

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention des risques
liés à l'environnement et à l'alimentation

Bureau alimentation et nutrition (EA3)

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

*Direction générale de l'enseignement
supérieur et de l'insertion professionnelle*

Service de la stratégie des formations
et de la vie étudiante

Sous-direction des formations
et de l'insertion professionnelle

Département des formations
du cycle licence

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction des sports

Sous-direction de l'action territoriale,
du développement des pratiques sportives
et de l'éthique du sport

Bureau de la protection du public,
de la promotion de la santé
et de la prévention du dopage (DS B2)

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

NOR : AFSP1707708J

Validée par le CNP le 3 mars 2017. – Visa CNP 2017-27.

Examinée par le COMEX JSCS le 16 mars 2017.

Date d'application : immédiate.

Résumé : la présente instruction a pour objectif de vous donner des orientations et recommandations pour le déploiement sur le territoire national du dispositif de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée qui résulte de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016. À cet effet, elle est accompagnée d'un guide visant à donner aux services de l'État et aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils pour : faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant ; recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, et construire, le cas échéant, des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre ; contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre, et la faire connaître des médecins traitants et des patients.

Mots clés : médecin traitant – parcours de soins – activité physique adaptée à la gravité de la pathologie – patients en affection de longue durée (à limitations sévères, modérées, minimales, sans limitations) – professionnels de santé – professionnels du sport – titulaires d'un diplôme en activité physique adaptée (enseignants en activité physique adaptée) – éducateurs sportifs – diplômes – titres à finalité professionnelle – certificats de qualification – certifications délivrées par les fédérations sportives – Comité national olympique et sportif français (CNOSF) – dispositifs intégrés.

Références :

- Code de la santé publique : articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 ;
- Instruction n° DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS) ;
- Instruction n° EA3/DGS/2012/45 du 29 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la déclinaison pour l'outre-mer du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS) ;
- Instruction n° DS/DSB2/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012 ;
- Instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Rapport du groupe de travail du Professeur Xavier Bigard « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? » remis au directeur général de la santé le 20 juin 2016 ;
- http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf
- Programme national nutrition santé 2011-2015.
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

Annexes :

- Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée.
- Annexe 1. – Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants.
- Annexe 2. – Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée.
- Annexe 3. – Tableau des compétences nécessaires aux professionnels et personnes habilités à dispenser l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant aux patients atteints d'affections de longue durée.
- Annexe 4. – Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants.

La ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Madame et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Madame et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations ; Mesdames et Messieurs les recteurs d'académie, chanceliers des universités.

1. L'activité physique, un déterminant reconnu pour l'amélioration de la santé et promu dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), du Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE) et du Plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA)

L'activité physique est un déterminant de santé en soi comme l'attestent les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et les différentes expertises menées : de nombreuses études montrent qu'elle contribue à réduire les risques de survenue de la plupart des maladies chroniques en particulier : diabète de type 2, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires, cancer. De plus, la pratique de l'activité physique permet d'améliorer l'état clinique, de réduire les complications et les risques de récurrences de plus de 26 pathologies chroniques. À titre d'exemple, la pratique régulière de l'activité physique après diagnostic de cancer est associée entre autres à une réduction de 40 % de la mortalité globale et à une amélioration de la qualité de vie et de la fatigabilité. Elle s'accompagne aussi d'une réduction de 25 à 30 % de la mortalité

cardiovasculaire des patients coronariens, d'une amélioration de l'état clinique et d'une réduction des hospitalisations des patients insuffisants cardiaques. Enfin, elle permet d'améliorer l'équilibre glycémique de patients diabétiques de type 2 et de réduire de manière importante la morbidité cardiovasculaire de ces patients.

La Haute Autorité de Santé reconnaît depuis 2011 le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de cette thérapeutique non médicamenteuse et travaille actuellement à définir des recommandations de prescription de l'activité physique par le médecin traitant pour ces patients, recommandations qui devraient paraître dans le courant de l'année 2017.

