Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS

APPEL À PROJETS (AAP) RELATIF AUX

« Maisons sport-santé »

Préambule

Afin de donner l'opportunité à tout public de pratiquer une activité physique et sportive (APS[1]) à des fins de santé et de réduire les comportements sédentaires, différents types de structures concourent à l'identification d'une offre de pratiques et son maillage renforcé sur l'ensemble du territoire et notamment dans les territoires concernés par un ou plusieurs quartiers, zones ou territoires inscrits en géographie prioritaire.

Constitués d'une diversité d'acteurs, ces espaces permettent de pratiquer une activité physique et sportive et/ou une activité physique adaptée (APA)[2], lesquelles doivent répondre aux contraintes et besoins de chacun.

Le présent appel à projets, accompagné de la présentation d'un cahier des charges, a pour objectif de mettre en valeur les structures répondant à ses exigences à travers leur référencement, conjointement par les ministères des Solidarités et de la Santé ainsi que des Sports, en tant que « Maison Sport Santé ». Il s'agit de reconnaitre une offre spécifique et **la démarche de qualité et de sécurité** que ces espaces mettent en œuvre, afin qu'en lien notamment avec les collectivités territoriales et les associations, elles contribuent au développement de réponses adaptées de proximité. Les initiatives territoriales reconnues sur la base de dispositifs validés par les ARS et DRAJES peuvent entrer dans ce cadre national sous réserve qu'elles répondent à ces exigences.

Dans ce contexte, l'adoption de comportements non sédentaires et la pratique d'APS, reconnus comme déterminants essentiels de l'état de santé et enjeux de santé publique, participent également à l'intégration et l'insertion sociale des personnes et contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales entre les individus à tous les âges de la vie[3]. En effet, dans certains territoires comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ou les zones de revitalisation rurales (ZRR), le cumul des difficultés sociales et sanitaires individuelles n'explique cependant pas l'ensemble des écarts observés entre les habitants de ces territoires et le reste de la population, en termes d'état de santé perçue, de surpoids et d'obésité ou de renoncement aux soins. Des modalités d'action spécifiques, correctrices de ces inégalités, sont donc nécessaires.

Les porteurs de projet souhaitant s'inscrire dans cette démarche afin d'être reconnus « Maisons Sport-Santé » devront être en conformité vis-à-vis du cahier des charges annexé.

1. Dossier de candidature

Le candidat à l'AAP devra transmettre à maisonsportsante@sports.gouv.fr et à pole-sante@creps-vichy.sports.gouv.fr un dossier de 15 pages maximum, hors annexes, comprenant l'ensemble des informations présentant la structure candidate à la reconnaissance comme « Maison Sport-Santé », conformément aux différents points du cahier des charges.

Un formulaire-type de candidature est proposé, son utilisation est obligatoire.

Les structures qui ont déposé des dossiers de candidature et n'ont pas été retenues comme « maisons sport-santé » à la fin de la procédure d'évaluation des projets de 2019 et 2020 peuvent déposer une nouvelle candidature en 2021 conforme au cahier des charges.

Une attention particulière sera apportée en 2021 aux territoires restés non-couvert à la fin des deux premiers appels à projets, ainsi qu'à ceux inscrits en géographie prioritaire.

1. Pratiques culturelles mettant en mouvement le corps dont les formes peuvent être ludiques, libres, voire très occasionnelles et qui prennent la forme de jeu ou de compétition, suivant des règles déterminées. Inserm

2. On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L.1172-1 du code de la santé publique, 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 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.

3. Article L100-1 du Code du Sport.

2. Evaluation des candidatures

Les candidatures seront étudiées, après avis commun des ARS et des DRAJES territorialement compétentes, par un comité de programmation national composé notamment de représentants des institutions suivantes :

- Ministère chargé des Sports
- Ministère des Solidarités et de la Santé
- Ministère de l'Outremer
- Agence Nationale du Sport
- Agence Nationale de la Cohésion des Territoires
- Deux représentants des ARS et deux représentants des DRAJES
- Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS)
- Pôle Ressources National Sport – Santé – Bien-Être (PRN SSBE)

Le comité de programmation analysera les dossiers de candidature sur la base des critères ci-après :

- qualité des prestations proposées (modalités d'encadrement du public cible) et du lieu de pratique sportive (accessibilité, confort, accueil),
- identification du public cible et de ses besoins à travers l'organisation et les priorités mobilisées,
- adéquation de la structure, de son projet et de son organisation aux problématiques du territoire dans lequel elle s'inscrit,
- des partenaires ou du réseau accompagnant le candidat à l'AAP dans son projet,
- caractère opérationnel et cohérent du projet présenté dans le cadre de l'AAP.

En cas d'avis divergents des ARS et des DRAJES territorialement compétentes, un arbitrage sera fait au niveau national suite à analyse conjointe du ministère des solidarités et de la santé (Direction générale de la santé) et du ministère chargé des sports (Direction des sports) et après avis du comité national de programmation.

Les candidatures concernant des projets avec implantation plurirégionale seront analysées par le ministère Chargé des sports et le ministère des solidarités et de la santé, après avis de toutes les ARS et toutes les DRAJES territorialement compétentes. Un avis pour la labélisation de ces structures sera rendu pour chaque structure candidate et territoire d'intervention.

L'annonce des lauréats sera faite au niveau national, par le ministère chargé des sports et le ministère des solidarités et de la santé, après information et échanges au préalable avec les ARS et les DRAJES territorialement compétentes et avec leur information en amont de l'annonce.

3. Soutien apporté aux lauréats

Le soutien méthodologique sera apporté par le Pôle ressources national sport santé bien-être (PRNSSBE).

Concernant le soutien financier, la reconnaissance Maison sport-Santé ne vaut pas attribution systématique d'une subvention. Toutefois, une aide financière pourra être allouée uniquement sur la première année afin de faciliter la mise en route de la Maison Sport-Santé et après étude de la demande de subvention. L'instruction s'appuiera sur différents critères relatifs aux besoins de compétence et en matériel d'intervention ou d'observation (système d'information).

4. Calendrier de l'appel à projets et procédure de candidature



Ouverture de l'appel à projets (AAP)	**30 juin 2021** : le cahier des charges de l'appel à projets et le formulaire-type de candidature sont disponibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/appel-a-projets-2020-maisons-sport-sante ainsi que sur le site du ministère chargé des sports : http://sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/maisons-sport-sante/article/appel-a-projets-2020-maisons-sport-sante
Réponses aux questions	Les personnes intéressées pourront poser des questions à maisonsportsante@sports.gouv.fr **jusqu'au 15 août 2021.**
Date limite de dépôt des dossiers de candidature	**15 septembre 2021 à 18h, heure de Paris.** Le dossier de candidature est limité à 15 pages hors annexes. Le dossier devra porter la mention APPEL A PROJETS « MAISON SPORT-SANTE ». Il devra contenir l'ensemble des informations relatives aux différents points du cahier des charges. Seuls les dossiers éligibles et conformes seront examinés par les ARS et DRAJES au niveau régional et par le comité de programmation national. Le dossier de candidature doit être transmis à maisonsportsanté@sports.gouv.fr et à pole-sante@creps-vichy.sports.gouv.fr en version électronique en format Word et PDF **et** en format papier à l'adresse suivante : **PRNSSBE - CREPS VICHY - 2 Route de Charmeil** **03700 Bellerive – sur - Allier** Un accusé de réception électronique sera adressé.
Vérification de l'éligibilité des dossiers de candidatures au niveau national	**15 septembre – 15 octobre 2021** Analyse par le PRN SSBE de la conformité des dossiers de candidature au cahier des charges.
Examen des dossiers de candidatures au niveau régional	**15 octobre – 30 novembre 2021 :** analyse des dossiers de candidature par les ARS et les DRAJES territorialement compétentes et remontée de ces analyses au niveau national.
Comité de programmation national	**Décembre 2021 :** analyse des dossiers de candidature par le comité de programmation national après avis commun des ARS et des DRAJES territorialement compétentes et analyse / instruction complémentaire au niveau national de dossiers spécifiques et avec implantation pluri-régionale.
Annonce des lauréats	**Janvier 2022 :** annonce des lauréats sur le site internet du ministère chargé des sports et du ministère des solidarités et de la santé
Notification de la décision et signature de la charte d'engagement	Une fois les candidats informés de la décision, **une charte d'engagement** devra être signée par chacun des lauréats afin d'officialiser le référencement de leur structure comme « Maison sport-santé » par les ministères des sports et des solidarités et de la santé.
Accompagnement des lauréats	Dans le cadre de l'accompagnement des lauréats, **une réunion de partage d'expérience** de l'ensemble des gestionnaires des MSS référencées sera organisée en 2022.

