

Les maisons sport-santé

OCTOBRE 2025

• **RAPPORT**

Hayet
Zeggar

IGAS

N°2024-092R

Denis
Rolland

IGESR

N°23-24 183B

SYNTHÈSE

Ce rapport examine le dispositif des maisons sport-santé (MSS) et formule des propositions d'évolutions. Il interroge sa pertinence, son hétérogénéité, sa réponse aux besoins des populations et des territoires et identifie ses fragilités. Il formule treize propositions pour faire évoluer le pilotage des MSS, pérenniser et développer ce dispositif en précisant certaines normes et en consolidant, notamment, son modèle économique.

La mission constate, tout d'abord, la pertinence du dispositif MSS qui a rencontré son public, que les acteurs se sont appropriés et qui s'est déployé sur le territoire. Elle fait le constat aussi de la variété tant des statuts des structures support, que des dimensions, des offres de service et des tarifs, certains éléments méritant d'être mieux encadrés. Au final, la mission estime qu'il y a un intérêt manifeste à poursuivre le développement de nouvelles MSS mais également à consolider le fonctionnement de l'existant.

La mission a identifié trois enjeux majeurs de développement des MSS autour desquels s'articulent ses principales propositions :

- la formation des professionnels de l'activité physique adaptée (APA) et la reconnaissance de leur qualification par le monde de la santé impose la recherche d'une meilleure convergence si ce n'est d'un consensus entre les services ministériels du sport et de la santé, comme entre les branches professionnelles du sport et de la santé, sur les contenus de formations et donc sur les effecteurs¹ d'APA ;
- la consolidation du modèle économique des MSS passera par la pluri-annualisation de leur financement selon deux schémas proposés qui peuvent être successifs : une dotation socle permettant la prise en charge du coordinateur et le financement d'un système d'information ; et, éventuellement, à plus ou moins brève échéance, un financement par l'assurance maladie de l'APA pour certaines pathologies ;
- la création d'au moins deux catégories de MSS, renvoyant à deux niveaux de prestations : celles remplissant toutes les missions du cahier des charges et capables de coordination et de conseil vis-à-vis d'autres MSS ; et les autres, centrées sur l'accueil et l'accompagnement des personnes.

A ces trois principaux axes de progrès, il convient d'ajouter deux efforts de clarification ou d'harmonisation du vocabulaire : la précision nécessaire (entre le monde de la santé et celui du sport) de la distinction entre APA, notamment thérapeutique, et sport santé ; et la clarification du pilotage des MSS entre le niveau national et le niveau régional, en privilégiant le pilotage régional coordonné entre agences régionales de santé (ARS) et délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES).

La mission propose de distinguer nettement parmi les fonctions assurées par les MSS, la prévention primaire, sous forme d'informations générales auprès du grand public sur les bienfaits de l'activité physique et sportive et de conseils d'orientation ; et les préventions secondaire et tertiaire sous

¹ Le mot, plus volontiers usité dans le monde de la santé que dans celui des sports, désigne les encadrants de l'APA. Il est commun au sein des MSS. Le mot « effecteur » est donc employé dans ce rapport dans le sens de celui qui fait faire (loin du sens de la physiologie plus commun dans le monde du sport, cet « élément, un organe qui répond aux stimulations qu'il reçoit »).

forme d'accueil et d'accompagnement de personnes orientées par leur médecin, présentant déjà des problèmes de santé ou des facteurs de risque avérés et rencontrant des problèmes d'accès à l'activité physique. La mission estime que les MSS doivent, accompagnées par leurs tutelles, poursuivre leur maillage territorial, accueillir mais pas prioritairement accompagner des personnes n'ayant ni problème de santé ou facteurs de risques, ni difficulté d'accès à l'activité physique, enfin augmenter la part des publics géographiquement ou socialement prioritaires.