Le PNNS 2011-2015 a développé un axe spécifique sur le développement de l'activité physique qui est le socle du Plan national sport, santé, bien-être initié fin 2012 en lien avec le ministère des sports. Il en est de même pour le PNAPPA qui prévoit également la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives en direction des séniors.

Le Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE), co-piloté par le ministère chargé des sports et le ministère chargé de la santé, a fait l'objet d'une instruction commune n° DS/DSB2/SG/DGS/2012/434 du 24 décembre 2012, aux ARS et DR-D-JSCS, leur demandant de lancer la constitution de réseaux sports – santé – bien-être au niveau régional, en mettant à profit les ressources humaines et financières des deux côtés.

Conformément à cette instruction, les ARS et les DR-D-JSCS se sont mobilisées pour promouvoir l'activité physique comme facteur de santé, avec la signature des conventions-cadre, afin de déterminer les modalités de collaboration entre les deux institutions et l'élaboration conjointe des Plans Régionaux « Sport, Santé, Bien-être » avec pour perspectives la mise en place des réseaux « sport-santé ». Cette démarche a également été inscrite comme priorité du Schéma Régional de Prévention, élément du Projet Régional de Santé. De nombreuses collectivités ont développé des projets locaux de type « sport sur ordonnance » en s'articulant notamment avec les contrats locaux de santé. Par ailleurs, nombreux sont les réseaux de santé et les plateformes « sport-santé » qui proposent un cycle éducatif en activité physique adaptée (APA) pour aider les personnes les plus fragilisées à combler un déficit de ressources physiques, psychologiques et sociales avant d'être orientées vers une pratique dans des dispositifs de droit commun. De même certains établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap développent la pratique d'une activité physique sportive adaptée encadrée par un professionnel spécifiquement formé.

2. Le renforcement du recours à l'activité physique opéré par la loi de modernisation de notre système de santé

L'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé consacre à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée (ALD), adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru. Les modalités d'application de cet article ont été précisées par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (codifié aux articles D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique). Dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, il est prévu d'accroître le recours aux activités physiques comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la prescription de l'activité physique, qui soit adaptée aux capacités fonctionnelles, aux risques médicaux des patients en ALD, et aux bénéfices attendus, par les médecins traitants.

À cette fin, il est mis à la disposition des ARS et des DR-D-JSCS un guide visant à donner aux services de l'État, aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux, de l'Activité Physique Adaptée et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils et des éléments pour impulser, faciliter et accompagner le recours à l'activité physique pour les patients en ALD, à co-construire des réseaux capables de proposer une offre pérenne d'activités physiques par des personnes et des structures disposant des moyens et des compétences nécessaires, à mobiliser les fonds publics et privés nécessaires et à permettre l'information des autorités et du public sur l'offre disponible en matière d'activités physiques.

Les plans régionaux « Sport, Santé, Bien-être » ont permis le développement de structures relevant du monde de la santé et du sport (réseaux sport-santé) qui présentent des modes de fonctionnement différents et qui font appel à des intervenants ayant des niveaux différents de formation. Néanmoins, le point central du dispositif demeure le médecin traitant qui oriente le patient vers une pratique d'activité physique qui soit adaptée à son état clinique et aux bénéfices attendus, et

en assure le suivi médical. La variété de l'offre constitue un avantage pour le développement de la prescription d'une activité physique qui se pratique dans des environnements divers (secteur de soins, du médico-social, du sport, de la ville, etc.).

Le mode de financement annuel des actions et dispositifs d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques, tels que les réseaux sport-santé constitue un des freins à leur développement. Une sécurisation de ces actions et dispositifs, avec une inscription dans la durée, serait envisageable dans le cadre de financements pluriannuels. La poursuite du financement permettra aussi aux personnes éloignées de la pratique en raison des difficultés financières et sociales de poursuivre ce type de programme dans la durée.

