.

Le patient pratiquant de l'activité physique adaptée prend en charge lui-même une partie du coût dans tous les cas, ce qui est préférable selon les praticiens entendus, pour limiter l'abandon en cours de programme.

c. La dépendance aux subventions fragilise les structures associatives d'APA, en l'absence de financement public pérenne

L'évaluation de l'IGAS de 2018 soulignait que les expériences mises en place souffrent d'une fragilité des financements, dont les critères dépendront des stratégies régionales et locales. Les inspecteurs concluaient que « *s'il ne s'agit évidemment pas de remettre en question les partenariats qui ont pu être opportunément tissés, il revient à l'État d'assurer une homogénéité des financements afin de garantir un modèle économique plus pérenne pour les structures financées et éviter les inégalités territoriales* ».

Il aurait été effectivement préférable que la question du financement par l'assurance maladie des activités physiques adaptées pour les patients en ALD soit tranchée en amont de la mise en place des maisons sport-santé, sur le fondement des référentiels de la HAS. À défaut, ces maisons connaîtront la même fragilité.

6. Un élargissement de la prescription d'APA est nécessaire pour donner une impulsion à son développement

On soulignera que la SNSS a prévu un élargissement de la prescription d'APA à d'autres médecins que le médecin traitant et un élargissement de la prescription à d'autres patients atteints de maladies chroniques hors ALD et/ou atteints de facteurs de risque (hypertension artérielle, obésité, etc.).

À la suite de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, puis du décret d'application, une instruction ministérielle du 3 mars 2017 portait en annexe un guide visant à faciliter la prescription de l'AP par le médecin traitant et à recenser les offres locales d'APS. Le guide tentait de définir les compétences nécessaires aux personnels d'encadrement de l'AP et les métiers correspondants.

Toutefois ce guide a posé des difficultés, comme l'ont souligné plusieurs intervenants entendus par les rapporteurs. Ainsi l'exclusion des médecins spécialistes était très réductrice, car beaucoup de spécialistes, notamment en milieu hospitalier, sont très mobilisés sur la pratique d'APA par leurs patients. Également, le guide définissait les compétences nécessaires en fonction du profil fonctionnel des patients, lié à la limitation des fonctions locomotrices. Cette approche, familière

aux éducateurs sportifs et professionnels du sport-santé, ne l'est pas encore pour les médecins non formés. Enfin, des encadrants possédant des formations sport-santé non reconnues risquaient de voir leurs actions mises en question. Aussi le dispositif juridique global doit être amélioré pour prendre en compte les modèles d'action implantés et connaissant de bons résultats, et doit être certainement simplifié.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les inspections des administrations et lors de travaux parlementaires. Nous citerons quelques-unes de ces pistes :

- l'élargissement du dispositif APA aux patients atteints de maladies chroniques hors ALD et présentant des facteurs de risques (hypertension artérielle, obésité, surpoids) au regard des bienfaits aussi reconnus de l'APA pour ces publics : cette proposition a été faite dans le cadre de la proposition de loi visant à démocratiser le sport en France en débat prochainement au Sénat ;

- la recherche d'un modèle financier pour la prise en charge du dispositif APA pour un déploiement équitable sur le territoire et auprès de la population concernée : le ministère souligne que cette option est mise en œuvre dans le cadre des évaluations des expérimentations « article 51 » de la LFSS 2018 sur le volet médico-économique ;

- élargir la possibilité de prescrire, qui appartient aujourd'hui seulement au médecin traitant, à d'autres médecins – médecin spécialiste (oncologue, diabétologue, cardiologue...) –, au médecin du travail, au médecin du sport, par exemple. Cela supposerait d'accroître leur formation sur le sport-santé.

Il s'agirait d'évolutions très importantes, déjà évoquées lors de travaux parlementaires (examen du PLFSS 2021 et amendements parlementaires dans le cadre de la proposition de loi « Démocratiser le sport en France »).

Les rapporteurs sont favorables à plusieurs évolutions.

• Prendre en charge la consultation médicale spécifique ouvrant la prescription d'APA

La consultation médicale spécifique comportant le bilan médico-sportif et motivationnel du patient, consultation qui permettra la prescription de l'APA, pourrait être prise en charge par l'assurance maladie. Elle prendrait la forme d'un objectif dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), ou d'un forfait attribué par patient souffrant des pathologies améliorables par l'APA.

Il convient de prévoir corrélativement la qualification de la prescription d'APA (la visite médicale de prescription d'APA n'est pas codifiée) afin de pouvoir « requêter », c'est-à-dire connaître, de manière systématique, le nombre de ces prescriptions et la pathologie concernée.

Le coût de cette consultation varie entre 30 et 50 euros. Certaines CPAM, comme celles de Rouen et d'Évreux, ont autorisé une cotation différente à 50 euros pour une consultation de prescription et d'orientation d'APA, comme l'a souligné le Dr Burel, médecin généraliste et médecin du sport à Rouen, créateur du pôle Santé sport dans cette ville. Cette caisse est particulièrement pionnière dans ce domaine puisqu'elle a contribué à la création et au financement de l'association Vital'Action à Rouen.

• Formaliser la partie « conseils de prévention » de la consultation du médecin traitant

Il a déjà été souligné que la part de la prévention dans une consultation médicale est mal connue, et probablement insuffisante. Les rapporteurs seraient favorables à une formalisation de la partie « conseils de prévention » des consultations du médecin traitant pour tous les patients, et, plus précisément, de l'inscription d'un indicateur dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) du médecin traitant.

• Remplacer une partie des soins de suite par un programme de plusieurs semaines d'APA en ambulatoire

Des équipes médicales ont pu expérimenter, pour quelques pathologies, cardiaques notamment, mais aussi pour des patients atteints de Covid « long », la prise en charge par l'assurance maladie d'un programme d'APA après le traitement de la crise *post* aiguë. Ce traitement se déroulant sur plusieurs semaines est destiné à changer le comportement du patient. Ainsi par exemple, pour un traitement après la crise aiguë de quatre semaines, les soins de suite sont limités à trois semaines, et la dernière semaine est remplacée par un programme de quatre mois d'APA. La dépense pour l'assurance maladie est équivalente, car le coût des soins de suite est très élevé et la pratique de l'activité physique beaucoup plus accessible. La pratique de l'APA sur une période assez longue, car un programme prévu sur quatre mois se fait bien souvent sur cinq à sept mois, permettra vraiment au patient de modifier son mode de vie vers moins de sédentarité, ce qui sera bien plus bénéfique pour éviter la rechute que la dernière semaine de soins de suite. En outre, il retrouvera son domicile, voire la vie professionnelle, un peu plus tôt.

Une durée de quatre mois est considérée comme optimale car c'est le temps nécessaire pour obtenir des résultats pour toutes les capacités musculaires et respiratoires que nous avons mentionnées plus haut, et c'est une période qui permet le changement des habitudes. Aussi le traitement pris en charge par les mutuelles sera fréquemment de 48 séances pendant 4 mois (soit 3 fois par semaine).

• Élargir la prescription du sport-santé au-delà des seules affections de longue durée

La proposition de loi votée par l'Assemblée nationale élargit la possibilité de prescription d'APS à l'ensemble des maladies chroniques, afin de prévenir leur aggravation et l'apparition de pathologies graves. Ainsi les troubles anxieux et

dépressifs pourraient appeler une prescription par le médecin. Cet élargissement donnerait une grande ampleur à la prévention par l'APS, pour encourager les patients à débiter, ou poursuivre, une activité physique et sportive, sans l'accompagner de prise en charge par l'assurance maladie.

L'élargissement de la prescription de l'AP par le médecin généraliste à une patientèle plus large a été admis dans certains États ; en Suède, par exemple, le médecin prescrit de l'AP en prévention primaire ou secondaire à son patient. Cette prescription consiste en conseils et recommandations de pratique quotidienne ou hebdomadaire, qui ne comportent pas de coût pour l'assurance maladie.

Le rôle de la prescription dans la pratique d'une activité physique apparaît très important : l'expertise de l'Inserm en 2019 rapporte que ce rôle a été étudié au Danemark et en Nouvelle-Zélande, une ordonnance écrite aurait en moyenne deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral. Les effets seraient encore multipliés dans le cas des « *green prescriptions* » dont l'objectif et les modalités de l'activité physique sont discutés avec le patient et ancrés dans ses envies, ses motivations et son parcours de soins. L'étude danoise souligne qu'une formation à la prescription d'activité physique pour les médecins généralistes est nécessaire si l'on veut améliorer l'observance et la durabilité de l'activité physique pratiquée, ce qui fait défaut en France, comme on l'a souligné.

• Introduire une fiscalité incitative pour favoriser le financement de l'activité physique adaptée

Les rapporteurs sont favorables à l'adoption d'une mesure fiscale incitative pour favoriser **le développement de garanties innovantes par les organismes proposant des garanties santé complémentaires**. À ce titre, une offre de panier de soins complémentaires incluant la prise en charge de séances de sport-santé, prescrites par le médecin traitant.

Les cotisations émises par ces organismes sont en effet soumises à la taxe de solidarité additionnelle (TSA), régie par les dispositions de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale : celle-ci pèse sur les primes ou cotisations d'assurance relatives aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées au profit des mutuelles et unions de mutuelles, des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance.

Les primes servant de base de calcul à cette taxe sont celles qui financent des remboursements de soins de santé non pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie ⁽¹⁾.

(1) Doivent être intégrés dans l'assiette de la taxe :

- la prime et les majorations de prime,
- les accessoires, notamment les frais de recouvrement, frais d'avenant, frais d'estimation...
- diverses autres sommes telles que notamment les indemnités de résiliation ou pénalités de retard pour retard de paiement.