RECOMMANDATIONS CLASSÉES

DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Thème 1 Formation et statut des effecteurs d'APA				
3	Sur la base de l'expérimentation en cours de mise en place par le ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative (170h de formation pour des éducateurs sportifs à l'expérience validée) et de son évaluation, définir au niveau national le cadre de formation sport santé requis pour encadrer d'une part une offre en matière de sport sur ordonnance et, d'autre part, une offre en matière de sport santé bien-être.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
4	Pour répondre aux besoins croissants d'APA, poursuivre le développement au sein des formations STAPS des formations universitaires d'EAPA.	1	Min. chargé de l'enseignement supérieur Min. chargé des sports	
5	Lancer des travaux conjoints entre les différents ministères concernés pour examiner la pertinence et les conséquences de la reconnaissance des EAPA en profession réglementée.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports Min. chargé de l'enseignement supérieur	
Thème 2 Pilotage et modèle économique des MSS				
11	Clarifier les rôles respectifs du niveau national (définition des normes dont fourchette de tarification et reste à charge, définition de nouveaux territoires d'études dont le suivi des cohortes des personnes passées par les MSS) et du niveau régional (chargé du pilotage des MSS comprenant l'habilitation et la gestion des financements).	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
8	Cadrer au plan national une typologie des MSS comportant deux à trois niveaux de prestations, en fonction des missions du cahier des charges effectivement remplies et adapter le financement public à cette gradation établie au niveau régional ou départemental.	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
10	Assumer le financement pluriannuel conjoint (à trois ans) par l'ARS et la DRAJES d'une partie du fonctionnement des MSS par une dotation socle constituée de la rémunération d'un EAPA, notamment pour assurer la coordination de la MSS et la réponse aux appels à projets, et du système d'information (SI) adapté.	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
6	Prévoir l'usage de systèmes d'information sécurisés communs obligatoires à l'échelle régionale et permettre de ce fait aux effecteurs d'APA, bien formés à cet usage, un accès confidentiel aux données de santé.	1	ARS / DRAJES Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
9	Favoriser la création de réseaux géographiques de MSS.	2	ARS / DRAJES Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
Thème 3 Organisation de la prestation de service et communication				
1	Normer au niveau national les prestations des MSS en matière d'APA thérapeutique (le sport sur ordonnance) : trois bilans (à 0, 3, 6 mois) ; cycle de trois mois renouvelable une fois ; privilégier l'option de deux séances par semaine (sauf offre insuffisante) ; groupes de dix personnes maximum (à moduler selon les pathologies) ; tarification encadrée dans une fourchette.	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
2	Organiser au niveau national les modalités de recensement systématique à l'échelon départemental et/ou régional des offres distinctes de « sport sur ordonnance » et de « sport santé bien-être » et s'assurer de sa libre mise à disposition en ligne (et de sa mise à jour périodique), aussi bien pour l'amont des MSS (les prescripteurs) que pour l'aval (le public) voire pour les MSS elles-mêmes (mettre en réseau les acteurs).	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
7	Promouvoir avec les acteurs locaux et régionaux des projets spécifiques permettant d'augmenter sensiblement la part des publics des territoires prioritaires, des publics précaires et les plus éloignés de l'activité physique.	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
12	Déployer l'expertise acquise par les MSS au bénéfice d'autres milieux : engager une collaboration accrue avec l'éducation nationale en matière de prévention primaire et, à tous les niveaux de la prévention, en ESMS, notamment en EHPAD.	2	Min. de l'éducation nationale, Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
13	Renforcer la communication sur le dispositif des MSS, aussi bien en direction des professionnels de la santé ou des acteurs du territoire, que de son public potentiel.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Normer au niveau national les prestations des MSS en matière d'APA thérapeutique (le sport sur ordonnance) : trois bilans (à 0, 3, 6 mois) ; cycle de trois mois renouvelable une fois ; privilégier l'option de deux séances par semaine (sauf offre insuffisante) ; groupes de dix personnes maximum (à moduler selon les pathologies) ; tarification encadrée dans une fourchette.	1	Ministère chargé de la santé, Ministère chargé des sports	
2	Organiser au niveau national les modalités de recensement systématique à l'échelon départemental et/ou régional des offres distinctes de « sport sur ordonnance » et de « sport santé bien-être » et s'assurer de sa libre mise à disposition en ligne (et de sa mise à jour périodique), aussi bien pour l'amont des MSS (les prescripteurs) que pour l'aval (le public) voire pour les MSS elles-mêmes (mettre en réseau les acteurs).	2	Min. chargé de la santé, Min. chargé des sports	
3	Sur la base de l'expérimentation en cours de mise en place par le ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative (170h de formation pour des éducateurs sportifs à l'expérience validée) et de son évaluation, définir au niveau national le cadre de formation sport santé requis pour encadrer d'une part une offre en matière de sport sur ordonnance et, d'autre part, une offre en matière de sport santé bien-être.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
4	Pour répondre aux besoins croissants d'APA, poursuivre le développement au sein des formations STAPS des formations universitaires d'EAPA.	1	Min. chargé de l'enseignement supérieur Min. chargé des sports	
5	Lancer des travaux conjoints entre les différents ministères concernés pour examiner la pertinence et les conséquences de la reconnaissance des EAPA en profession réglementée.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports Min. chargé de l'enseignement supérieur	
6	Prévoir l'usage de systèmes d'information sécurisés communs obligatoires à l'échelle régionale et permettre de ce fait aux effecteurs d'APA, bien formés à cet usage, un accès confidentiel aux données de santé.	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
7	Promouvoir avec les acteurs locaux et régionaux des projets spécifiques permettant d'augmenter sensiblement la part des publics des territoires prioritaires, des publics précaires et les plus éloignés de l'activité physique.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
8	Cadrer au plan national une typologie des MSS comportant deux à trois niveaux de prestations, en fonction des missions du cahier des charges effectivement remplies et adapter le financement public à cette gradation établie au niveau régional ou départemental.	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports ARS/DRAJES	
9	Favoriser la création de réseaux géographiques de MSS.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports ARS/DRAJES	
10	Assumer le financement pluriannuel conjoint (à trois ans) par l'ARS et la DRAJES d'une partie du fonctionnement des MSS par une dotation socle constituée de la rémunération d'un EAPA, notamment pour assurer la coordination de la MSS et la réponse aux appels à projets, et du système d'information (SI) adapté.	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
11	Clarifier les rôles respectifs du niveau national (définition des normes dont fourchette de tarification et reste à charge, définition de nouveaux territoires d'études dont le suivi des cohortes des personnes passées par les MSS) et du niveau régional (chargé du pilotage des MSS comprenant l'habilitation et la gestion des financements).	1	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports Min. chargé de l'enseignement supérieur	
12	Déployer l'expertise acquise par les MSS au bénéfice d'autres milieux : engager une collaboration accrue avec l'éducation nationale en matière de prévention primaire et, à tous les niveaux de la prévention, en ESMS, notamment en EHPAD.	2	Min. de l'éducation nationale, Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	
13	Renforcer la communication sur le dispositif des MSS, aussi bien en direction des professionnels de la santé ou des acteurs du territoire, que de son public potentiel.	2	Min. chargé de la santé Min. chargé des sports	