CAHIER DES CHARGES

« Maisons sport-santé »

SOMMAIRE

1. Introduction et contexte 7

2. Enjeux 7

3. Missions de la « Maison sport-santé » 8

3.1 Publics visés 9

3.2 Participation des usagers 10

4. Eligibilité des structures au titre de « Maison sport-santé » 10

4.1 Structures porteuses « Maison sport-santé » 10

4.2 Fonctionnement en réseau des intervenants sur le territoire d'intervention de la Maison sport-santé 10

4.3 Critères de qualité et de sécurité 11

4.4 Systèmes d'informations 11

5. Rôle des professionnels dans le programme sport-santé personnalisé 11

6. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement 13

7. Table des annexes / recommandations 13

7.1 Annexe 1 –Références réglementaires 14

7.2 Annexe 2 – Questionnaire standard patient 15

7.3 Annexe 3 – Charte d'engagement 18

7.4 Annexe 4 – Supports type pour l'évaluation de la condition physique et le bilan motivationnel 21

1. Introduction et contexte

Afin de donner l'opportunité à tout public de pratiquer une activité physique et sportive (APS[4]) à des fins de santé et de réduire les comportements sédentaires, différents types de structures concourent à l'identification d'une offre de pratiques et son maillage renforcé sur l'ensemble du territoire et notamment dans les territoires concernés par un ou plusieurs quartiers, zones ou territoires inscrits en géographie prioritaire.

Constitués d'une diversité d'acteurs, ces espaces permettent de pratiquer une activité physique et sportive et/ou une activité physique adaptée (APA)[5], lesquelles doivent répondre aux contraintes et besoins de chacun.

Le présent cahier des charges a pour objectif de mettre en valeur les structures répondant à ces exigences à travers leur référencement en tant que « Maison Sport-Santé ». Il s'agit là de reconnaitre une offre spécifique et la **démarche de qualité et de sécurité** qu'elles mettent en œuvre, afin qu'en lien notamment avec les collectivités territoriales et les associations, elles contribuent au développement de réponses adaptées de proximité. Les initiatives territoriales reconnues sur la base de dispositifs validés par les ARS et DRAJES peuvent entrer dans ce cadre national sous réserve qu'elles répondent à ces exigences.

Dans ce contexte, l'adoption de comportements non sédentaires et la pratique d'APS, reconnus comme déterminants essentiels de l'état de santé et enjeux de santé publique, participent également à l'intégration et l'insertion sociale des personnes et contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales entre les individus à tous les âges de la vie[6]. En effet, dans certains territoires comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ou les zones de revitalisation rurales (ZRR), le cumul des difficultés sociales et sanitaires individuelles n'explique cependant pas l'ensemble des écarts observés entre les habitants de ces territoires et le reste de la population, en termes d'état de santé perçu, de surpoids et d'obésité ou de renoncement aux soins. Des modalités d'action spécifiques, correctrices de ces inégalités, sont donc nécessaires.

2. Enjeux

L'enjeu principal d'une implantation territoriale équilibrée des « Maisons Sport-Santé » est d'offrir au travers d'un programme éducatif, préventif, thérapeutique, une accessibilité plus importante à la pratique du sport[7] à des fins de santé, aux activités physiques générales (marche rapide, exercices de renforcement musculaire, etc.) ou adaptées aux limitations fonctionnelles et facteurs de risques individuels. Dans ce cadre, le programme sport-santé personnalisé vise à favoriser, d'une part, la santé et le bien-être de chacun ainsi qu'un mode de vie plus actif et, d'autre part, l'inclusion sociale des personnes les plus fragilisées.

La « Maison Sport-Santé » doit ainsi permettre :

- D'amener un large public à faire un premier pas dans un programme d'activité physique et/ou sportive ou à renouer durablement avec une telle activité, dans la perspective de l'amener vers une pratique régulière, autonome ou en structure sportive classique, traduisant un changement durable de comportement ;
- De faciliter le recours à l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladie chronique ;
- De contribuer à assurer l'accompagnement des personnes atteintes d'affection de longue durée orientées consécutivement à une prescription médicale d'activité physique adaptée par leur médecin traitant.

---

4. Pratiques culturelles mettant en mouvement le corps dont les formes peuvent être ludiques, libres, voire très occasionnelles et qui prennent la forme de jeu ou de compétition, suivant des règles déterminées. *Inserm*

5. On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L.1172-1 du code de la santé publique, 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 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.

6. Article L100-1 du Code du Sport.

7. « Toutes formes d'activités physiques qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux. » *Charte Européenne du sport révisée en 2001 par le Conseil de l'Europe.*

À cette fin, il convient de :

- Développer des réponses nouvelles en termes d'information, de communication et d'accompagnement pour que la lutte contre la sédentarité et la pratique de l'activité physique et sportive soient considérées comme inhérentes à un parcours de vie, voire de santé ;
- Promouvoir des comportements non sédentaires, une activité physique et sportive comme source de plaisir s'inscrivant dans un programme personnalisé sport-santé permettant de le rendre pérenne ;
- Apporter une proximité dans l'offre de pratique d'APS à des fins de bien-être et de santé notamment dans les territoires inscrits en géographie prioritaire ;
- Proposer des activités physiques et sportives diversifiées et encourager une activité physique régulière et adaptée afin de répondre aux aspirations et possibilités de la personne, aux contraintes de différents moments de vie ainsi qu'aux évolutions sociétales et technologiques ;
- Proposer des espaces pour répondre aux différentes attentes exprimées en termes de pratiques d'activités physiques et sportives, pour développer et maintenir, ou renforcer le capital santé des personnes prises en charge ;
- Jouer le rôle d'interface entre le public et les structures sportives ;
- Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, du social, du sport – dont les encadrants d'activité physique adaptée - dans le respect de critères de qualité et de sécurité définis au 4.3.

3. Missions de la « Maison sport-santé »

La « Maison Sport-Santé » participe activement à la coordination et à la mise en réseau des différents acteurs de la santé, du sport et de l'activité physique adaptée tout au long du programme sport-santé personnalisé. Elle doit permettre d'informer le public, d'établir un programme sport-santé personnalisé et d'orienter vers les intervenants disposant des compétences requises. Une attention spécifique sera portée aux publics les plus éloignés des pratiques sport-santé et en situation de précarité (information, orientation…).