Cette taxe admet deux taux : 13,27 % pour les garanties santé – solidaires et responsables (1^{er} alinéa du II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale) et un taux à 20,27 % hors contrat responsable (4^{ème} alinéa du même article). Elle admet aussi un certain nombre de cas de taux réduits.

L'enjeu de la prévention en santé et de la lutte contre la sédentarité, tel que nous l'avons décrit, justifierait de mettre en place, dans le cadre du contrat responsable entre l'assuré et son organisme complémentaire, un levier fiscal « comportemental », comme cela a été admis avec les taux réduits de TVA.

Il pourrait prendre la forme d'un taux réduit (troisième taux) de 5 % par exemple pour toutes les prestations innovantes non prises en charge par l'assurance maladie, telles que l'APA, la consultation de psychologue et de diététicien intervenant en prévention secondaire ou tertiaire.

En 2019, le produit de la TSA s'est élevé à 5,2 milliards d'euros. Cette somme a été affectée au fonds de la Complémentaire santé solidaire (CSS) à hauteur de 2,7 milliards d'euros et à la branche maladie à hauteur de 2,5 milliards d'euros.

Les rapporteurs n'ignorent pas que la taxe représente une solidarité financière des organismes complémentaires en santé avec la sécurité sociale. Mais ils considèrent qu'elle ne peut être que cela, et la détérioration de la santé de la population leur paraît justifier un « signal prix » à destination des adhérents.

Ceux-ci seront certainement volontaires pour souscrire à ces paniers de garanties novateurs accompagnant les prises en charge classiques. La baisse de recettes de l'assurance maladie sera compensée par la moindre dépense de médicaments et la réduction des arrêts de travail. Et il est très possible qu'un effet volume se produise, avec des souscriptions accrues de garanties plus complètes et notamment de sport-santé.

Les rapporteurs proposent aussi la mise en place **d'un crédit d'impôt pour les entreprises** qui favorisent par des investissements l'activité physique et sportive de leurs salariés.

Enfin, ils sont favorables à une augmentation significative des crédits alloués au Fonds national « mobilités actives » créé en 2018 en vue de soutenir et accélérer les projets de création d'axes cyclables au sein des collectivités, actuellement de 50 millions d'euros.

7. Des outils commencent à être mis à disposition des médecins traitants

Les médecins sont peu formés de manière générale sur l'apport de l'activité physique, mais en outre ils sont encore insuffisamment informés des dispositifs existants pour orienter leurs patients.

Un certain nombre d'outils sont progressivement mis à la disposition des médecins traitants. Nous citerons le Médicosport santé, dictionnaire à visée

médicale des disciplines sportives (2017), une note et un guide de la HAS sur la prescription médicale d'activité physique. Les ARS ont effectivement commencé à déployer des plateformes régionales de recensement de l'offre d'activité physique adaptée et d'aide à l'orientation des médecins prescripteurs.

Ainsi par exemple, l'ARS Île-de-France a mis à disposition des médecins, des éducateurs sportifs, des associations sportives et du grand public un site internet dédié au développement du sport-santé intitulé Prescri'forme. S'y ajoute un numéro d'appel régional pour les médecins et des outils d'accompagnements sous la forme de guides pratiques.

Deux méthodes coexistent pour recenser les structures délivrant des activités physiques adaptées : la coordination en amont par département puis l'agrégation (comme le fait l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes) ou bien l'agrégation progressive des structures (conduite par l'ARS Normandie).

Deux acteurs principaux interviennent depuis une période récente en matière de ressources et d'expertise : le Pôle ressources national sport-santé bien-être et l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS).

8. Définir une filière nationale pour l'activité physique adaptée, reliant les acteurs publics et privés

Beaucoup d'interlocuteurs des rapporteurs ont regretté le peu de prescription d'APA par les médecins traitants, et des représentants de la Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) ont indiqué n'avoir reçu aucun patient adressé par un médecin depuis 1996, malgré une spécialisation dans le domaine. Une action d'information doit être menée, par la CNAM notamment, afin de créer une filière nationale pour l'APA, rassurer et informer les médecins prescripteurs comme les patients de la qualité de la prise en charge et de l'encadrement des activités.

Les référentiels publiés progressivement doivent être connus par le prescripteur d'APA, qui doit savoir orienter son patient vers un médecin du sport – sans le considérer comme un concurrent – ou un professionnel du sport-santé pour réaliser le bilan de ce patient, car le médecin n'en connaît pas, en l'état actuel des connaissances, le contenu détaillé. Le bilan avant et après la prise en charge doit être adressé au médecin prescripteur, qui doit rester en charge de l'évaluation de la santé de son patient.

Les étapes incontournables du parcours du patient sous prescription

1. La prescription d'activité physique : le médecin prescripteur sera le déclencheur d'un parcours que devra suivre le patient.
2. L'évaluation : le médecin prescripteur orientera le patient vers un évaluateur qui déterminera une proposition de programme d'activité à l'issue d'un bilan de l'état de sa condition physique et d'un entretien sur son niveau motivationnel. Le bilan motivationnel va permettre de mieux connaître les attentes du patient en termes de pratique et de mieux organiser son orientation. Cette étape peut ainsi éviter des abandons prématurés en cours de cycle.
3. L'orientation : l'évaluateur, en accord avec le médecin prescripteur, orientera le patient vers un lieu d'organisation de l'AP disposant d'un encadrement qualifié. Dans certains cas, lorsque les personnes n'ont jamais pratiqué d'AP, on orientera les patients vers un programme « passerelle » qui constitue une phase transitoire à des fins de mise à niveau nécessaire.
4. Le suivi du patient : l'évaluateur organisera un suivi régulier du patient lors de sa pratique afin de mesurer la constance de ce dernier à suivre l'activité, son niveau de progression et enfin anticiper sa future sortie du programme par l'organisation de son adhésion à une pratique régulière en autonomie.

Source : IGAS.

L'Inserm, dans une expertise effectuée en 2019, souligne qu'au-delà de commencer une pratique physique, c'est une démarche éducative et un changement des habitudes de vie qui doivent s'opérer.

L'expertise, considérant que le bienfait de l'activité physique sur les patients atteints de la maladie chronique n'était plus à démontrer, s'est concentrée sur comment amener les patients atteints de pathologies chroniques à une activité physique régulière, tout au long de la vie. C'est ainsi que *« le groupe d'experts recommande d'associer à la prescription une démarche éducative pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme. Il recommande d'articuler les programmes d'activité physique avec les programmes d'éducation thérapeutique et d'initier toute démarche par un bilan éducatif partagé qui invite le patient à identifier ses habitudes de vie, ses besoins, possibilités, envies, les freins et les leviers, la manière dont il aimerait pouvoir être aidé. Il convient alors avec l'enseignant en activité physique adaptée ou le professionnel de santé qui mène le bilan, de fixer un objectif et d'identifier les moyens qu'il mobilisera pour l'atteindre »*.

On soulignera qu'une démarche de certification des structures de sport-santé est initiée par la DRAJES (issues de la transformation en 2021 des DRJSCS).

Proposition n° 14

Rendre la prescription de l'activité physique adaptée plus accessible en instaurant une prise en charge, par l'assurance maladie, de la consultation médicale spécifique comportant le bilan médico-sportif et motivationnel préalable.

Proposition n° 15

Favoriser le financement de l'activité physique adaptée :

- mettre en place, dans le cadre du contrat responsable, une taxe de solidarité additionnelle réduite à 5 % pour les organismes de couverture complémentaire santé qui intègrent une prise en charge financière de l'activité physique adaptée pour leurs adhérents ;
- mettre en place un crédit d'impôt pour les entreprises qui favorisent par des investissements l'activité physique et sportive de leurs salariés ;
- augmenter significativement le montant du Fonds de développement des mobilités actives pour le plan Vélo.

B. L'APA POUR LES SÉNIORS : UN BON MOYEN POUR PRÉVENIR LA DÉPENDANCE

En France, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait atteindre un tiers de la population en 2040. Les projections rappelées par la Haute autorité de santé indiquent que le nombre de personnes dépendantes passera de 1,2 million en 2012 à 2,3 millions en 2060.

Les données scientifiques disponibles, comme les témoignages des acteurs entendus par les rapporteurs conduisent à des conclusions analogues : **l'activité physique adaptée est un élément fondamental de la prolongation de l'autonomie des personnes âgées.**

Selon la Haute autorité de santé ⁽¹⁾, « *l'activité physique ralentit les changements physiologiques liés à l'âge, améliore la santé des personnes âgées dans ses trois dimensions physique, psychique et sociale, et contribue à la prévention des pathologies chroniques liées au grand âge. Elle joue un rôle majeur dans la prévention et le traitement de la fragilité et des risques de chutes, favorise le maintien de l'autonomie et prévient la dépendance avec l'avancée en âge. Elle améliore la cognition des personnes âgées sans troubles cognitifs ou avec un trouble neuro-cognitif mineur, ralentit le déclin fonctionnel des personnes âgées*

(1) Organisation des parcours – Prescription d'activité physique et sportive – Les personnes âgées, HAS, juillet 2019.

atteintes d'une démence. Et chez l'adulte d'âge moyen, l'AP joue un rôle important en prévention primaire de la maladie d'Alzheimer ».

Parmi les mesures relatives à la santé par l'activité physique et sportive, le comité interministériel pour la santé du 25 mars 2019 a prévu de promouvoir l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les seniors. À ce titre, il était prévu que les stages de préparation à la retraite intègrent progressivement la présentation des recommandations en matière d'APS et présentent l'offre de pratique adaptée aux seniors, comme était prévu le déploiement, sur l'ensemble du territoire, de projets sportifs territoriaux incluant la thématique « APS et seniors » et des programmes d'APS construits spécifiquement pour intervenir en EHPAD.