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS CLASSEES DE LA MISSION	5
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	12
1 LES MSS, UN DISPOSITIF RECENT, PERTINENT MAIS HETEROGENE ET FRAGILE	13
1.1 LA CREATION ET LE DEPLOIEMENT REUSSE DES MSS DEPUIS 2019, PORTE PAR UNE ARTICULATION SATISFAISANTE ENTRE NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL	13
1.1.1 Une création issue de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024	13
1.1.2 Un déploiement sous expertise régionale avec des exigences accrues à partir de 2023	13
1.2 DES PILOTAGES ET DES STATUTS ADAPTES A LA PHASE DE LANCEMENT DES MSS	15
1.2.1 Un double pilotage national et régional et une coordination infrarégionale variable	15
1.2.2 L'hétérogénéité des statuts permet l'adaptation à des territoires et des publics variés	16
1.3 LE DOUBLE ENJEU DE LA QUALIFICATION ET DES BESOINS CROISSANTS EN RESSOURCES HUMAINES D'APA	17
1.3.1 Les dispensateurs d'APA : discordance de conception entre les ministères et la Haute autorité de santé	17
1.3.2 Au sein des MSS, une quasi parité entre EAPA et éducateurs sportifs	18
1.3.3 Des ressources humaines très variées selon le type ou la localisation des MSS	19
1.4 UNE OFFRE DE SERVICES QUI REpond A DES BESOINS REELS DE LA POPULATION	20
1.4.1 Le parcours de l'utilisateur	20
1.4.2 Les publics des MSS	21
1.5 LE DISPOSITIF DES MSS A PROUVE SA PERTINENCE ET UN POSITIONNEMENT FONCTIONNEL	25
1.5.1 Le bilan globalement satisfaisant de la couverture des territoires et de la population	26
1.5.2 Les MSS sont bien positionnées à l'interface des mondes du sport et de la santé	29
1.5.3 Une structuration en cours	30
1.6 LA GRANDE HETEROGENEITE DES MSS RECELE DES REALITES PLUS COMPLEXES ET UNE FRAGILITE DU MODELE ECONOMIQUE	30
1.6.1 Des volumes et des modalités de financements assez variables d'une région à l'autre	31
1.6.2 Un point d'attention : la question des systèmes d'informations	34
1.6.3 Une terminologie flottante à interroger avec prudence	34
2 PROPOSITIONS POUR PERENNISER ET DEVELOPPER LE DISPOSITIF DES MSS	36
2.1 APA, SPORT SANTE, PRESTATIONS DES MSS : UN EFFORT DE DEFINITION	36
2.1.1 Mieux définir les frontières entre l'APA et le sport-santé pour mieux en préciser les effecteurs	36
2.1.2 Préciser les prestations des MSS en APA	37
2.2 STRUCTURATION DE L'OFFRE ET FORMATION DES PROFESSIONNELS EFFECTEURS	38
2.2.1 Poursuivre les efforts de structuration nationale du sport santé	38
2.2.2 Continuer d'investir dans la formation des professionnels de l'APA et du sport santé, en nombre et en qualité	39
2.2.3 Préciser le statut des enseignants APA	40
2.3 POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DES MSS ET CONSOLIDER LEUR MODELE ECONOMIQUE	41
2.3.1 Poursuivre la couverture du territoire et de la population	41
2.3.2 Reconnaître officiellement plusieurs niveaux de MSS	42
2.3.3 Consolider le modèle économique des MSS	43
2.4 FAIRE EVOLUER LE PILOTAGE DES MSS	45
2.4.1 Déléguer plus aux ARS et DRAJES la responsabilité du pilotage, du suivi et de l'évaluation des MSS	45
2.4.2 Au niveau national, préciser certains principes, lancer de nouveaux projets de recherche et impliquer mieux certaines directions ministérielles	46