Par son rôle d'acteur local, la « Maison Sport-Santé » constitue aussi un véritable espace de mise en réseau et d'observation de la dispensation d'APS/APA à des fins de santé au service de l'écosystème territorial. Elle réunit les conditions pour favoriser la lutte contre la sédentarité et la pratique régulière d'APS/APA. Ce lieu d'observation de la dispensation de l'APS/APA doit participer à l'amélioration de la connaissance en exploitant les données nécessaires à l'évaluation de l'impact de ces pratiques.

Cet espace peut être :

- Un espace d'accueil permettant, d'une part d'informer et d'orienter les personnes dans leur programme sport-santé personnalisé ;
- Un lieu de réalisation d'un bilan des capacités physiques sur la base d'une prescription d'activité physique adaptée lorsqu'elle est requise et des éventuelles contre-indications relevées;
- Un lieu d'exercice de l'APS/APA ;
- Un lieu de formation transversale des acteurs du sport-santé ;
- Un lieu d'information, de sensibilisation voire de formation continue.

Parmi ses missions, il convient de distinguer celles qui sont incontournables de celles optionnelles qui peuvent être assurées par la « Maison Sport-Santé » elle-même ou d'autres structures par conventionnement avec ces dernières.

Elle vise par essence à mettre en réseau les intervenants afin d'orienter les personnes dans leur programme sport-santé et constitue à cette fin un centre de ressources tant pour le public ciblé que pour les acteurs locaux concernés. Elle permet de développer l'observation et d'appuyer la recherche et l'expertise au moyen des données recensées (Cf. point 4.4).

Les missions des maisons sport-santé sont les suivantes :

- Mettre à disposition du public l'information sur les offres existantes de pratique d'APS/APA dans l'environnement géographique local, après avoir identifié les compétences mobilisables ;
- Sensibiliser, informer, conseiller sur les bienfaits de l'activité physique et/ou sportive, participer ainsi à la promotion d'un mode de vie actif et à la lutte contre la sédentarité ;
- Permettre un accueil afin qu'un programme sport-santé personnalisé puisse être défini. Cet accueil est préférentiellement physique. Toutefois, il peut se faire à distance, selon les territoires, au moyen d'une plateforme permettant d'orienter la personne dans son programme. Elle pourra s'appuyer sur la mobilisation d'outils digitaux permettant d'expérimenter de nouvelles approches pour mettre en réseau notamment les professionnels, pratiquants et chercheurs ;
- Orienter les personnes vers les professionnels qualifiés tant pour évaluer les capacités physiques que pour élaborer un programme sport-santé personnalisé ;
- Orienter les personnes vers une activité adaptée à leurs besoins (type d'APS/APA, créneaux et lieux de pratique) conformément à la réglementation en vigueur.

De manière optionnelle, la maison sport-santé peut elle-même :

- Réaliser l'évaluation des capacités physiques de la personne dès lors que cet examen est fait par le médecin ou un autre professionnel compétent ainsi que de ses motivations afin de proposer un programme sport-santé personnalisé. S'agissant des patients en ALD, cette évaluation est réalisée dans les conditions décrites au point 5 ;
- Suivre les patients pratiquant une activité physique et sportive/APA à des fins thérapeutiques. Ainsi, l'encadrant organise un suivi régulier du patient tout au long du programme en liaison avec le médecin traitant pour les personnes en ALD, afin de mesurer sa constance et son niveau de progression. Il anticipe la sortie de programme en favorisant l'adhésion de la personne à une pratique régulière, le cas échéant autonome ;
- Promouvoir la pratique d'APS/APA auprès des professionnels de santé, des cabinets médicaux, des structures sanitaires, médicosociales, sociales, des structures sportives, en particulier au sein des programmes d'éducation thérapeutique ;
- Pour les territoires concernés, construire une articulation et un maillage avec les acteurs en capacité d'« aller vers » ou implantés dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (médiateurs en santé, équipes du programme de réussite éducative, centres sociaux, ateliers santé ville, conseils locaux de santé mentale, etc.), pour renforcer l'information et le recueil des besoins des publics éloignés.

3.1 Publics visés

La « Maison Sport-Santé » a pour but d'accueillir et d'orienter toutes les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge, leur état de santé ou de fragilité.

Une attention particulière est à porter aux personnes en situation de précarité socio-économique, aux personnes fortement sédentarisées, en situation de handicap ou au niveau d'autonomie limitée. Les personnes porteuses de maladies chroniques ou en ALD disposant d'une prescription d'activité physique adaptée à leurs limitations fonctionnelles sont également des cibles privilégiées.
L'information des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville fera l'objet d'une attention spécifique.

3.2 Participation des usagers

La « Maison Sport-Santé » doit mettre en place un mécanisme permettant d'associer les usagers à l'évaluation des activités mises en place (mise en réseau, information, définition et mise en œuvre du programme sport-santé personnalisé) et à l'ajustement de l'offre. Afin de prendre en compte leurs avis, elle organise le recueil des besoins exprimés au travers du questionnaire standard joint en annexe 2.

La participation des usagers peut se structurer jusqu'à la mise en place d'un comité des usagers.

Pour les maisons sport-santé qui seront présentes dans les territoires concernés par la politique de la ville, elles pourront utilement s'appuyer sur les conseils citoyens.

Des références et outils méthodologiques pourront être proposés dans la boîte à outils pour soutenir et favoriser les démarches participatives de suivi en lien avec les usagers et habitants.

4. Eligibilité des structures au titre de « Maison sport-santé »

4.1 Structures porteuses « Maison sport-santé »

La « Maison Sport-Santé » peut être portée par des structures de nature juridique diverse, publiques ou privées, à but lucratif ou non.

4.2 Fonctionnement en réseau des intervenants sur le territoire d'intervention de la « Maison sport-santé »

La « Maison Sport-Santé » doit permettre d'animer un réseau d'acteurs pluri-professionnels et pluridisciplinaires afin de mobiliser les compétences nécessaires et de créer des partenariats entre les différents niveaux et acteurs du territoire. Ces partenariats peuvent être établis sur la base de conventionnements entre les acteurs :

- du champ sportif (associations, structures commerciales) et de l'activité physique adaptée (professionnels concernés) ;
- du champ sanitaire (réseaux de santé et PTA ; professionnels de santé : médecins traitants, médecins spécialistes d'autres spécialités que la médecine générale, installés en ville ou exerçant à l'hôpital, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, infirmiers, pharmaciens…) ;
- du champ social ;
- du champ de l'observation et de l'évaluation ;
- du champ de la formation ;
- des collectivités locales au titre de leurs compétences respectives, par exemple dans le domaine de la santé, du social, du sport et de la politique de la ville pour les territoires concernés. Dans ce cas, une inscription ou une articulation de la maison sport-santé avec le contrat local de santé[8], et le contrat de ville[9], sera favorisée.
- d'autres champs à préciser en fonction des spécificités et opportunités locales.

8. Article L.1434-10 du CSP

iV.-La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social.

9. Le contrat de ville est le document programmatique permettant aux acteurs territoriaux d'élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'intervention en direction des 1 514 quartiers prioritaires de la politique de la ville. L'un de ses objectifs vise la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, dans le cadre du volet santé du contrat de ville. Les contrats de ville sont l'un des cadres pour venir soutenir des actions de promotion de l'APS/APA en direction des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville

4.3 Critères de qualité et de sécurité

La « Maison Sport-Santé » s'engage à respecter des critères de qualité et de sécurité et signe à cette fin la charte d'engagement consignée en annexe 3.