Il est clair que la crise sanitaire n'a pas favorisé le développement de ces mesures mais aujourd'hui, compte tenu de l'importance de l'enjeu de la dépendance en termes d'organisation, de prise en charge matérielle et financière, il apparaît plus que nécessaire d'ériger l'activité physique adaptée des seniors au rang des priorités de santé publique.

Il est nécessaire d'intervenir en amont des EHPAD accueillant les personnes âgées les plus dépendantes et de favoriser une offre d'APA de proximité pour les seniors, en milieu urbain comme en ruralité.

1. L'activité physique des seniors, des bienfaits incontestables pour retarder la dépendance

a. Les conséquences du vieillissement

Les conséquences du vieillissement ont été récemment rappelées par la HAS ⁽¹⁾ : la capacité cardio-respiratoire diminue de 5 à 10 % par décennie à partir de 30 ans, la masse, la force et la puissance musculaires diminuent – à 80 ans les personnes âgées ont perdu la moitié de leur masse musculaire initiale – ; la souplesse diminue et les capacités neuromusculaires, dont l'équilibre, sont altérées. Les capacités fonctionnelles diminuent tandis que les risques de chutes sont accrus, et avec l'ostéoporose, les risques de fractures.

(1) Ibidem.

CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES ET DE LA COMPOSITION CORPORELLE LIÉS À L'ÂGE

Variables	Changements avec l'âge
Fréquence cardiaque au repos	inchangée
Fréquence cardiaque maximale	diminuée
Pression artérielle au repos et à l'exercice	augmentée
Débit cardiaque maximal	diminué
Capacité vitale (respiratoire)	diminuée
Capacité cardio-respiratoire (VO ₂ max)	diminuée
Masse maigre corporelle (dont la masse musculaire)	diminuée
Pourcentage de masse grasse corporelle	augmenté
Masse osseuse	diminuée
Force et puissance musculaire	diminuées
Souplesse musculo-articulaire	diminuée
Tolérance au glucose	diminuée

Source : « Organisation des parcours – Prescription d'activité physique et sportive – Les personnes âgées », HAS, juillet 2019.

Parmi la population des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 20 % sont fragiles après 65 ans et 25 à 50 % après 85 ans (on entend par fragiles les personnes autonomes dont la fragilité peut être réversible notamment par l'activité physique).

Toujours selon la HAS, 25 % des femmes et 17 % des hommes de 55 à 85 ans déclarent être tombés au cours des 12 derniers mois. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 85 % des recours aux services d'urgence pour un accident de la vie courante ont pour origine une chute.

Plusieurs interlocuteurs des rapporteurs ont en outre indiqué que le nombre de chutes chez les personnes âgées avaient progressé de 20 à 30 % dans le contexte de la crise sanitaire et du défaut d'activité physique qui en a résulté.

b. Les bénéfices de l'activité physique adaptée chez les seniors

Selon l'OMS, les personnes âgées plus actives sur le plan physique :

- ont un plus faible taux de mortalité, toutes causes confondues, de cardiopathies coronariennes, d'hypertension artérielle, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète de type 2, de cancer du côlon et du sein ; ont une plus grande capacité cardio-respiratoire et musculaire, une masse corporelle et une répartition des tissus plus saines ;

- ont des marqueurs biologiques indiquant une prévention plus grande des maladies cardio-vasculaires, du diabète de type 2 ainsi que le renforcement de la qualité des os ;

- et ont une meilleure santé fonctionnelle, moins de risque de chuter, et ont de meilleures fonctions cognitives ; ont moins de risque d'être limitées de façon modérée ou sévère dans leur fonctionnement et de voir leur rôle social diminuer.

2. Les préconisations d'APA pour les seniors

a. Les recommandations de l'OMS pour les seniors en bonne santé

L'OMS a édicté des recommandations d'activité physique pour les personnes de plus de 65 ans en bonne santé :

– 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée par semaine (cet objectif peut être atteint en pratiquant plusieurs activités d'au moins 10 minutes chacune, réparties sur une semaine) ;

– pour en retirer des bénéfices supplémentaires, les activités d'endurance d'intensité modérée devraient atteindre 300 minutes par semaine (ou 50 minutes d'activité soutenue) ;

– des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

b. La nécessité de mettre en œuvre des programmes adaptés aux seniors, après évaluation de leur profil

Selon la HAS, l'évaluation gériatrique permet de repérer les facteurs de fragilité et de mettre en place des actions ciblées dont de l'activité physique, approche qui a montré son efficacité.

À titre d'exemple, le programme européen « Vivifrail » pour la prévention de la fragilité et des chutes chez les personnes de plus de 70 ans propose des activités physiques adaptées (exercices d'équilibre, renforcement musculaire, assouplissement et endurance) ou les programmes « Lifestyle integrated functional exercise » (LIFE) pour la prévention des chutes, qui proposent aux personnes âgées à domicile des exercices à effectuer lors de leurs activités de la vie quotidienne, comme par exemple : enjamber des objets, transférer son poids d'une jambe à l'autre, changer de direction, etc. Ces programmes permettraient notamment une réduction de 31 % du taux de chutes.

Ces programmes d'activité physique doivent naturellement être conduits par des personnes formées, précédés et suivis de bilans de condition physique sous forme de tests permettant d'évaluer le risque de chute, la capacité de marche...

De tels tests pourraient être proposés de manière systématique et visible, à des moments-clés de la vie comme le départ à la retraite, permettant ensuite de mettre en œuvre des programmes adaptés qui resteront toujours moins coûteux que la prise en charge de la dépendance.

Exemples de tests de performance physique pour les personnes âgées

➤ Le « **Senior Fitness Test** » (SFT) qui évalue, en 15 à 30 minutes, quatre composantes de la condition physique et permet de comparer l'évolution des personnes avant et après un programme d'activité physique.

Senior Fitness test (SFT), 6 items	Durée de passation	Cotation
<p><u>Endurance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de 2 minutes sur place : nombre de montées de genou réalisées pendant 2 minutes (à un point situé à mi-distance entre la rotule et la crête iliaque) - ou test de marche de 6 minutes (TM6) : distance parcourue en 6 minutes sur un circuit de 50 mètres <p><u>Équilibre dynamique, agilité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test aller-retour en marchant : nombre de secondes pour le plus vite possible : se lever, marcher 2,5 mètres, faire demi-tour et retourner s'asseoir <p><u>Force musculaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de flexion de bras : assis sur une chaise, réaliser le plus grand nombre de flexions de bras réalisées en 30 secondes en tenant une haltère 2 kg pour les femmes et 3 kg pour les hommes (contractions du biceps) - Test assis/debout : assis sur une chaise, réaliser le plus grand nombre de levées en 30 secondes, avec les bras croisés sur la poitrine <p><u>Souplesse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Souplesse du haut du corps (gratte-dos) : une main au-dessus de l'épaule, paume contre le dos, et l'autre atteint le milieu du dos, paume vers l'extérieur, mesurer la distance entre les majeurs. Réaliser des deux côtés, prendre la plus petite distance - Souplesse du tronc : assis sur le bord d'une chaise, une jambe tendue, les mains cherchent à atteindre le pied, la distance entre le bout des doigts et le pied est mesurée 	<p>Ordre de passation des tests :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Assis/debout (20 s) 2 Flexion bras (30 s) 3 Souplesse du tronc 4 Aller-retour en marchant 5 Souplesse du haut du corps 6 TM6 ou test de 2 minutes sur place 	<p><u>Seuil indicatif</u> témoignant d'un faible état fonctionnel :</p> <p>≤ 25th percentile (1) aux normes en fonction de l'âge et du sexe du patient, mais pas de ses caractéristiques (poids, taille, état de santé, etc.)</p>

➤ Le « **Short Physical Performance Battery** » (SPPB) explore, en 10 minutes, l'équilibre statique, l'endurance et la force musculaire des membres inférieurs. Ce test est utilisé dans le programme « Vivifrail » et classe les personnes âgées en quatre catégories selon le score obtenu (de « sans incapacité significative » pour 10 à 12 points à « incapacité sévère » pour 0-4 points).

Short Physical Performance Battery (SPPB)	Cotation	
<p>Test d'équilibre statique (4 points)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pieds joints l'un à côté de l'autre - Position semi-tandem : talon d'un pied au niveau du gros orteil de l'autre pied - Position tandem : talon d'un pied en contact avec la pointe de l'autre pied 	<p>Durée de maintien de l'équilibre en secondes :</p> <p>1 point : 10 s 0 point : < 10 s</p> <p>1 point : 10 s 0 point : < 10 s</p> <p>2 points : 10 s 1 point : 3 à 9 s 0 point : < 3 s</p>	
<p>Test de vitesse de marche sur 3 ou 4 mètres (4 points)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps requis pour marcher 3 ou 4 mètres à un rythme normal (utiliser le meilleur temps des deux essais) 	<p>Marche sur 3 mètres</p> <p>4 points : VM < 3,625 s 3 points : VM 3,62 à 4,65 s 2 points : VM 4,66 à 6,50 s 1 point VM > 6,52 s 0 point : incapable</p>	<p>Marche sur 4 mètres</p> <p>4 points : VM < 4,82 s 3 points : VM 4,82 à 6,20 s 2 points : VM 6,21 à 8,70 s 1 point VM > 8,70 s 0 point : incapable</p>
<p>Test du lever de chaise (4 points)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps pour se lever 5 fois d'une chaise, le plus vite possible, dos droit et bras croisés 	<p>4 points : < 11,19 s. 3 points : 11,20 à 13,69 s 2 points : 13,70 à 16,69 s 1 point : 16,70 à 59 s 0 point : > 60 s ou incapable</p>	

3. Développer des actions pérennes à domicile et dans les établissements

Développer l'APA adaptée des séniors doit devenir une priorité dans les établissements mais aussi à domicile afin de prolonger l'autonomie des personnes âgées.

a. L'APA des séniors, la cinquième roue du carrosse ?