3. Pilotage et animation du dispositif

Dans le cadre du déploiement, de l'accompagnement et de l'évaluation du dispositif précités, nous vous demandons de renforcer son animation, en permettant et en assurant un co-pilotage renforcé par les ARS et les DR-D-JSCS dans chaque région.

Ce pilotage renforcé, visant à faciliter, impulser et dynamiser toutes les initiatives et tous les projets en cours au niveau régional, s'organisera sous l'égide de l'ARS et de la DR-D-JSCS.

Il devra associer 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).

En fonction des contextes et enjeux territoriaux, un comité de pilotage spécifique, co-présidé par l'ARS et la DR-D-JSCS et associant tous les partenaires concernés, pourra utilement être créé.

Il aura pour mission :

- d'assurer la coordination et la synergie des acteurs concernés et en lien avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental ;
- de mobiliser les financeurs possibles y compris les moyens mobilisables dans le cadre de la conférence des financeurs ;
- d'être le réceptacle et la diffusion d'échanges de bonnes pratiques ;
- d'assurer la cohérence avec les plans, programmes, et schémas en cours ou à venir (Projet Régional de Santé, Plan Régional Sport Santé Bien Etre, Schéma régional de développement du sport...) ainsi que le programme coordonné de la prévention de la perte d'autonomie établi par la conférence des financeurs ;
- de coordonner les besoins des prescripteurs et des offreurs d'activités physiques et sportives adaptées ;
- de piloter l'évaluation générale du dispositif et d'assurer les synergies avec le monde de la recherche en région ;
- d'être le garant du dispositif « Sport et Santé » régional.

Pour ce faire, il pourra être réalisé, plus précisément :

1. Le recensement de l'offre disponible au niveau de chaque région en matière d'activité physique adaptée aux limitations fonctionnelles des patients. Le recensement opéré devrait permettre aux médecins traitants d'orienter les patients en fonction des compétences d'encadrement présentes, ainsi qu'aux patients de choisir l'activité de leur choix ;

2. La mise à disposition sur les sites internet des ARS et DR-D-JSCS de cette offre ;

3. La mise en place de dispositifs intégrés associant activité physique et santé.

Dans ce cadre, il est recommandé de poursuivre et d'intensifier l'utilisation des contrats locaux et/ou territoriaux de santé et d'y inscrire un axe sport-santé, mais également de mobiliser tous les outils à disposition (plateformes territoriales d'appui, réseaux sports et santé, conventions de partenariats (État/collectivités locales), actions innovantes et d'expérimentation, actions individuelles et collectives de prévention du programme coordonné de la conférence des financeurs).

4. Le soutien des projets concourant à la mise en œuvre du dispositif d'activité physique adaptée pour les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée. Le décret pris en application de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé doit favoriser le recours à la pratique d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse. Une montée en puissance d'une telle offre de prise en charge des patients est à encourager.

Vous voudrez bien procéder à une large diffusion du guide ci annexé à tous vos partenaires concernés notamment aux professionnels de santé par l'intermédiaire des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Il vous est demandé de dresser un premier bilan du dispositif mis en place pour la fin de l'année 2017. Des éléments complémentaires vous seront transmis ultérieurement afin de vous aider dans l'élaboration de ce premier bilan et prendront en compte la nécessaire progressivité de mise en œuvre de ce nouveau dispositif. Celui-ci constituera la première base d'un dispositif d'évaluation d'ensemble.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout complément ou échange d'information que vous souhaiteriez obtenir.

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

Le directeur général de la santé,
B. VALLET

*La directrice générale de l'enseignement
supérieur et de l'insertion professionnelle,*
S. BONNAFOUS

La directrice des sports,
L. LEFÈVRE

ANNEXE

GUIDE PERMETTANT LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF CONCERNANT LA DISPENSATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Le présent guide a pour vocation d'expliciter les dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique et de favoriser la mise en place de systèmes intégrés permettant le développement de l'activité physique adaptée à l'état clinique et aux capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) de patients en affection de longue durée.