La Maison Sport-Santé doit respecter toute réglementation relative aux champs d'intervention et professionnels mobilisés. Elle doit notamment veiller à respecter les textes et normes applicables s'agissant :

- des qualifications et des compétences des intervenants en particulier pour la dispensation de l'activité physique adaptée ;
- des conditions d'encadrement de l'activité physique et sportive contre rémunération fixées par le code du sport ;
- des règles concernant les certificats de non contre-indications ;
- des établissements recevant du public ;
- de l'aménagement et de l'utilisation des équipements sportifs au sein même de la Maison Sport-Santé.

4.4 Systèmes d'information

Les « Maisons Sport-Santé » doivent être en mesure de recueillir des données de façon uniformisée, afin que les actions mises en œuvre alimentent les travaux d'observation et de recherche. Des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats doivent être recueillis.

Les indicateurs de processus font référence au nombre de personnes accueillies/suivies, aux partenariats mobilisés, aux différentes ressources de la structure (humaines, matérielles, financières, etc.).

Les indicateurs de résultats mettent en évidence l'évolution des comportements entre le début et la fin du programme sport-santé personnalisé. Ils peuvent être de différentes natures et concerner par exemple le niveau de condition physique, d'activité physique et de sédentarité, la qualité de vie, l'état de santé perçu, l'estime de soi, etc.

Un géo-référencement des usagers des « Maisons Sport-Santé » résidant en QPV pourra être effectué par les services du Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales (MCTRCT).

Toutes les données devront être numérisées, sécurisées et recueillies en conformité avec le règlement général de protection des données (RGPD). Les données personnelles recueillies auprès des usagers de la maison Sport-Santé font l'objet de la protection légale.

5. Rôle des professionnels dans le programme sport-santé personnalisé

Qu'il s'agisse de personnes en prévention primaire ou de personnes souffrant de maladies chroniques ou en ALD, différents types d'intervenants ont un rôle à jouer, à différents moments clés du programme sport-santé personnalisé, qu'ils soient intégrés ou non dans un parcours de santé.

Un temps consacré à l'examen des capacités physiques[10], élément essentiel de la prise en charge – le cas échéant postérieur aux examens prescrits par le médecin traitant - doit être prévu afin de proposer une activité physique et sportive adaptée aux besoins de la personne. Cette évaluation peut être assurée par les différentes personnes suivantes à la condition qu'elles aient été formées et ce en fonction de la situation de l'état de santé de la personne (en ou hors ALD[11]) :

- Les professionnels de santé : les médecins traitants et les autres médecins sur la base des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.
- Les enseignants en activité physique adaptée ;
- Les éducateurs sportifs[12].

Parallèlement aux tests de capacités physiques, un travail sur les croyances, les perceptions, la représentation et le niveau de motivation des personnes qui souhaitent reprendre une activité physique doit être entrepris lors de l'accueil par la Maison Sport-Santé.

Cette démarche concerne l'ensemble du public, en particulier celui pour lequel le médecin a recommandé ou prescrit une APA. Il peut prendre différentes formes dont celle d'un entretien motivationnel avec un encadrant formé à cette méthode spécifique.

Concernant les personnes en ALD :

Il appartient au médecin traitant pour les personnes en ALD de déterminer le niveau d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles (y compris la douleur) de son patient et de l'orienter vers un professionnel habilité à dispenser l'activité physique adaptée en fonction de ce profil fonctionnel.

L'article D.1172-3 du code de la santé publique, issu du décret n°2016-1990 du 30 septembre 2016, indique que, s'agissant des personnes en ALD ayant des limitations sévères telles que décrites dans l'annexe 2 de ce décret, seuls les masseurs kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens sont habilités à dispenser une activité physique adaptée. Les enseignants en activité physique adaptée peuvent toutefois intervenir en complémentarité de ces derniers lorsque les patients ont recouvré une autonomie suffisante ou une atténuation de leurs altérations dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens).

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 comprend deux grilles qui doivent permettre aux médecins de prescrire cette activité physique : l'une relative au tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée, l'autre relative aux interventions des professionnels et autres intervenants de l'activité physique adaptée. Les domaines d'intervention préférentiels de l'annexe 4 sont les suivants : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, enseignants en activité physique adaptée, pour les personnes à limitations fonctionnelles modérées à sévères (cf. décret précité) et éducateurs sportifs et assimilés pour les personnes à limitations fonctionnelles minimes ou sans limitations.

La conduite des bilans se fait conformément aux recommandations de la HAS de septembre 2018 à l'intention des médecins (Cf. annexe 4).Le médecin traitant prescripteur de l'APA, évalue la condition physique du patient, note les contre-indications (partielles, éventuelles) et le cas échéant oriente en seconde intention son patient vers le professionnel chargé de conduire une évaluation des capacités physiques complémentaires dès lors que le professionnel en question respecte les domaines d'intervention préférentiels de l'annexe 4 de l'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3/03/2017.

10. Standard d'évaluation en annexe

11. Cf. l'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017

12. Cf. l'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017

6. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement

La « Maison Sport-Santé » fait part d'un modèle économique de mise en œuvre et de fonctionnement soutenable et justifié, comprenant notamment :

- la volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion,
- l'estimation financière du modèle,
- la soutenabilité et viabilité financière (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles/ identification de différents leviers financiers, …), le budget prévisionnel distinguant les dépenses d'investissement, les dépenses de fonctionnement ainsi que les recettes prévisionnelles.

7. Table des annexes / Recommandations

Annexe 1 : Références Réglementaires

Annexe 2 : Questionnaire standard patient

Annexe 3 : Charte d'engagement

Annexe 4 : Recommandations

- Support type « évaluation de la condition physique » (Cf. recommandations HAS de septembre 2018 / annexe 4)
- Support d'introduction à l'« entretien motivationnel » (Cf. recommandations de la HAS de septembre 2018 / chapitre 6.4 – entretien motivationnel)

7.1 Annexe 1 – Références réglementaires

- Instruction N°DS/DSB2/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24/12/2012 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 ;
- Loi n° 2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé (article 144 devenu l'article L. 1172-1 du code de la santé publique) ;
- Décret n° 2016-1990 du 30/12/2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée ;
- Instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3/03/2017 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 ;
- Circulaire SG/CGET no 2014-376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville ;
- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 ;
- Le Plan National « Priorité prévention » du 26 mars 2018 ;
- Guide HAS sur la promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, septembre 2018 ;
- Référentiels d'aide à la prescription d'activité physique et sportive par pathologie (diabète de type 2, maladie coronarienne stable, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, bronchopneumopathie obstructive, surpoids et obésité de l'adulte, dépression, cancers (sein, colorectal, prostate), insuffisance cardiaque chronique, personnes âgées, pendant la grossesse et en post-partum) de la HAS (septembre 2018 et juillet 2019) ;
- Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 ;
- Instruction interministerielle N° DGS/EA3/DS/B1/2019/204 du 13 septembre 2019 relative à la procédure d'évaluation des dossiers de candidature déposés dans le cadre de l'appel à projets « Maisons sport-santé » ;
- Instruction interministerielle N° DGS/EA3/DS/B1/2019/253 du 6 décembre 2019 relative à la mise en œuvre de la Stratégie nationale sport santé (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.
- Instruction interministerielle n° DGS/EA3/DS/1A/2020/114 du 26 juin 2020 relative à la procédure d'évaluation des dossiers de candidature déposés dans le cadre du deuxième appel à projets « Maisons sport-santé »

7.2 Annexe 2 – Questionnaire standard patient

La « Maison Sport-Santé » doit mettre en place un mécanisme permettant d'associer les usagers à l'évaluation des activités physiques mises en place (mise en réseau, information, définition et mise en œuvre du programme sport-santé personnalisé). Afin de prendre en compte leurs avis, elle organise le recueil des besoins exprimés au travers du questionnaire standard joint en annexe.