Au-delà de la question récurrente des moyens pour financer de manière pérenne ce type d'actions non perçues comme des priorités, les acteurs entendus ont souligné la nécessité de conforter l'APA en termes d'organisation, de mise en œuvre et de suivi par des personnels formés, d'implication de tous les acteurs dans le cadre de projets collectifs structurants.

– Des modalités de financement hétérogènes et non pérennes

Les modalités de financement de l'AP sont différentes selon les départements : certains s'engagent dans ces actions ou allouent un budget ponctuel en fin d'exercice, parfois les ARS lancent des appels à projets et ces dispositifs ne sont pas toujours pérennisés, les caisses nationales d'assurance vieillesse (CNAV), les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les mutuelles, les collectivités territoriales soutiennent elles aussi des cours collectifs d'AP ou de l'AP à domicile.

Parfois, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont signés avec les établissements mais l'organisation est différente selon les régions et ces contrats n'enjambent pas une longue période. Par ailleurs, l'APA peine manifestement à être financée dans le cadre des services à domicile.

La conférence des financeurs permet de mettre en place des services à domicile mais les financements restent très hétérogènes ce qui n'offre pas une bonne visibilité et ne permet pas un pilotage satisfaisant. Le rôle moteur du département et la présence de tous les acteurs concernés autour de la table apparaissent comme un gage de réussite.

La conférence des financeurs

Le rôle de la conférence des financeurs, présidée par le président du conseil départemental, est défini par les articles L. 233-1 et L. 233-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans chaque département et dans la collectivité de Corse, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental ou de la collectivité de Corse, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du

présent code et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Le programme défini par la conférence porte sur :

1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue au 5° du I de l'article L. 14-10-1 du présent code ;

2° L'attribution du forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 du présent code ;

3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, intervenant auprès des personnes âgées ;

5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

6° Le développement d'autres actions collectives de prévention.

La conférence des financeurs est également compétente en matière d'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées.

– Une organisation non structurée et des actions peu visibles

L'organisation pérenne d'activité physique au bénéfice des seniors nécessite aussi de recourir à des personnels formés, or la formation à l'activité physique adaptée pour ce public spécifique est manifestement inégale. Il serait en outre nécessaire de mieux reconnaître et valoriser ces métiers.

En termes d'organisation au sein des établissements, la crise sanitaire a nécessité, pour tous les personnels, de dépasser la gestion en silo et il semble que ce fonctionnement gagnerait à être pérennisé.

L'organisation des parcours de soins doit aussi être lisible et fluide. Dans cette perspective, la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), développée sur le territoire, permet d'associer tous les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie par l'intégration des services d'aide et de soins. Il s'agit de :

- rendre plus lisibles les offres des services d'aide et de soin de proximité,
- simplifier les démarches nécessaires pour activer les dispositifs existants,
- éviter les ruptures de prise en charge dans les parcours de soins.

C'est dans le cadre de parcours de soins intégrés que l'APA semble pouvoir trouver la place qui doit être la sienne, au cœur des actions de prévention.

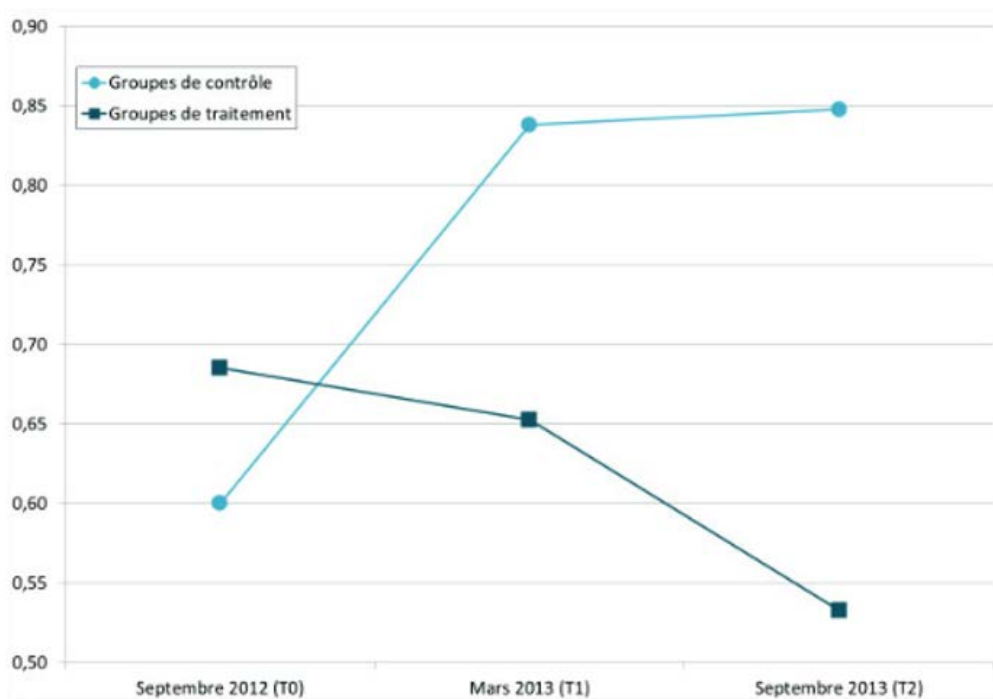
b. Des initiatives de terrain qui portent leurs fruits

➤ **Le protocole HAPPIER** ⁽¹⁾ propose des activités physiques dans une trentaine de maisons de retraite de Belgique, Espagne, France et Irlande, pour prévenir les risques de chutes et des séances de gymnastique pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce protocole, conduit avec le concours de l'association Siel Bleu, qui propose depuis plus de 20 ans des programmes d'activité physique adaptée pour les personnes fragilisées, a été évalué en janvier 2015 par l'Institut des politiques publiques (IPP) ⁽²⁾.

La comparaison entre les groupes ayant suivi des séances d'APA (une à deux heures par semaine) et les autres fait apparaître des différences spectaculaires, en particulier sur les chutes bénignes mais aussi pour les chutes accidentelles. On rappellera que les chutes et leurs complications sont à l'origine de 50 % des traumatismes des personnes de plus de 65 ans.

IMPACT DU PROGRAMME HAPPIER SUR LE NOMBRE DE CHUTES BENIGNES

(par personne par semestre)



Source : évaluation d'un programme d'activité physique adapté à un public de personnes âgées – Chloé Gerves, Carine Milcent, Claudia Senik – Les notes de l'IPP, janvier 2015.

L'étude de l'IPP s'est aussi penchée sur les conséquences financières des chutes qui représentent 30 % des motifs d'hospitalisation, tandis que les personnes de plus de 75 ans représentent moins de 10 % de la population mais 20 % de la dépense en soins. Or, rappelle-t-elle, le coût des chutes représente environ la moitié du coût total des soins dispensés aux personnes âgées.

(1) *Healthy activity and physical program innovations in elderly residences (HAPPIER).*

(2) *Évaluation d'un programme d'activité physique adapté à un public de personnes âgées – Chloé Gerves, Carine Milcent, Claudia Senik – Les notes de l'IPP, janvier 2015.*

En France, le taux de chute en maison de retraite est estimé entre 1,5 à 1,7 milliard par an et le coût moyen de traitement d'une chute compris entre 2 000 et 3 400 euros (soit un coût total d'environ 1,5 milliard d'euros par an, pour environ 500 000 résidents en maison de retraite).

Le coût de ce programme qui réduit d'un tiers le nombre de chutes étant estimé à 158 euros par an et par résident, l'économie annuelle réalisée par résident est donc comprise entre $0,5 \times 2\,000 \text{ €} - 158 \text{ €}$ soit 842 € et $0,5 \times 3\,400 \text{ €} - 158 \text{ €}$ soit 1 542 € et donc, au total, **une économie comprise entre 421 millions d'euros et 771 millions d'euros pour 500 000 résidents en maison de retraite.**

On ajoutera que ce programme permet aussi d'améliorer le bien-être, la qualité de vie et l'autonomie ; ainsi, 30 % des personnes mangeaient seules, et prenaient leur douche seules, à l'issue de ce programme.

➤ Autre évaluation probante de l'activité physique au bénéfice des personnes âgées : celle conduite en Pays de la Loire en 2016 qui met aussi en lumière les obstacles rencontrés pour développer ce type d'activités.