Il convient tout d'abord de rappeler les dispositions législatives et réglementaires dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} mars 2017.

1. Qu'est-ce que l'activité physique adaptée à l'état clinique de patients ?

En application de l'article L. 1172-1 du CSP, il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

L'article D. 1172-1 du CSP introduit par le décret du 30 décembre 2016 précité dispose que cette activité physique, adaptée à l'état clinique du patient, consiste en la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une activité physique supervisée a pour but, à terme, 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 (pouvant inclure des activités sportives), et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

2. Qui peut prescrire une activité physique, quelles en sont les indications et quelles sont les modalités de suivi de l'activité physique ?

Aux termes de l'article L. 1172-1 du CSP, c'est le médecin traitant qui prescrit une activité physique dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée. Il s'agit du médecin traitant au sens des articles L. 324-1 et L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale pour les personnes reconnues en affection de longue durée au bénéfice desquelles est établi un protocole de soins. Il faut entendre le parcours de soins comme étant un parcours coordonné des soins (soins ambulatoires, soins hospitaliers, recours à des professionnels de santé, etc.). Le médecin traitant déclaré à la sécurité sociale par le patient oriente ce dernier dans le parcours de soins. Il peut lui recommander la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie.

Le dernier alinéa de l'article D. 1172-2 du code de la santé publique prévoit que le médecin traitant doit utiliser un formulaire spécifique. Ce modèle est joint en annexe 1. Ce formulaire peut être téléchargé sur le site du ministère chargé de la santé et des ARS. Il peut également être téléchargé sur le site des DR-D-JSCS ainsi que sur celui du pôle ressources « sport, santé, bien-être ».

Il est à noter que ni la prescription ni la dispensation d'une activité physique ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

La pratique d'une activité sportive, toujours adaptée aux limites fonctionnelles des patients, peut nécessiter la présentation d'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport lorsqu'elle nécessite que le pratiquant soit titulaire d'une licence délivrée par une fédération sportive. Le certificat médical est alors délivré dans les conditions prévues par les articles L. 231-1 à L. 231-2-3 et D. 231-1-1 à D. 231-1-5 du code du sport.

Conformément à l'article D. 231-1-1, le certificat médical qui permet d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport mentionne, s'il y a lieu, la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée. Il peut, à la demande du licencié, ne porter que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

Selon l'article D. 1172-4 du code de la santé publique : « La prise en charge du patient est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice. »

En application de l'article D. 1172-5 du code de la santé publique, l'intervenant doit transmettre « périodiquement » un compte rendu du déroulement de l'activité au médecin traitant, avec l'accord du patient, qui doit recevoir copie de ce compte rendu. L'intervenant « peut formuler des propo-

sitions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents de celle-ci ». Le médecin traitant peut, de son côté, adresser le patient vers d'autres professionnels et intervenants, conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article D. 1172-3 du code de la santé publique.

3. Quels sont les professionnels pouvant dispenser sur prescription médicale une activité physique, adaptée à l'état clinique des patients ?

L'article D. 1172-2 du code de la santé publique énumère les intervenants pouvant dispenser cette activité.

Il s'agit :

1° Des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1, à savoir les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens (dans le respect de leurs compétences respectives) ; les masseurs-kinésithérapeutes, conformément à l'annexe II-1 de l'article A. 212-1 du code du sport, sont autorisés à encadrer la pratique de la gymnastique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physique et sportive et peuvent, dans les conditions précitées, exercer la fonction d'éducateur sportif.

2° Des professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée (APA) délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, à savoir les professionnels issus de la filière universitaire STAPS « activité physique adaptée et santé », autrement dit les enseignants en activité physique adaptée (titulaires d'une licence mention STAPS, parcours-type APAS ou d'un master mention STAPS APAS).

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

- « – les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport ;
- « – les professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles qui sont énumérés dans une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé ; ».