BILAN DU PROGRAMME SPORT SANTÉ PERSONNALISÉ

	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Légèrement satisfait
Votre bilan a-t-il été personnalisé (capacités physiques, goûts, temps disponible pour l'activité physique…) ?				
Avez-vous été rassuré sur les effets de l'activité physique sur votre santé (effets bénéfiques, risques) ?				
Êtes-vous satisfait de la présentation des offres de pratique d'activités physiques proposées ?				
Êtes-vous satisfait des objectifs fixés pour la pratique d'activité physique : régularité, intensité, fréquence, durée ?				

	Beaucoup	Moyennement	Légèrement	Pas du tout
Les séances étaient conviviales ?				
Le professionnel était à votre écoute ?				
Le professionnel était clair dans ses explications ?				
Les séances étaient adaptées à vos besoins ?				
Les séances étaient variées et ludiques ?				
Avez-vous le sentiment d'avoir pratiqué en toute sécurité ?				
Étiez-vous à l'aise dans le groupe ?				
Avez-vous pris du plaisir à pratiquer ?				
Les objectifs fixés ont-ils été atteints ?				
Avez-vous appris des choses grâce au programme ? (bienfaits de l'activité physique, risques…)				
Vous sentez-vous capable maintenant de faire de l'activité physique ou sportive, seule ou aidée par un professionnel ?				

BILAN PHYSIQUE (CHANGEMENTS RESSENTIS ET OBSERVÉS)

Avez-vous ressenti une amélioration sur le plan physique dans votre vie quotidienne ?

❑ Beaucoup ❑ Moyennement ❑ Légèrement ❑ Pas du tout

Si oui, de quelle nature ?

❑ Moins de fatigue

❑ Plus d'endurance, moins essoufflé

❑ Plus de force

❑ Meilleur équilibre

❑ Meilleure coordination

❑ Meilleure souplesse

❑ Je dors mieux

❑ Moins de douleurs

BILAN PSYCHIQUE (CHANGEMENTS RESSENTIS ET OBSERVÉS)

Avez-vous ressenti une amélioration sur le plan psychologique dans votre vie quotidienne ?

❑ Beaucoup ❑ Moyennement ❑ Légèrement ❑ Pas du tout

Si oui, de quelle nature ?

❑ Meilleur moral

❑ Plus de concentration

❑ Meilleure connaissance de soi (capacités, limites)

❑ Meilleure estime de soi

❑ Amélioration du bien-être

❑ Moins de stress, moins d'anxiété

❑ Plus de joie

❑ Plus d'auto-efficacité

❑ Plus de confiance en mes capacités à faire de l'activité physique ou sportive.

BILAN SOCIAL

Avez-vous tissé de nouveaux liens grâce au programme ?

❑ Oui ❑ Non

BILAN GLOBAL

	Beaucoup	Moyennement	Légèrement	Pas du tout
Ce programme a-t-il répondu à vos attentes ?				
Le programme vous a-t-il permis de changer de comportement vis-à-vis de l'activité physique?				
Le programme vous a-t-il permis de changer de comportement vis-à-vis de votre santé en général ?				

Quelle est la possibilité que vous recommandiez notre dispositif à un ami ou à un proche ? (sur une note de 0 à 10 : 0 pas du tout, 10 : tout à fait)

0 ⟶ 10

OBJECTIF DU PATIENT ET PROJET FUTUR

Suite à ce programme, utilisez-vous des modes de déplacements actifs ?

❑ Oui ❑ Non ❑ C'était déjà le cas avant

Si oui, lesquels ?

❑ Marche à pied

❑ Vélo

❑ Autres :

Comptez-vous poursuivre une activité physique régulière ?

❑ Oui ❑ Plutôt oui ❑ Plutôt non ❑ Non

Comment ?

Activité en autonomie : ❑ Seul(e) ❑ En groupe (famille, amis, voisins, autres).

❑ Seul(e) (lesquelles) :

❑ En groupe (lesquelles) :

Activité encadrée : ❑ Continuer l'activité en cours ❑ Choisir une nouvelle activité ❑ Si activité en cours (laquelle):

❑ Si activité nouvelle (laquelle) :

7.3 Annexe 3 – Charte d'engagement

CHARTE D'ENGAGEMENT

« Maisons sport-santé »

Maison Sport-Santé . . . . . .

Nom de la structure

. . . . . .

Nom du responsable

. . . . . .

Nature et Statut juridique de la structure

. . . . . .

Préambule

Face à l'accroissement continu de la sédentarité[13], de l'inactivité physique[14] et de l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées, nombre de chercheurs internationaux ont prouvé l'efficacité d'une pratique d'activité physique régulière, modérée et adaptée pour prévenir ces pathologies et endiguer cette « pandémie »[15].

L'OMS a défini en 2013 des objectifs différenciés (niveaux d'activité physique recommandés) en fonction des âges de la vie et a lancé son plan d'action mondial pour l'activité physique et la santé (« Plan d'action mondial de l'OMS pour l'activité physique et la santé 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain »).

L'activité physique et sportive, reconnue comme un déterminant majeur de santé et de bien-être, nécessite pour tout déploiement, la mise en œuvre de dispositifs et de processus nouveaux. Ces dispositifs doivent constituer un outil structurant l'offre de pratique régulière d'APS à des fins de santé, dès le plus jeune âge, pour l'ensemble de la population, en particulier pour ceux qui en sont les plus éloignés (précarité, handicap, santé). Les Maisons Sport-Santé développent une démarche attentive à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment en direction des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

C'est tout l'enjeu de la « Maison Sport-Santé », acteur territorial implanté localement, en matière d'APS à des fins de santé publique, qui a un rôle d'accélérateur de mise en réseau des différents acteurs. La Maison Sport-Santé a pour objectif de favoriser un mode de vie actif tout au long de la vie en concourant, notamment, au parcours de santé des patients en ALD.

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, inscrite dans une démarche « qualité-sécurité » reconnue.

L'engagement

En qualité de représentant de la Maison Sport-Santé .....

Je m'engage à respecter les éléments énoncés dans le cadre du cahier des charges.

En tant que gestionnaire de la Maison sport-santé, je m'engage à la mise en œuvre des missions suivantes :

- Permettre un accueil individuel des personnes souhaitant pratiquer une activité physique (en lien selon les cas avec un professionnel de santé) afin qu'un programme sport-santé personnalisé puisse être défini ;
- Sensibiliser, informer, conseiller les personnes sur les bienfaits de la pratique d'activité physique et sportive à des fins de santé et participer à la promotion d'un mode de vie actif ;
- Orienter et accompagner les personnes vers une activité adaptée à leurs besoins (type d'activité sportive, lieu de pratique et créneaux horaires) ;
- Mettre à disposition du public l'information sur les offres existantes de pratique d'APS/ APA dans l'environnement géographique local, après avoir identifié les compétences mobilisables ;
- Assurer la mise en place d'une évaluation des capacités physiques ainsi que des motivations de la personne accueillie afin de proposer un programme sport-santé personnalisé ;
- Suivre l'engagement des patients dans le programme sport-santé personnalisé à des fins thérapeutiques tout au long de leur parcours de soin, au travers d'un suivi régulier afin d'anticiper sur la sortie du programme vers une pratique régulière autonome.