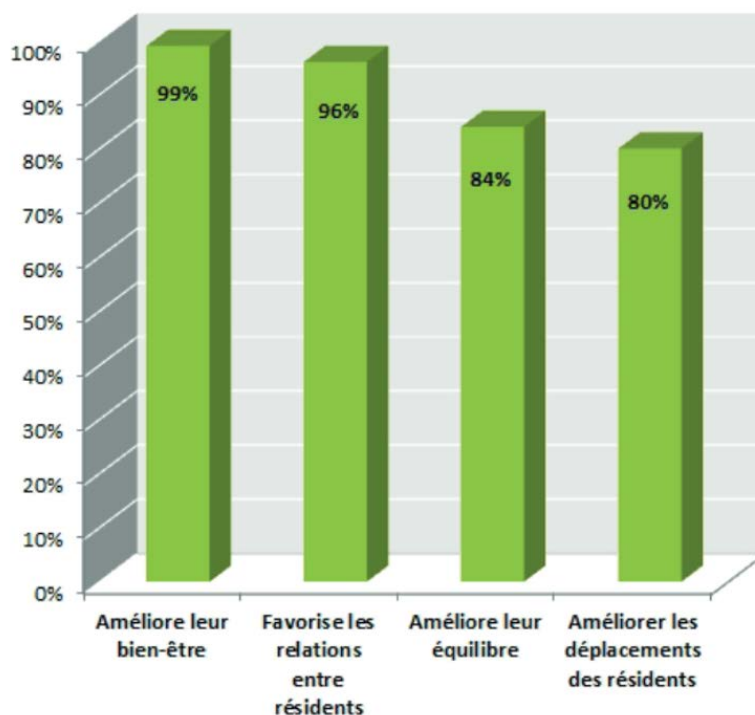
Après deux années de financement, l'ARS Pays de la Loire a, en 2016, réalisé un bilan des actions de promotion de l'activité physique dans les EHPAD et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) engagées à la suite de son appel à candidatures sur le sujet (2015-2016). Ce bilan met en évidence les bénéfices obtenus pour les résidents en termes d'équilibre, de renforcement musculaire, de bien-être et de lien social.

Ce bilan fait apparaître une forte proportion d'intégration de l'AP dans les projets d'établissement (92,4 % avaient intégré l'activité physique dans les projets personnalisés des résidents) mais une faible implication des SSIAD.

Sur les quelque 14 000 résidents au sein des institutions ayant répondu à l'enquête, 34 % bénéficiaient d'ateliers d'AP (en moyenne, 2 heures d'AP par semaine).

Sur 243 établissements et services financés, 58 % ont fait appel à l'association Siel Bleu, 94 % des répondants ont été satisfaits des prestations des éducateurs sportifs, le plus souvent qualifiés en APA (licence, master...).

L'impact de ces ateliers a été considéré comme très positif :



41 % des structures interrogées ont fait part de possibilités insuffisantes pour les résidents notamment pour les raisons suivantes : manque de place dans les ateliers, nécessité d'homogénéité des groupes, manque de temps du praticien/du professionnel, coût du transport, lourdeur de l'organisation pour un service à domicile. Seuls 22 % des répondants avaient installé un parcours extérieur.

Parmi les difficultés relevées : le manque de temps pour les professionnels, afin d'échanger avec les résidents ou les professionnels de l'établissement, la complexité de l'évaluation de cette activité ainsi que la complexité pour un SSIAD de proposer cette activité, en raison notamment du coût du transport ; le reste à charge pour les personnes pouvant être un frein important.

L'engagement financier de l'ARS Pays de la Loire dans le cadre des appels à candidatures pour promouvoir l'APA auprès des EHPAD ou SSIAD était de 736 361 euros en 2015, 844 447 euros en 2016 et 1 035 506 euros en 2017.

➤ Parmi les initiatives particulièrement intéressantes lorsque l'on sait les difficultés rencontrées par les personnes âgées isolées, des caravanes du sport ont été mises en place en Ardèche et dans la Meuse, pour proposer des activités physiques à des groupes de 10-15 personnes dans les zones rurales.

Proposition n° 16

Inciter les caisses de retraite ou les mutuelles qui ne le font pas encore, à proposer un bilan de condition physique lors du départ en retraite.

C. DONNER AU NIVEAU NATIONAL UN CADRE CLAIR AU DÉVELOPPEMENT DE L'APA ; COORDONNER LES ACTEURS AU NIVEAU LOCAL

Les plans régionaux sport-santé bien-être (PRSSBE) ont contribué à renforcer, à partir de 2012, la coordination régionale entre les acteurs ; puis les possibilités ouvertes par la loi de 2016 ont conduit à nouer des échanges entre les différents acteurs impliqués à un titre ou un autre dans le sport-santé.

L'organisation actuelle est issue de l'instruction ministérielle de 2012 : le COPIL régional mis en place par l'ARS pour mettre en œuvre un plan ou l'action dans une thématique donnée arrête une méthode et définit le contenu des objectifs en matière de prévention, pour le niveau régional. Ce COPIL est parfois très large, associant l'ensemble des partenaires dont le rectorat par exemple en matière de santé scolaire...

Le bon échelon de la structuration de l'activité physique adaptée est, selon la plupart des spécialistes entendus par les rapporteurs, celui de l'intercommunalité.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie rappelait dans son avis de 2018 consacré à la prévention dans le système de soins qu'il n'y a pas un modèle unique, et que divers modèles d'organisation peuvent se rencontrer, mais que ceux-ci sont tous structurés autour de cinq fonctions-clés : un plan personnalisé de santé, un référent, une coordination entre médecin et enseignant d'APA, le développement des compétences personnelles des patients, et l'intégration territoriale enfin. Ces fonctions doivent être modélisées et le cas échéant financées.

Nous avons décrit les raisons des restrictions des médecins généralistes face à la prescription de l'APA ; le propos peut être nuancé en soulignant que dans les villes ou territoires où l'accès au sport-santé s'est structuré et qu'il apparaît organisé, lisible, adapté aux besoins des patients et financé, il a obtenu l'adhésion des médecins. Il est certain que le médecin ne prescrira pas si le dispositif n'est pas lisible et si toute la prise en charge financière incombe au patient.

Le patient quant à lui doit pouvoir trouver une structure pour pratiquer l'activité physique adaptée dans une proximité suffisante.

1. La mise en réseau des initiatives locales : un socle nécessaire mais pas suffisant

Le déploiement doit se faire avec un co-pilotage des ARS et des DR-D-JSCS dans chaque région, afin de dynamiser toutes les initiatives et tous les projets en cours au niveau régional. Il associe tous les acteurs concernés (services de l'État, représentants du monde sportif et de la santé, représentants du secteur médico-social, représentants de l'activité physique adaptée, de l'assurance maladie, des collectivités locales, représentants d'usagers, mutuelles, assurances et complémentaires santé... et tout partenaire intéressé et mobilisé par ce dispositif). Des comités de pilotage spécifiques ont pu être créés à cette fin.

Une coordination générale de type « guichet unique » doit être organisée selon le rapport des inspections IGAS-IGJS : elle peut être confiée à des structures variées, quelle qu'en soit la forme juridique, en fonction du contexte territorial comme en attestent les expériences existantes. Elle doit permettre de créer et d'animer un réseau d'acteurs : du champ médical (médecins traitants, spécialistes hospitaliers ou non), paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, infirmiers, pharmaciens, etc.) ; des collectivités locales au titre des compétences d'urbanisme et d'aménagement du territoire, des compétences sociales, des compétences en matière de développement et d'accompagnement des activités physiques (équipements sportifs, encadrement, etc.) ; du champ sportif (associations, clubs sportifs, voire structures commerciales).

Les rapporteurs considèrent que les maisons sport-santé (MSS) peuvent **devenir ce guichet unique** sous réserve de remplir certaines conditions.

2. Les maisons sport-santé : un outil d'animation en devenir

Le premier bilan d'activité des maisons sport-santé montre la diversité de structuration juridique des MSS ; il est encore provisoire et sera consolidé fin 2021 pour tenir compte des MSS installées au cours de l'année.

NATURE JURIDIQUE DES MAISONS SPORT-SANTÉ

	Association	Centre hospitalier (Universitaire, public, privé), Centre de santé, ESPIC groupement de coopération médico- social	Etablissement public, collectivité territoriale, EPCI, CCAS	Société, salle de sport privée	Autres (Mutuelle, Fondation)	Nbre de MSS
MSS 2019	80	19	27	9	2	137
MSS2020	78	13	26	31	2	150
Ensemble des MSS	158	32	53	40	4	287

Source : ministère des sports.

Le nombre exact des prescriptions d'APA prises en charge par les maisons ne peut encore être établi, faute de possibilité de requêter ces données auprès de l'assurance maladie.

Les premières données recueillies par les « remontées » des maisons sport-santé indiquent que 70 000 patients auraient déjà été pris en charge. Parmi les personnes accompagnées en prévention secondaire/tertiaire par les MSS, les pathologies les plus fréquentes sont métaboliques, mais également les cancers, la BPCO et l'asthme sévère, les affections cardiaques et dans une moindre mesure les pathologies neurodégénératives. Au moins 48 maisons sport-santé ont pris en charge des patients souffrant de syndromes persistants de type Covid « long ». La plupart des MSS ont aussi assuré des interventions en prévention primaire pour limiter le développement des maladies chroniques.

Si le sport-santé poursuit la tendance croissante constatée ces dernières années, les besoins de structures et d'intervenants, comme de formateurs, seront énormes.

Environ 10 millions de personnes souffrant d'au moins une des 30 ALD recensées pourraient être concernées par l'activité physique adaptée, voire 15 millions si l'on y ajoute l'obésité et l'hypertension artérielle. Comme l'a souligné M. Jean-Marc Descotes, vice-président du Collectif France sport-santé, si la moitié des 15 millions de malades chroniques pouvait bénéficier d'un programme de deux séances hebdomadaires, il faudrait 70 000 intervenants pour les prendre en charge !

L'enjeu est donc important de voir le réseau des entités dispensatrices d'APA se structurer, pour une offre professionnelle et cohérente en qualité et en compétence. Ces maisons devront inclure un médecin formé au sport-santé, qui pourra être l'interlocuteur du médecin traitant et son correspondant pour l'accueil du patient, ce qui permettra de rassurer les médecins disant mal connaître les prescriptions d'APA.