Il s'agit des éducateurs sportifs, des fonctionnaires et des militaires figurant à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles. Il s'agit également des professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification professionnelle (CQP), attestant de l'acquisition des compétences requises et figurant également sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles. Les TFP et les CQP figurent sur une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé.

4° Des personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 du décret du 30 décembre 2016 précité et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé, sur proposition du Comité national olympique et sportif français.

Il s'agit des personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée, garantissant les compétences permettant à l'intervenant d'assurer la pratique d'activité physique. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministères chargés des sports et de la santé.

S'agissant de la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge par l'activité physique des patients en ALD, et conformément aux recommandations du rapport du Pr Bigard, il vous est demandé d'encourager la mise en place de collaborations entre les différents acteurs locaux intervenant auprès des patients (professionnels de santé, enseignants en APA, éducateurs sportifs) dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

4. Quels sont les patients auxquels peut être prescrite et dispensée une activité physique ?

Les dispositions de l'article 144 (article L. 1172-1 du CSP) et du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 précité concernent les patients en affection de longue durée.

Le décret précité fait une distinction importante entre la dispensation de l'activité physique, adaptée à l'état clinique pour les patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères et la dispensation pour les patients souffrant de limitations fonctionnelles moins sévères. En effet, les patients atteints d'affections de longue durée peuvent être considérés en fonction de leur état clinique et leur profil fonctionnel. Les affections de longue durée (ALD) peuvent se présenter avec différents niveaux de gravité, d'atteinte organique, de potentiel d'évolutivité qui retentissent sur leur autonomie.

Le rapport du Pr X. Bigard recense 4 principaux phénotypes fonctionnels reposant sur différents niveaux d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles, ainsi qu'en fonction de la perception de la douleur. Ces phénotypes sont envisagés selon 4 niveaux d'altérations : sévère, modérée, minime et sans limitation (extrait : rapport du Pr X. Bigard - annexe 2). La détermination du profil fonctionnel revient au médecin traitant qui, pour ce faire, conformément aux règles de bonne pratique médicale, peut s'appuyer sur les critères reportés en annexe 2. Le fait d'inclure initialement un patient dans un phénotype particulier n'est pas définitif. L'évolution de l'état clinique du patient retentira sur ses grandes fonctions, sur son niveau d'autonomie, ce qui impliquera une évolution de son phénotype fonctionnel dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation. Il est important, pour le médecin traitant, de suivre régulièrement l'évolution du phénotype fonctionnel des patients par un processus d'évaluation des fonctions locomotrices, cognitives et sensorielles qui peut prendre appui sur un bilan établi par les professionnels dispensant l'activité physique. Des exemples de bilans établis par des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des psychomotriciens seront fournis à titre d'exemple ultérieurement et mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé.

4.1. La prescription et la dispensation de l'activité physique aux patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères

L'article D. 1172-3 du code de la santé publique précise que « Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1^o de l'article D. 1172-2 (c'est-à-dire les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens) sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

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

Pour la qualification des limitations fonctionnelles sévères, il convient de se référer à l'annexe 11-7-2 *infra* qui est issue des recommandations du rapport du Pr X. Bigard (cf. annexe 2 - dernière colonne correspondant aux limitations sévères).

L'appréciation de ces limitations ou de leur atténuation revient toujours au médecin traitant qui est responsable de l'orientation du patient vers tel ou tel professionnel ; pour ce faire, il peut s'appuyer sur les critères reportés dans l'annexe 11-7-2. Il peut apprécier que le simple fait de présenter un de ces critères ne suffit pas à considérer le patient comme atteint de limitations sévères. Une limitation sévère peut résulter d'une combinaison de plusieurs de ces critères.

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

1. Fonctions locomotrices

Fonction neuromusculaire : altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien.

Fonction ostéoarticulaire : altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien.

Endurance à l'effort : fatigue invalidante dès le moindre mouvement.

Force : ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires.

Marche : distance parcourue inférieure à 150 m.