13. La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisé par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET) en position assise ou allongée. La sédentarité, ou le comportement sédentaire, se distingue de l'inactivité physique, et a des effets délétères indépendants de celle-ci sur la santé.

14. L'inactivité physique est définie comme une pratique d'activité physique modérée à élevée inférieure à un seuil recommandé. Pour l'OMS, ce sont de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au minimum cinq fois par semaine pour les adultes (18-64 ans), 60 minutes par jour pour les enfants et les adolescents (5-17 ans) et au moins 30 minutes par jour au moins 5 jours par semaine pour les personnes de plus de 64 ans.

15. Rapport Inserm 2008

En tant que gestionnaire de la Maison sport-santé, je m'engage à ce que soient assurées les modalités de fonctionnement suivantes :

- Mettre en adéquation l'offre de service de la structure avec les besoins du territoire couvert ;
- Mettre en place une démarche qualité / sécurité et respecter la règlementation en vigueur au sein de la structure ;
- Créer et animer un réseau d'acteurs pluri-professionnels et pluridisciplinaires afin de mobiliser les compétences nécessaires et ainsi favoriser la mise en place de programmes sport-santé personnalisés ;
- Associer les usagers à l'évaluation des activités mises en place (mise en réseau, information, définition et mise en œuvre du programme sport-santé personnalisé) ;
- Développer et partager les modalités d'évaluation ainsi que les résultats relatifs à l'accompagnement des personnes ;
- Respecter les dispositions réglementaires relatives aux conditions d'encadrement contre rémunération, au certificat médical d'absence de non contre-indication à la pratique sportive, à l'aménagement et à l'utilisation des équipements sportifs quand ils sont présents au sein de la Maison Sport-Santé ;
- Respecter la règlementation fixant le cadre de la dispensation d'une APA à des patients en affection de longue durée :

  - Décret n° 2016-1990 du 30/12/2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

  - Instruction du 3/03/2017 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.

S'agissant du programme sport-santé personnalisé proposé par la Maison sport-santé, je m'engage à :

- Veiller à ce que l'évaluation des capacités physiques de la personne soit conduite par les professionnels compétents ;
- Assurer que l'entretien motivationnel, s'il a lieu, est conduit par des personnels formés à cette méthode spécifique ;
- Assurer la bonne adéquation entre la pratique proposée et les besoins et attentes de la personne ;
- Proposer une offre de pratique d'APS/APA sur place, par des encadrants compétents ou orienter le public vers une offre d'APS/APA au sein d'une structure partenaire du réseau ;
- Assurer le suivi des personnes accueillies, les patients pratiquant une APS à des fins thérapeutiques notamment.

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du cahier des charges relatif aux « Maisons Sport-Santé » et m'engage à respecter les différentes conditions et principes énoncés.

Fait à . . . . . , le . . . . . .

(Nom du signataire, signature et cachet)

7.4 Annexe 4 – Supports type pour l'évaluation de la condition physique et le bilan motivationnel

Support type « Evaluation de la condition physique ».

(Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, HAS, Septembre 2018)

Annexe 4. Évaluation de la condition physique

La condition physique est la capacité générale à s'adapter et à répondre favorablement à l'activité physique.

L'évaluation en soins primaires de la condition physique comprend des mesures anthropométriques et des estimations, par des tests en environnement, de la capacité cardio-respiratoire, des aptitudes musculaires, de la souplesse du corps et de l'équilibre du patient. Une mesure plus précise de la capacité cardio-vasculaire du patient peut être obtenue par la réalisation d'une épreuve d'effort maximale ou sous-maximale.

1. Les mesures anthropométriques

Elles comprennent en routine les mesures du poids, de la taille et du périmètre abdominal, et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).

L'indice de masse corporel (IMC)

L'IMC est obtenu en divisant le poids en kilogramme par la taille en mètre au carré. Il s'exprime en kg par m² (Cf. Référentiel d'aide à la prescription d'AP et sportive, Surpoids et Obésité).

Il est prédictif du pourcentage de masse grasse corporelle et des risques associés pour la santé. Mais cette mesure ne tient compte ni de l'âge, ni du genre, et fournit donc une donnée approximative du surpoids ou de l'obésité.

Un IMC ≥ 30 est associé à une augmentation du risque d'hypertension artérielle, d'apnée du sommeil, de diabète de type 2, de maladies CV, de certains cancers et de mortalité. Il existe aussi une augmentation du risque de mortalité chez les patients maigres avec un IMC < 18,5.

Le périmètre abdominal

La circonférence de l'abdomen est mesurée en centimètres à l'aide d'un mètre ruban à mi-chemin entre la 12e côte et la crête iliaque, les pieds légèrement séparés et en expiration normale. Elle définit l'obésité centrale (Cf. Référentiel d'aide à la prescription d'AP et sportive, Surpoids et Obésité).

Le périmètre abdominal permet d'estimer l'excès de graisse abdominale, qui définit l'obésité androïde centrale ou abdominale qui est associée à des risques plus élevés d'HTA, de diabète de type 2, de dyslipidémie, de syndrome métabolique, de maladies cardio-vasculaires et de mort prématurée, comparativement à des individus avec une obésité gynoïde (distribuée au niveau des hanches et des cuisses).

Autres techniques

La quantité de graisse corporelle peut être mesurée par impédancemétrie (balance avec estimation de la masse grasse). Mais les programmes des appareils du commerce n'utilisent pas des équations valides et fiables pour les populations testées, et leur précision est limitée, en particulier chez les personnes obèses qui ont une distribution de l'eau corporelle différente comparées aux individus de poids normal.

La quantité de graisse corporelle peut aussi être estimée par la mesure des plis cutanés qui est représentative de la quantité de graisse du tissu sous-cutané, qui est elle-même proportionnelle à la masse grasse totale du corps. Différentes équations sont utilisées pour ce calcul qui varie en fonction de l'âge et du sexe. La technique est longue et difficilement utilisable en soins primaires et source d'erreurs en cas d'obésité extrême ou de maigreur extrême.

Il n'existe pas de normes universelles pour la composition corporelle (les tables de référence varient selon les populations en fonction de l'âge et du sexe), même si un pourcentage de masse grasse corporelle de 10 à 20 % pour les hommes et de 20 à 32 % pour les femmes a longtemps été considéré comme optimal pour la santé.

2. L'évaluation de la capacité cardio-respiratoire et l'épreuve d'effort

La capacité cardio-respiratoire (CCR), appelée endurance, est la capacité pour les grandes masses musculaires d'effectuer des exercices dynamiques d'intensité modérée à élevée sur des périodes prolongées de temps. Elle dépend de l'état physiologique et fonctionnel de l'ensemble des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et musculo-squelettique de l'individu.

La CCR est considérée comme le reflet de la condition physique liée à la santé car : un bas niveau de CCR est associé à une augmentation marquée de mortalité prématurée toutes causes confondues et spécifiquement par maladies cardio-vasculaires, et l'augmentation de la CCR est associée à une réduction de la mortalité toutes causes confondues.