Les MSS doivent proposer *a minima* un socle commun de missions sur l'ensemble du territoire :

- un accueil avec une information et une sensibilisation sur l'intérêt et les bienfaits de la pratique de l'APA ;
- la réalisation de diagnostics médico-sportifs : bilan des capacités physiques, motivation de la personne, rapport à l'activité physique et sportive ;
- une orientation vers l'offre et les lieux de pratique à proximité, ce qui suppose une bonne connaissance des opérateurs professionnels de santé, du mouvement sportif et de l'établissement d'un parcours de soins personnalisé sport-santé.

a. Assurer une harmonisation du processus de labellisation et de l'accès aux financements

Les maisons doivent accueillir des professionnels formés et compétents, reconnus, intervenant dans un cadre précisé au plan national pour les prises en charge.

Le processus de labellisation des futures maisons est source d'inégalités selon certains acteurs entendus par les rapporteurs : certaines ARS auraient des exigences supérieures à celles définies au plan national en ce qui concerne la certification des intervenants. Une harmonisation est nécessaire pour éviter de défavoriser les régions rurales par exemple, où l'accès à certaines formations supplémentaires est difficile.

Une uniformisation du dossier portant demande de subvention serait la bienvenue également, selon les acteurs du sport-santé, pour éviter de multiplier les démarches auprès des différents financeurs : un dossier unique faciliterait la tâche aux gestionnaires.

Les rapporteurs s'inquiètent de l'avenir des maisons sport-santé, car les crédits de démarrage qu'elles ont reçu sont des crédits d'investissement, et les modalités du fonctionnement courant ne sont pas encore précisées.

Ils proposent d'introduire une base de financement pérenne sous la forme d'un **fonds de soutien alimenté par l'attribution d'une part des taxes affectées aux paris sportifs**. Ce financement serait, comme actuellement, complété par l'apport des collectivités territoriales, du FIR, des associations et fondations de lutte contre les maladies, et par la participation des patients aux cours d'APA.

b. Organiser le parcours sport-santé du patient

Le parcours sport-santé du pratiquant/patient sera défini au sein de la maison sport-santé, associant le médecin traitant et le professionnel de sport-santé.

La mise en œuvre du forfait « cancer » ⁽¹⁾ est ainsi une mise en situation de mobilisation du réseau des MSS pour réaliser le bilan de condition physique du patient, soit l'un des trois volets avec le bilan diététique et le bilan psychologique. Ce sera une étape vers la reconnaissance des maisons sport-santé comme structures partenaires des acteurs de la santé sur les territoires, dans la logique d'un déploiement de parcours de soins de proximité. Un rapprochement ou une association avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourrait en résulter, et est certainement espéré par les ministères.

Les maisons sport-santé ont aussi été mobilisées pour l'accompagnement des patients Covid et leur reconditionnement physique : dans certains cas les patients en sortie de Covid ont été orientés avec prescription par l'hôpital vers les maisons sport-santé afin d'effectuer un bilan de condition physique et leur proposer un accompagnement adapté à leurs besoins pour une meilleure qualité de vie.

Les maisons sport-santé pourront contribuer aux évaluations sur l'efficacité des interventions. Les initiatives sont disséminées, pas toujours lisibles, comme on l'a souligné, et il n'est pas possible de valoriser et répliquer les actions les plus efficaces. Leur participation à la construction d'une base de données est très attendue.

La direction des sports prépare, en lien avec l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS), un protocole de recueil de données pour connaître l'impact de l'APA sur la condition physique des bénéficiaires

(1) Cf. décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 et arrêté du 24 décembre 2020, relatifs au parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

malades chroniques et l'évolution de la sédentarité chez ces personnes. Il est prévu que toutes les maisons sport-santé labellisées intègrent ce protocole en 2022.

L'enjeu sera de démontrer la plus-value du dispositif MSS, et de souligner l'impact concret des maisons sport-santé sur la santé des bénéficiaires accompagnés, en particulier sur leur condition physique et leur sédentarité.

c. La maison sport-santé, catalyseur de la coordination entre les professionnels de santé et du sport ?

De même, il serait intéressant d'articuler les maisons avec des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, à l'instar de ce qui est en cours de développement, par exemple, au Centre mutualiste de rééducation fonctionnelle (CMRF) d'Albi à l'initiative de l'Union mutualiste territoriale Terres d'Oc.

Au sein de ce CMRF, la maison sport-santé spécialisée – VYV Form' Autonomie accompagnera à partir du second semestre 2021 les personnes en situation complexe. L'objectif assigné est de favoriser le retour à l'activité physique des personnes les plus fragiles, avec prise en charge uniquement sur prescription médicale, bilan d'activité physique, suivi d'une orientation éventuelle vers un programme d'APA. Cinq programmes spécifiques seront mis en place : programme seniors (75 ans et +), programme maladies chroniques et ALD, programme obésité morbide, programme handicap moteur ou cognitif, programme lombalgie chronique.

Le ministère de la santé considère que les maisons sport-santé devront jouer un rôle majeur par leur positionnement, au centre des relations entre les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, leur intégration au contrat local de santé, le lien qu'elles établiront avec les CPTS en cours de déploiement...

Leur implantation crée l'occasion d'organiser les réseaux et structures présents au plan local : les maisons sport-santé peuvent-elles animer et relier en réseau les structures actives et les nouvelles qui vont apparaître ?

La direction des sports, entendue par les rapporteurs, a manifesté une volonté d'accompagnement très concret de ces structures à travers l'animation territoriale des DRAJES et des ARS. Le but est de construire un maillage territorial avec les centres de santé, les CPTS et les associations sportives. Une plateforme d'information devrait être à leur disposition d'ici à 2022 pour réunir les outils disponibles de formation, les protocoles, les parcours sport-santé de premier niveau, notamment.

Il est donc très important que le dispositif fasse ses preuves. Pour cela, il faut que toutes les professions concernées « jouent le jeu » : elles devront collaborer positivement très vite dans les territoires où elles n'en ont pas l'habitude. Les rapporteurs ont pu constater que des dispositifs mis en place dans certains territoires donnent de très bons résultats.

L'impulsion des ARS sera-t-elle de pousser les structures de sport-santé à rejoindre la maison de santé pour ne voir « qu'une seule tête », comme l'a formulé l'une des personnes auditionnées par les rapporteurs ?

L'exemple de l'association « Côte Basque Sport Santé », qui doit rejoindre la maison sport-santé afin de continuer à bénéficier du soutien financier de l'ARS, semble dessiner le paysage à venir : un soutien dans le cadre du CPOM signé avec l'ARS au titre d'une maison sport-santé.

d. Assurer une répartition géographique juste pour les maisons sport-santé

Les ministères se disent attentifs à une implantation des maisons sport-santé dans les territoires qui peuvent compter un grand nombre de personnes éloignées de la pratique d'APS. Ainsi le cahier des charges des maisons sport-santé identifie le zonage en QPV/ZRR comme un des critères pris en compte dans le cadre de l'instruction menée par les DRAJES/ARS pour valider les projets, et de même l'implantation dans les outre-mer. Le comité interministériel à la ville de janvier 2021 a posé l'objectif de labelliser 50 maisons en QPV en 2021 soit environ un tiers des structures qui seront retenues à l'issue du 3^{ème} appel à projets.

L'équilibre tant géographique que démographique des labellisations devra être vérifié dans quelques mois. L'essaimage de projets d'APA mobiles dans les zones rurales est une perspective intéressante, mais encore débutante. La situation des territoires ruraux devra donc être analysée de manière fine pour assurer l'accès de tous au sport-santé.

3. Le rôle du médecin prescripteur et celui de l'intervenant du sport-santé : un équilibre à trouver

De nouvelles relations entre médecins prescripteurs et l'intervenant en sport-santé doivent s'établir. Les acteurs du monde de la mutualité entendus par les rapporteurs, qui ont encouragé le sport-santé auprès de leurs adhérents depuis plusieurs années, soulignent que le médecin doit faire évoluer les modalités de sa prescription et se placer entre les deux extrêmes que sont, d'une part, la prescription en optique (l'ophtalmologue précise tout sur l'ordonnance ainsi que les déficits fonctionnels) et à l'opposé, l'ORL qui prescrit un équipement en audioprothèse, laissant l'audioprothésiste prendre les mesures nécessaires et adapter l'équipement. Le médecin doit prescrire l'APA lorsqu'il y a une indication, et laisser les professions du sport ajuster les programmes.

L'important est d'adresser le patient vers une structure labellisée, que l'on devrait pouvoir trouver aussi facilement qu'une pharmacie !

Des années transitoires s'ouvrent, car la crédibilité du soin par l'AP viendra beaucoup de la conviction et de l'explication du médecin, or il s'agit de deux métiers qui ne se connaissent pas encore.

Le suivi de l'activité par le médecin sera important, car l'AP a les mêmes caractéristiques qu'un médicament : si on l'arrête, le bénéfice disparaît, de plus un certain nombre de critères de fréquence, d'intensité, de durée sont aussi à respecter ! Ainsi l'AP aurait une durée d'action de 48 à 72 heures, d'où l'importance de la régularité de la pratique. La protocolisation du soin par l'AP est encore variable et ne fait pas l'objet d'une définition uniforme ; elle fait l'objet d'études par différents acteurs et notamment par les mutuelles, intéressées à pouvoir formaliser la prise en charge la plus efficace.