2. Fonctions cérébrales
Fonctions cognitives : mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec.
Fonctions langagières : empêche toute compréhension ou expression.
Anxiété/Dépression : présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression.
3. Fonctions sensorielles et douleur
Capacité visuelle : vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier.
Capacité sensitive : stimulations sensibles non perçues, non localisées.
Capacité auditive : surdité profonde.
Capacités proprioceptives : déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien.
Douleur : douleur constante avec ou sans activité.

Si l'on se réfère, au titre des recommandations de bonne pratique médicale, au tableau des interventions des professionnels et autres intervenants (annexe 4) qui a pour objet de fournir un cadre de référence sur l'orientation des patients selon leurs phénotypes (ou profils) fonctionnels, en fonction des différents cœurs de métiers des professionnels et autres intervenants, les masseurs-kinésithérapeutes, conformément à l'article R. 4321-13 du code de la santé publique et à l'article A. 212-1 du code du sport, encadrent la pratique de l'activité physique, les ergothérapeutes et les psychomotriciens peuvent intervenir respectivement sur la base des articles R. 4333-1 et R. 4332-1 du code de la santé publique pour pratiquer des actes de rééducation qui leur sont autorisés et sur la base de l'article D. 1172-3 dudit code pour dispenser l'activité physique. Pour les patients présentant « des limitations fonctionnelles sévères », les professionnels de santé cités au 1° de l'article D. 1172-2 réalisent un bilan fonctionnel permettant d'évaluer isolément ou conjointement les capacités locomotrices, cérébrales et sensorielles. Le cas échéant, ce bilan peut relever d'une évaluation pluridisciplinaire.

4.2. La prescription et dispensation de l'activité physique aux patients en ALD qui ne présentent pas de limitations sévères

Pour ces patients présentant d'autres limitations fonctionnelles que sévères (modérées, minimes ou aucune limitation), le médecin peut prescrire une activité physique et les orienter de préférence vers les professionnels mentionnés dans les recommandations issues du rapport du Pr X. Bigard (cf. : annexe 4) en fonction des compétences et savoir-faire qu'il estime nécessaires. Ces recommandations sont en effet appelées à être reprises par les sociétés savantes.

5. Quelles sont les structures proposant une offre d'activité physique ?

Les ARS et les DR-D-JSCS organiseront sur leur site internet respectif la liste des structures proposant une offre d'activité physique.

Il vous appartiendra d'organiser le cas échéant au niveau régional des comités de pilotage ARS - DR-D-JSCS avec leur différents partenaires afin d'aider à la mise en place du dispositif, de mobiliser les financeurs possibles et de lancer des appels à projets en vous appuyant sur les modèles existants, tels que les contrats locaux de santé.

ANNEXE 1

FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE PRESCRIPTION
À LA DISPOSITION DES MÉDECINS TRAITANTS

Tampon du médecin	
-------------------	--

Date :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire² :

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu	Date	Signature	Cachet professionnel
------	------	-----------	----------------------

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'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).

ANNEXE 2

TABLEAU DES PHÉNOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Tableau des phénotypes fonctionnels

FONCTIONS	Tableau des phénotypes fonctionnels			
	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Fonction neuro-musculaire	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
Fonction ostéo-articulaire	Normale	Altération au maximum de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
Marche	Distance théorique normale couverte en 6 mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec : sexe = 0 pour les femmes, sexe = 1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82 % de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.

FONCTIONS		AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive	La personne fait répéter	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Équilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

ANNEXE 3

TABLEAU DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES AUX PROFESSIONNELS ET PERSONNES HABILITÉES À DISPENSER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE PRESCRITE PAR LE MÉDECIN TRAITANT AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Tableau des compétences