La consommation maximale d'oxygène (VO_2 max) mesure la CCR. La VO_2 max est le produit du débit cardiaque maximal et de la différence maximale d'oxygénation entre le sang artériel et veineux. En l'absence de pathologie respiratoire associée, les variations interindividuelles de la VO_2 max dépendent en premier lieu des capacités fonctionnelles cardiaques et de la capacité des muscles squelettiques à utiliser l'oxygène qui leur est délivré par la circulation. Ceci explique le fort retentissement du déconditionnement physique, corrélé au niveau habituel d'AP de l'individu, sur la VO_2 max et donc la CCR.

La VO_2 max est calculée au mieux lors d'une épreuve d'effort (EE) maximale par l'analyse de la ventilation et des gaz expirés par le sujet. Le plus souvent en clinique, la VO_2 max est estimée lors d'une EE sous-maximale, à partir de l'analyse de la fréquence cardiaque associée à un niveau d'effort, ou lors d'une EE maximale sans analyse des échanges gazeux, à partir de la puissance maximale d'effort soutenue.

L'épreuve d'effort (EE)

L'épreuve d'effort maximal ou sous-maximal peut être utilisée en clinique dans un but diagnostique, pronostique ou d'évaluation thérapeutique. Elle aide aussi à la prescription d'un programme d'AP adaptée. Elle permet alors de préciser individuellement la puissance maximale tolérée et de déterminer le niveau d'exercice pour lequel l'essoufflement devient marqué (c'est-à-dire le seuil ventilatoire au-delà duquel l'intensité de l'exercice devient élevée).

Lors d'une EE, on réalise habituellement : un enregistrement continu de l'ECG, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, et un recueil de « l'effort perçu » (échelle de Borg) et des signes et les symptômes subjectifs (dyspnée, douleurs, etc.) ressentis par le patient. La mesure continue de la saturation en oxygène est aussi utile en cas de pathologie respiratoire afin de rechercher une désaturation à l'exercice.

Le test d'endurance en environnement

Il existe une corrélation entre la VO_2 max mesurée et la performance à des tests en environnement. Ces tests, dont la technique de réalisation doit être rigoureuse, peuvent donc être utilisés pour évaluer la CCR du patient et aider à la prescription d'un programme d'AP adaptées.

Le test de marche de 6 min (TM6) est le test le plus couramment utilisé. Il est prédictif de mortalité et de morbidité. Mais il peut aussi être utilisé pour évaluer la CCR chez les patients âgés et chez certains patients atteints de maladies chroniques.

Il mesure la plus grande distance parcourue en 6 min de marche autour de deux plots séparés de 30 m. Cette distance parcourue est comparée aux valeurs théoriques normales pour l'âge, le sexe, la taille et le poids, et à la valeur de la limite inférieure de normalité, à partir des équations suivantes :

DISTANCE THÉORIQUE NORMALE :

- pour un homme = [7,57 x taille (cm)] – [1,76 x poids (kg)] – [5,02 x âge (ans)] – 309
- pour une femme = [2,11 x taille (cm)] – [2,29 x poids (kg)] – [5,78 x âge (ans)] – 667

Limite inférieure de normalité = distance théorique normale – 153

3. L'évaluation des aptitudes musculaires

La force musculaire est la capacité du muscle à exercer une force. L'endurance musculaire est la capacité du muscle à continuer à exercer des efforts successifs ou de nombreuses répétitions. La puissance musculaire est la capacité du muscle à exercer une force par unité de temps (vitesse).

Traditionnellement, les tests qui permettent quelques (< 3) répétitions d'une tâche avant d'atteindre une fatigue musculaire momentanée sont considérés comme des évaluations de la force musculaire, ceux qui permettent de nombreuses (> 12) répétitions sont considérés comme évaluant l'endurance musculaire.

Les tests de la fonction musculaire sont très spécifiques du groupe musculaire testé, du type d'équipement et de l'amplitude articulaire. Il n'existe pas de test pour évaluer la totalité de l'endurance ou de la force musculaire du corps. Mais les résultats des tests permettent d'identifier la faiblesse de certains groupes musculaires ou des déséquilibres entre groupes musculaires.

La force statique ou isométrique est mesurée en utilisant des dispositifs incluant des câbles tensiomètres et des poignées de mains dynamomètres. La force maximale mesurée par ces tests est dénommée contraction volontaire maximale (CMV).

La force dynamique est mesurée par la répétition maximale (1-RM), qui est la plus grande résistance que l'on peut mouvoir une seule fois à travers la plus grande amplitude de mouvement d'une manière contrôlée avec une bonne posture. Le 1-RM est un indicateur fiable de la force musculaire.

Les tests utilisant des RM multiples de 4 ou 8 RM sont souvent utilisés pour mesurer la force musculaire et fournissent une estimation fiable du 1-RM. Chez les personnes âgées, déconditionnées ou atteintes d'une maladie chronique, l'évaluation de la force musculaire avec des tests de 10 à 15 RM est plus prudente et se rapproche des recommandations d'entraînement.

L'évaluation générale de la force musculaire comprend : une mesure ou estimation du 1-RM pour la partie haute du corps avec une poussée sur banc de musculation et une mesure ou estimation du 1-RM pour le bas du corps avec une poussée des jambes ou d'extension des jambes.

L'endurance musculaire est mesurée par la capacité d'un groupe de muscles à exécuter des actions musculaires répétées ou pour maintenir un pourcentage spécifique de 1-RM pendant une période de temps suffisant pour provoquer une fatigue musculaire.

Les tests des capacités musculaires en environnement

Ces tests en environnement permettent d'estimer les capacités musculaires (force et endurance musculaires) des groupes musculaires des membres inférieurs, des membres supérieurs et de la ceinture lombo-abdominale.

Lors de ces tests, on mesure le nombre maximum de mouvements que l'individu peut répéter sans repos et on le compare à des valeurs de référence.

POUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU CORPS	
Test de lever de chaise sur 1 min	Il mesure le nombre de relevés de chaise sans l'aide de ses mains effectué en 1 min. Il évalue la force et l'endurance des muscles quadriceps. Un nombre inférieur à la normale théorique est témoin d'une perte de masse musculaire de ce groupe musculaire.
POUR LA MUSCULATURE DE LA CEINTURE ABDOMINALE	
***Curl-up* test** **(ou *sit-up test* ou *crunch test*)**	Il mesure le nombre de relevés du tronc en position allongée au sol sur 1 min. Il évalue la force et l'endurance musculaire des muscles abdominaux et des muscles fléchisseurs des hanches. Ces muscles jouent un rôle important pour le soutien du dos et la stabilité du tronc.
POUR LA MUSCULATURE DU HAUT DU CORPS (ÉPAULES ET MEMBRES SUPÉRIEURS)	
***Push-up* test**	Il mesure le nombre maximum de « pompes » réalisé sans s'arrêter. Il évalue la force et l'endurance des muscles du haut du corps.
Single-arm curl	Il mesure le nombre de flexions du coude le long du corps avec un poids ou une résistance. Il évalue la force et l'endurance musculaire des bras.
Test du *hand grip*	Il utilise un dynamomètre ou un ergomètre à bras isocinétique. Il évalue la force musculaire statique des avant-bras et des mains.

4. L'évaluation de la souplesse

La souplesse est la capacité de mobiliser une articulation sur son amplitude complète. Cette aptitude est importante pour réaliser les activités de la vie quotidienne et des activités sportives. La souplesse dépend de la distensibilité de la capsule articulaire, de la viscosité musculaire, de la qualité des ligaments ou les tendons et d'un échauffement adapté.