Selon les acteurs de l'APA entendus par les rapporteurs, le médecin prescripteur doit évaluer l'efficacité d'un traitement ou d'un soin, aussi est-il essentiel que le soin par APA soit évalué par lui, afin de constater l'effet conjugué du traitement médicamenteux du patient et de l'AP : si l'AP donne de bons résultats, il est important de réduire les posologies médicamenteuses pour ne pas risquer un effet de surdose (ce sera le cas de l'hypertension par exemple, où l'AP joue le rôle de médicament hypotenseur).

Proposition n° 17

Préciser le rôle des maisons sport-santé et les pérenniser :

- faire progressivement des maisons sport-santé le guichet unique d'accueil, d'information et d'orientation de l'activité physique adaptée dans les territoires ;
- créer un fonds de soutien financier aux maisons sport-santé par l'attribution d'une part des taxes affectées sur les paris sportifs.

D. FORMER LES ACTEURS : UN ENJEU MAJEUR

La loi de 2016, dans son article 144, prévoyait une formation initiale et continue des médecins à la prescription de l'activité physique adaptée : ce n'est pas encore le cas aujourd'hui. L'IGAS relevait, dans son rapport de 2018, que les lacunes de la formation des médecins et des intervenants sont l'un des freins au développement de l'APS.

Il est certain que la formation à la prévention et en particulier aux bienfaits de l'activité physique est insuffisante dans la formation initiale des médecins de santé et très insuffisante dans la formation continue. De plus, nous sommes loin d'un suivi et d'une évaluation de la performance des médecins libéraux en fonction de ces éléments, de l'assiduité aux modules de formation et de la mise en œuvre des dispositifs de prévention dans leur pratique, comme c'est le cas dans certains pays que nous avons déjà mentionnés.

Pourtant, la formation des professionnels de santé est un impératif pour qu'ils puissent intégrer la notion d'activité physique dans l'accompagnement des personnes atteintes d'affection de longue durée, mais aussi celles qui par l'âge ou leur état de santé, risquent de développer des fragilités. Le développement des maisons sport-santé aura aussi pour conséquence que ces maisons devront fonctionner avec un médecin spécialisé dans ce domaine : l'évolution vers la définition d'un diplôme spécialisé nous paraît inéluctable.

Cette nécessité de la formation concerne évidemment aussi les médecins conseils des caisses d'assurance maladie, afin qu'ils ne rejettent pas des demandes de prise en charge.

Plusieurs dispositions ont été prises en 2018 pour améliorer la formation des médecins et des autres professionnels de santé ; certaines plus récentes font suite à l'adoption de la Stratégie nationale sport-santé en 2019.

1. Des ajouts utiles, mais non suffisants, à la formation initiale

Pour ce qui concerne la formation initiale, les étudiants en santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, maïeutique, soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) peuvent, dans leur premier cycle d'études, suivre un enseignement sur les bases élémentaires de la prévention et de l'éducation pour la santé ainsi que sur la connaissance de la santé publique : santé des populations, priorités, planification et économie de la santé. Ces unités d'enseignement donnent lieu à la réalisation d'un service sanitaire obligatoire au cours du 1^{er} cycle ou du 2^{ème} cycle, selon les filières.

En conséquence, tous les étudiants en santé des formations précitées doivent être formés, à la fin du 2^{ème} cycle, à la prévention et promotion de la santé *via* des unités d'enseignement spécifiques et la réalisation du service sanitaire.

• Remédier aux défauts du service sanitaire des étudiants en santé

Le service sanitaire comporte cinq thématiques pour lesquelles les étudiants en santé peuvent réaliser, depuis la rentrée 2018, des actions concrètes de prévention primaire auprès des territoires et des publics prioritaires. L'activité physique constitue l'une des cinq thématiques. Ce service a une durée totale de six semaines à temps plein, dont la moitié est consacrée à la réalisation de l'action concrète. Ce sont 47 000 étudiants concernés par ce service sanitaire ⁽¹⁾.

Le Haut conseil de la santé publique a publié un avis puis un rapport d'étape évaluant le service sanitaire, suite à une saisine du 30 juillet 2019.

L'évaluation a porté sur les modalités de mise en œuvre, les effets sur les formations, les principaux enjeux et éléments de fragilité du dispositif.

(1) Le service sanitaire des étudiants en santé est défini à l'article D. 4071-2 du code de la santé publique.

Elle a souligné les mérites du dispositif, mais en a aussi souligné la fragilité pédagogique et les incertitudes capables de menacer la réalité du bénéfice pédagogique apporté. Elle regrette l'insuffisance des ressources apportées au cadre pédagogique, tant au niveau national au sein de Santé publique France que sur le terrain dans les universités et instituts de formation, ce qui fragilise le dispositif.

La priorisation du service sanitaire est insuffisante au niveau national, avec une animation pédagogique insuffisante, un manque de retours d'expérience avec les formateurs et les étudiants, l'absence de recherche pédagogique dédiée. En région et sur le terrain, la disponibilité dans la durée des ressources humaines en capacité de dispenser aux étudiants un accompagnement pédagogique adapté ne paraît pas assurée. Le Haut conseil regrette qu'à défaut d'une consolidation du cadre pédagogique, le service sanitaire pourrait n'offrir aux étudiants *« qu'une sensibilisation superficielle à la prévention-promotion de la santé et risquerait de promouvoir chez les futurs professionnels une conception erronée et possiblement contreproductive des méthodes d'intervention »*.

Le Haut conseil formule de nombreuses recommandations destinées tant au niveau national, régional qu'au niveau des établissements d'enseignement, pour conférer son potentiel au service sanitaire, qui pourrait préfigurer de nouvelles pratiques de formation et d'exercice des professionnels de santé.

Le service sanitaire comportant l'activité physique parmi les cinq thématiques doit développer ses interventions à ce sujet, soit en permettant d'accentuer cet enjeu dans les enseignements aux étudiants intervenant au sein du service sanitaire, soit en permettant aux étudiants des formations du champ du sport de participer aux dispositifs et partager leurs expertises afin de développer l'inter professionnalité.

• Construire des rapprochements entre les filières de santé et la filière sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS)

La spécialisation intervient au cours du 3^{ème} cycle de médecine. Les étudiants doivent acquérir, en fonction des besoins de formation de leur spécialité, des compétences en matière de prévention primaire, secondaire ou tertiaire pour lesquelles la prescription d'activité ou d'exercice physique est recommandée contre la dégradation de l'état de santé et pour optimiser le parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques, des patients souffrant d'affections de longue durée et des personnes en situation de handicap. Cela concerne principalement les diplômes d'études spécialisées (DES) de médecine générale, de médecine physique et réadaptation, de médecine et santé au travail, de chirurgie orthopédique et traumatologique, de médecine cardio-vasculaire, et de pédiatrie.

Les étudiants des spécialités citées ci-dessus peuvent approfondir leurs connaissances et compétences en candidatant à la formation spécialisée transversale (FST) médecine du sport à l'issue de laquelle ils doivent maîtriser les grands principes des actions de prévention en médecine de l'exercice et du sport, afin

d'exercer les activités de médecine du sport auprès des pratiquants dans une logique de prévention. Il existe actuellement 7 200 médecins du sport.

Cet apport aux études de médecine est important. Il doit cependant être prolongé par des approches complémentaires.

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 a formulé certains leviers d'action à intégrer dans les formations, qui sont importants pour le développement de la prévention et de l'APA, comme la culture pluri-professionnelle et du travail en équipe, la plus grande proximité avec les autres professions, notamment grâce à des modules communs et à des échanges de pratique avec les travailleurs sociaux et les acteurs médico-sociaux. À ces derniers il faut ajouter les formateurs et les enseignants du sport adapté.

La Stratégie souligne qu'il convient de réaffirmer les valeurs des métiers de la santé comme les devoirs et les responsabilités des acteurs de santé, lesquels doivent contribuer aux missions de service public : prévention, urgences, précarité, rééducation, non-discrimination et non-sélection des patients et des activités. Cette dimension est en effet primordiale dans le rôle de prévention du médecin lorsqu'il se trouve avec son patient, venu pour un bilan ou une pathologie exigeant des soins.

La Stratégie nationale sport-santé 2019-2024 a formulé une action pour développer les compétences des professionnels de santé et du sport intervenant dans le champ de l'activité physique adaptée et pour favoriser l'interdisciplinarité (action 14). Il s'agit de la construction d'un socle commun de connaissances pour ces professionnels afin qu'ils prennent mieux en compte le rôle et la place de l'activité physique et sportive dans leur pratique.

Elle annonce le renforcement de l'offre de formation en matière d'APA et de prévention par l'activité physique pour les professionnels de santé et l'ouverture aux professionnels du sport. Elle évoque aussi la mise en place d'enseignements communs entre les filières STAPS et de médecine, ainsi qu'avec d'autres filières de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens notamment).

Enfin, elle indique que les compétences des encadrants du sport dispensant l'APA aux patients atteints de maladies chroniques doivent être renforcées.

L'action s'inspire de conventions existantes déjà signées pour participer au rapprochement entre la filière STAPS et des filières de santé grâce à des unités d'enseignement communes ⁽¹⁾.

(1) Il s'agit par exemple des conventions intervenues entre la Conférence des doyens des facultés de médecine et la Conférence des directeurs et doyens des STAPS, entre la Conférence des directeurs et doyens des STAPS et la Conférence des doyens des facultés de pharmacie... Ces conventions doivent améliorer le niveau de connaissance sur l'activité physique et sportive des professionnels de santé et, corrélativement, de la culture médicale des professionnels du sport.

2. La formation continue : des possibilités de formation qui sont encore basées sur le volontariat sans suivi ni évaluation

La Stratégie nationale de santé évoque la nécessité de consolider et assurer la promotion du dispositif de développement professionnel continu.