LIMITATIONS COMPÉTENCES	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
-1 - Assurer l'éducation pour la santé et/ou participer à une éducation thérapeutique.	Être capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Être capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Être capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.	Être capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.
-2 - Savoir réaliser l'évaluation initiale de la situation du patient, en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels.	Mettre en œuvre des évaluations fonctionnelles propres à la pratique physique envisagée. Évaluation des freins, ressources individuelles et capacités de la personne à s'engager dans une pratique autonome, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Être capable, le cas échéant, d'adapter les évaluations fonctionnelles à la situation de la personne. Évaluation des freins, ressources individuelles et capacités de la personne à s'engager dans une pratique adaptée aux limitations, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Être capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Évaluation des freins, ressources individuelles et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.	Être capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Évaluation des freins, ressources individuelles et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.
-3 - Être capable de concevoir, co-construire et planifier un programme d'activité physique individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne.	Être capable de concevoir une séance d'activité physique en suscitant participation et adhésion de la part du patient.	Savoir opérer des adaptations simples sur les activités physiques, dans un objectif de tolérance et d'autonomie dans la pratique.	Être capable d'identifier les modalités de pratique et leurs adaptations pédagogiques les plus appropriées à l'état des personnes et aux objectifs définis dans l'évaluation initiale. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.	Être capable de fixer des objectifs cohérents en termes d'amélioration de l'état de santé et d'ajuster le programme d'activité physique en fonction des réponses du patient. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.

LIMITATIONS COMPÉTENCES	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
<p>- 4 - Savoir mettre en œuvre un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique).</p>	<p>Être capable : - d'animer une séance d'activité physique et sportive (APS) ; - de repérer toute altération de la tolérance des séances ; - d'évaluer les progrès au sein de la pratique ; - d'entretenir la motivation des pratiquants.</p>	<p>Savoir transformer les APS pour les enseigner (mise en œuvre des apprentissages moteurs et développement des aptitudes), en tenant compte des contraintes associées aux activités physiques minimales. Savoir évaluer les séances pédagogiques au moyen d'outils adaptés aux déficits des patients (adhésion, motivation, progrès) et leur tolérance.</p>	<p>Être capable d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à assurer d'une balance bénéfice-risque favorable. Maîtriser les méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés (approche ciblée et personnalisée).</p>	<p>Être capable : - d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à assurer d'une balance bénéfice-risque favorable ; - de concevoir des adaptations permanentes et évolutives des AP adaptées, voire de construire de nouvelles modalités de pratiques compatibles avec des limitations fonctionnelles sévères ; - d'utiliser des méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés.</p>
<p>- 5 - Savoir évaluer à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels).</p>	<p>Être capable : - d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients ; - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Être capable : - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients ; - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins ; - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Être capable : - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients ; - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins ; - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état du blessé (prise en charge des hémorragies, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>
<p>- 6 - Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique.</p>	<p>Être capable : - de sécuriser la zone de l'accident ; - de collecter et transmettre les renseignements importants sur la situation, l'état du blessé aux services de secours ; - d'agir face à un blessé qui présente une hémorragie externe, une perte de connaissance, un arrêt cardiaque, un traumatisme d'un membre dans le cadre d'une activité sportive, en évitant l'aggravation de l'état du blessé.</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>

LIMITATIONS COMPÉTENCES	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
<p>- 7 -</p> <p>Connaître les caractéristiques très générales des principales pathologies chroniques.</p>	<p>Connaissances très générales sur la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité.</p>	<p>Connaissances très générales sur : – la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité ; – les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients.</p>	<p>Connaissances très générales sur : – la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité ; – les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients ; – les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients ; – les effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>	<p>Connaissances très générales sur : – la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité ; – les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients ; – les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients ; – effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>

ANNEXE 4

TABLEAU DES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS ET AUTRES INTERVENANTS

Domaines d'intervention préférentiels des différents métiers

MÉTIERS	LIMITATIONS	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Masseurs kinésithérapeutes		+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)		(Si besoin déterminé)	(Si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA		+/-	++	+++	++
Éducateurs sportifs		+++	+++	+	Non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel		+++	++	+ ¹	Non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel		+++	++	+ ¹	Non concernés

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