La souplesse est spécifique d'une articulation. Les tests en laboratoire quantifient habituellement la souplesse d'une articulation en termes d'amplitude maximale de mouvement (ROM) exprimée en degrés et mesurée à l'aide d'un goniomètre. Il n'y a pas un test de souplesse capable d'évaluer la souplesse de l'ensemble du corps. Une évaluation globale de la souplesse du corps comprend, en général, les mesures de la flexion du cou, du tronc, de la hanche, des extrémités inferieures et des épaules, et une évaluation posturale.

Les tests de souplesse en environnement

Ces tests en environnement permettent d'évaluer la souplesse du haut et du bas du corps. Lors de ces tests, les valeurs obtenues sont comparées à des valeurs de référence.

LA SOUPLESSE DU BAS DU CORPS	
Sit-and-reach test **(test de flexion du tronc)**	Allongé au sol ou à défaut assis sur une chaise, fléchir le corps et avec les mains toucher les orteils. Il évalue la souplesse des ischio-jambiers et, dans une moindre mesure, la souplesse du bas du dos. La souplesse des ischio-jambiers intervient dans les activités de la vie quotidienne et les performances sportives. De plus, une faible flexibilité du bas du dos ou de la hanche, associée à une faible force et endurance musculaire abdominale semble contribuer au développement de douleurs « lombaires ».
LA SOUPLESSE DU HAUT DU CORPS (ÉPAULES)	
Test de souplesse des épaules	Effectuer quelques mouvements articulaires et circulaires des épaules de manière à vous échauffer un peu. Puis, debout, essayer d'aller toucher vos doigts à l'arrière de votre dos en passant la main droite par-dessus l'épaule et la main gauche par-dessous. Relever la valeur qui sépare les doigts des deux mains. Procéder de la même manière en changeant de côté. Relever la valeur et garder la meilleure des deux. (NB : Quand la valeur est positive, c'est que vous arrivez à vous toucher les doigts dans le dos. Quand la valeur est négative, c'est que vous ne parvenez pas à toucher vos doigts dans le dos). Il évalue la souplesse des ceintures scapulaires. Un manque de souplesse peut avoir des conséquences dans la vie quotidienne pour effectuer des gestes aussi simples qu'agrafer son soutien-gorge, enfiler un manteau, etc.

5. L'évaluation de l'équilibre

La fonction d'équilibration vise au maintien de l'équilibre lors de la station debout ou assise (**équilibre statique**) et lors des déplacements (**équilibre dynamique**).

Le contrôle de l'équilibre statique et dynamique s'élabore sur un ensemble de stratégies sensorielles et motrices. Elle mobilise les systèmes visuel, vestibulaire et proprioceptif, ainsi que le système musculo-squelettique.

Les tests d'équilibre en environnement

Le test d'appui unipodal	Le patient est pieds nus ou avec une chaussette. Il se met en équilibre sur un pied (de son choix) et ferme les yeux. On chronomètre la durée de maintien de la posture avec les yeux fermés, sans petit saut ou déplacement du pied d'appui. On réalise trois fois ce test sur le même pied et on retient la plus grande des trois durées.
Le test Tandem	Le patient marche le long d'une ligne droite de 5 mètres marquée au sol. On mesure le nombre d'écarts (de déséquilibres) du patient.

Support d'introduction à l'« entretien motivationnel »

(Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes HAS, Septembre 2018)

6. Le suivi de la prescription d'activité physique par le médecin

C'est en général à l'occasion des différentes consultations de suivi du (des) pathologie(s) de son patient que le médecin assure le suivi de sa prescription d'AP.

Lors de ces consultations, il doit réserver un temps d'échanges dédiés à l'AP, afin d'adapter et de sécuriser la prescription d'AP, de motiver le patient et améliorer son degré d'adhésion du patient au programme d'AP.

Les résultats obtenus par l'AP sur la santé sont souvent l'occasion pour le médecin d'aborder avec son patient les autres facteurs de risque pour la santé et leur prévention, comme l'arrêt du tabac et une alimentation équilibrée.

Ces temps d'échanges dédiés au suivi de la prescription d'AP permettent de :

- juger de la tolérance du patient à l'AP prescrite ;
- évaluer l'adhésion à la prescription d'AP ;
- renforcer la motivation du patient, en valorisant tous les progrès obtenus : augmentation du volume d'AP régulière, amélioration de la santé, de la condition physique et de l'autonomie, amélioration de la qualité de vie ;
- adapter la prescription d'AP à l'évolution de la condition physique et à l'état de santé du patient ;
- adapter la supervision de l'AP, avec pour objectif d'accompagner le patient vers un style de vie physiquement plus actif, en sécurité, en toute autonomie (dans la mesure du possible) et sur le long terme (toute sa vie).

Le contenu de ces temps d'échanges doit être adapté :

- aux points de vigilance repérés lors de la consultation médicale d'AP initiale ;
- à la tolérance de l'AP prescrite, et à d'éventuelles blessures et autres événements indésirables ;
- au degré d'adhésion du patient à la prescription d'AP ;
- aux objectifs de la prescription, en particulier à la pathologie chronique ciblée.

La fréquence de ces temps d'échanges doit être adaptée :

- à la pathologie chronique ciblée ;
- aux caractéristiques des AP prescrites (intensité élevée ou non, volume et progression) ;
- au profil du patient (âge, condition de physique, capacités fonctionnelles et cognitives, comorbidités, niveau de risque CV, aux autres risques à l'AP et comportements à risque) ;
- à la qualité de l'entourage (isolement socio-familial, entourage sécuritaire ou non) ;
- au degré d'organisation du parcours de santé pluriprofessionnel centré sur la prescription d'AP, en particulier la fréquence régulière, et à la qualité des échanges entre les professionnels de l'AP et le médecin prescripteur, qui devront être clairement définis.

L'entretien motivationnel (HAS)

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments…). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer.

De plus, il est bien établi que les facteurs de risque sont souvent multiples chez la même personne, et il est difficile quelquefois de choisir ou faire porter les efforts sur un facteur en particulier, du point de vue du médecin comme du point de vue du patient (1).

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de nos malades chroniques dans le changement, pour :

- soutenir un désir de changement ;
- comprendre et gérer les processus de changement, l'ambivalence (indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou faisable d'un changement), la résistance ;
- reconnaître, susciter, soutenir les désirs de changement ;
- augmenter la motivation au changement ;
- augmenter ses capacités d'écoute active, d'empathie.
- influencer favorablement le résultat de conseils ou de prescriptions.

Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants.

L'entretien motivationnel est donc à la fois un esprit et une pratique de l'entretien, qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer : modification d'une consommation, d'une prise de risque, observance thérapeutique, etc.

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-unis et au Royaume-uni. Il a été créé par deux psychologues, William Miller, qui exerce et enseigne à l'université du Nouveau-Mexique, et Stephen Rollnick, qui travaille dans le département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (pays de Galles). Leur ouvrage paru en 1991 (et renouvelé dans une deuxième édition en 2002) a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ».

L'ouvrage de référence de Miller et Rollnick est désormais disponible en français.

1 Lécallier D et Michaud P. Entretien motivationnel : comment parler d'alcool ? Revue du praticien Médecine générale ; Tome 20 :744-45

2. Miller W et Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris Dunod-inter-éditions 2006.

3 Laperche J : Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ? La santé de l'homme 392 | Novembre - Décembre 2007 |

Pages 46-8



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE
CHARGÉ DES
SPORTS