Elle mentionne aussi que le contenu des formations doit être adapté aux priorités de santé publique, aux évolutions importantes des spécialités et à l'émergence de nouveaux métiers, en incluant les enjeux liés à la transformation numérique et aux innovations en santé.

La sensibilisation et la formation des médecins à la prescription de l'APA doit se faire sur la base des recommandations de la HAS parues en 2018 et 2019 : des cours en ligne de type *massive open online course* (MOOC) et des diplômes universitaires (DU) sont proposés par la direction générale de la santé (DGS) pour la formation des professionnels à la prescription et à la dispensation de l'APA.

L'arrêté du 31 juillet 2019 définit les orientations pluriannuelles prioritaires du dispositif du développement professionnel continu (DPC) pour les années 2020 à 2022. Elles s'inscrivent dans le cadre de la politique nationale de santé et mentionnent en orientation n° 1 la promotion des comportements favorables à la santé, incluant l'alimentation saine et l'activité physique régulière.

La direction générale de la santé a proposé pour mettre en œuvre cet arrêté d'inscrire la formation à la prescription dans le cadre du dispositif de DPC des médecins.

L'absence de dispositif de suivi et d'évaluation portant sur l'appropriation de ces formations par les médecins en fonction risque de rendre ces tentatives peu opérantes.

Les rapporteurs ne peuvent que placer leur espoir dans la mise en œuvre de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ⁽¹⁾, qui prévoit dans son article 5, pour les professions médicales, une procédure de certification indépendante permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances.

La loi sera mise en œuvre par ordonnances :

– une ordonnance à venir doit déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification, les organismes qui en sont chargés, et les conséquences de la méconnaissance de cette procédure ou de l'échec à celle-ci ;

(1) La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, prévoit une certification permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances. Sont concernées selon la loi les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue.

– une ordonnance doit être prise pour la profession de médecin, dans un délai de deux ans à compter de la publication de la loi, soit à l’été 2021. Le même délai doit être observé pour les ordonnances relatives aux autres professions – celles qui nous concernent ici : les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

Les rapporteurs souhaitent que la participation à la formation dans le domaine de la prévention et de l’activité physique adaptée, selon les recommandations de la HAS, constitue un élément de la procédure de certification régulière. Cependant, la participation à la formation et la mise en œuvre de celle-ci dans la pratique médicale sont deux choses différentes.

3. Reconnaître un diplôme d’études spécialisées en médecine du sport

La réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine a été formalisée en 2016 et 2017 par un décret suivi de deux arrêtés ⁽¹⁾. Les 44 maquettes de spécialités précisent, pour chaque spécialité et pour chacune des phases de formation, les connaissances et les compétences à acquérir, les stages à réaliser et les critères d’agrément de ces lieux de stage, ainsi que leurs modalités d’évaluation.

La qualification dans la spécialité se fait après l’obtention du DES, qui devient l’unique diplôme de spécialité.

Il est regrettable que la médecine du sport n’ait pas été inscrite dans la liste des spécialités, mais seulement dans la liste des formations spécialisées transversales qui peuvent être suivies dans le cadre des diplômes d’études spécialisées.

La création d’une spécialisation en médecine du sport nous paraît aujourd’hui nécessaire, comme elle existe déjà dans d’autres pays européens (Espagne, Italie notamment). Elle comporterait un enseignement axé sur le soin, impliquant des spécialités telles la cardiologie, la pédiatrie par exemple, et un enseignement de prévention par le sport-santé, avec notamment les modalités de la prescription d’APA.

Une étape doit encore être franchie pour cela : la formation d’un conseil national d’université (CNU) qui permettrait la reconnaissance d’un diplôme d’études spécialisé.

(1) Décret du 25 novembre 2016 relatif à l’organisation du 3^{ème} cycle des études de médecine modifie la section du code de l’éducation concernée et pose les principes novateurs de la réforme – Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du 3^{ème} cycle des études de médecine – Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d’études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du 3^{ème} cycle des études de médecine.

Proposition n° 18

Augmenter la place de l'activité physique adaptée dans la formation initiale et continue des médecins et des professions paramédicales :

- former les médecins et les professions paramédicales au sport-santé et les médecins à la prescription d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) ;
- intégrer à la procédure de certification des médecins prévue par la loi du 24 juillet 2019 la participation aux formations sur la prévention et l'activité physique adaptée ;
- instituer un diplôme d'études spécialisées en médecine du sport.

CONCLUSION

Les rapporteurs considèrent que notre pays comporte de nombreux atouts pour développer une politique de prévention en santé publique ambitieuse et efficace : des lieux d'expertise scientifique pour fonder les actions et des agences pour la mise en œuvre et le suivi des politiques, une pratique de l'interministérialité qui se développe, un système de santé publique abouti et des initiatives de terrain, nombreuses et engagées, qui ont fait leurs preuves.

Pourtant, dans le domaine particulier qui a été analysé par cette mission d'évaluation – la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique et sportive – ils ont constaté de nombreux défauts de déclinaison opérationnelle, de pilotage, de formation des médecins, de retard dans l'appropriation des expertises par les acteurs, notamment. Ces défauts font que la France, malgré un effort financier comparable à celui des autres pays, obtient des résultats médiocres dans la lutte contre les grandes maladies et, dans le domaine qui nous occupe, celui de la place accordée à l'activité physique et sportive dans la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) apparaît très en retard sur plusieurs de nos voisins européens comme sur d'autres pays de l'OCDE.

Nous avons constaté qu'au niveau de la définition et de la conduite des politiques, l'interministérialité a été mise en place depuis quelques années mais elle est encore insuffisamment marquée, avec un comité interministériel pour la santé qui n'a pas encore imprimé sa marque.

Les stratégies et plans de santé et de prévention sont établis sans synergie entre eux, sans répartition des compétences pour la mise en œuvre entre les différents acteurs aux niveaux national, régional et territorial. Ces plans comportent trop peu d'objectifs opérationnels permettant de guider la mise en œuvre et l'appropriation par les acteurs, et rendant ensuite difficile l'évaluation et le suivi par les organes compétents et par le Parlement.

L'absence de répartition des compétences est d'autant plus dommageable que l'on se trouve avec une multiplicité d'acteurs sans chef de file réel. Une hétérogénéité de l'offre dans le domaine de l'activité physique adaptée s'est développée sur les territoires, mal connue des pouvoirs publics et fragile dans ses financements, qui doivent être obtenus chaque année en provenance de différents financeurs.

Aussi les rapporteurs ont-ils présenté quelques propositions pour améliorer l'organisation et le pilotage de cette politique, qui doit prendre une place croissante dans les préoccupations des pouvoirs publics, pour préserver la santé de la population et en particulier des jeunes générations, comme pour préserver la soutenabilité de l'assurance maladie à moyen et long terme.

Ils ont proposé de renforcer l'interministérialité par la création d'un ministère délégué chargé de la prévention et des modalités de travail interministériel

resserrées et sans discontinuité. La définition et déclinaison de la politique de prévention qui y sera élaborée, et doit imprimer une dynamique au niveau national, doit s'appuyer sur l'expertise de Santé publique France.

La méthode d'élaboration des plans de prévention en santé et de lutte contre la sédentarité doit évoluer, pour privilégier un document de synthèse réunissant tous les objectifs opérationnels principaux, chiffrés et annualisés, à décliner pour les différentes administrations qui ont un rôle dans la prévention en santé. Le rôle des acteurs régionaux (ARS), départementaux, territoriaux doit être précisé pour la mise en œuvre des plans.

Au niveau régional, le pilotage s'avère difficile dans les grandes régions et doit être rénové, afin de s'assurer que les administrations et autres acteurs (ARS, académie, CPAM, médecine du travail, établissements de santé...) ne travaillent pas « en tuyau d'orgue ». Il serait important que les objectifs régionaux de la prévention et les directives issues de la déclinaison régionale des plans puissent faire l'objet d'une synthèse. La déclinaison régionale des plans pourrait s'appuyer sur les diagnostics sportifs territoriaux et les projets sportifs territoriaux élaborés dans le cadre des Conférences régionales du sport.

Ensuite, une coordination doit être assurée au niveau local, commune importante ou communauté de communes, échelon qui apparaît le pilotage le plus efficace. Des contrats locaux d'activité physique et sportive permettraient de fédérer les acteurs et de connaître les lacunes éventuelles sur les territoires : la notion proposée est un peu plus large que celle de contrat local sportif retenue par la proposition de loi visant à démocratiser le sport, et elle inclut l'ensemble de la population quel que soit son âge.

Au plan local, le déploiement des maisons sport-santé peut participer à cet essor du recours à l'activité physique adaptée que nous appelons de nos vœux. Ces maisons peuvent devenir le guichet unique d'accueil pour les personnes auxquelles le médecin aura prescrit de l'APA à la suite du traitement d'une pathologie ou pour éviter l'aggravation d'une pathologie. Ces nouvelles structures, dont le cadre a été défini juridiquement, doivent s'implanter dans le paysage territorial, avec le soutien des ARS, et faire travailler ensemble le monde de la santé et le monde du sport, au bénéfice de la santé des patients. Beaucoup reste à faire pour que ces structures bénéficient d'une pérennité financière.

Enfin, cette organisation améliorée ne fera pas tout : la formation initiale et permanente des professions de santé sur les bienfaits de l'activité physique et leur rôle parmi les différentes thérapeutiques est essentielle : les médecins doivent connaître les référentiels établis par la Haute autorité de santé et en faire usage dans leur pratique.

Comme on peut le voir, le développement de la prévention en santé et de l'activité physique et sportive constitue un grand chantier que les rapporteurs continueront à soutenir et à analyser à l'avenir.

ANNEXE