243	Paramétrer/faciliter l'émergence et le déploiement éventuel de nouveaux partenariats des MSS : Éducation nationale, Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS).....	46
244	Organiser une communication interne et externe efficiente.....	49
LISTE DES ANNEXES		51
ANNEXE 1 : LES MSS : HISTOIRE D'UN DOUBLE PORTAGE SPORT ET SANTE ET D'UNE HETEROGENEITE STATUTAIRE FONCTIONNELLE.....		52
ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE : LE DEVELOPPEMENT ET L'IMPLANTATION DU RESEAU DES MSS ET SON LIEN A LA DEMOGRAPHIE DEPARTEMENTALE ET REGIONALE		58
ANNEXE 3 : LES EFFECTEURS D'APA, ENTRE DISCORDANCES REGLEMENTAIRES ET FORMATION HETEROGENE.....		61
ANNEXE 4 : LES MSS : UNE OFFRE DE SERVICES QUI REpond A DES BESOINS REELS DE LA POPULATION.....		66
ANNEXE 5 : INFOGRAPHIE DE L'ENQUETE 2024 DU POLE RESSOURCES NATIONAL SPORT SANTE BIEN-ETRE SUR LES MSS		75
ANNEXE 6 : ÉLEMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE : SPORT SUR ORDONNANCE, ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE ET ACADEMIES DE SANTE		76
ANNEXE 7 : MUTUELLES ET ASSURANCES : APERÇU SUR LA PRISE EN CHARGE ASSURANTIELLE DU SPORT SUR ORDONNANCE		96
ANNEXE 8 : QUELQUES EXEMPLES DES MODALITES DE RECENSEMENT DES LIEUX D'APA ET DE SPORT-SANTE.....		98
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....		100
SIGLES UTILISES		107
LETTRE DE MISSION		109

Quelques termes et acronymes fréquemment utilisés dans ce rapport

APA : activité physique adaptée.

APA-T : activité physique adaptée thérapeutique, c'est-à-dire prescrite par un médecin.

APA-S : activité physique adaptée - santé, filière universitaire STAPS suivie par les enseignants APA.

BPJEPS : brevet professionnel jeunesse éducation populaire et sport, niveau 4 (baccalauréat).

DEJEPS : diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, niveau 5 (bac + 2).

EAPA : enseignant en activité physique adaptée titulaire d'une licence (bac+3) ou d'un master (bac+5) STAPS, filière APA-S.

Éducateur sportif : personne titulaire d'un BPJEPS ou d'un DEJEPS ou d'un diplôme d'État supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, DESJEPS.

Effecteur d'APA : terme désignant les personnes encadrant ou faisant pratiquer l'activité physique adaptée. Il est plus commun dans le monde de la santé que dans celui du sport mais usuel pour les MSS.

RAPPORT

Introduction

L'inactivité physique serait responsable de 5,3 millions de morts par an dans le monde². Toutes les études scientifiques convergent sur l'intérêt de la pratique d'activité physique pour la santé, que l'on soit en bonne santé ou non. En France, 95% de la population adulte est « exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou un temps trop long passé assis. Ces risques sont majorés lorsque le manque d'activité physique et l'excès de sédentarité³ sont cumulés. Certaines populations sont plus exposées »⁴. Le coût de l'inactivité physique est évalué (2022, France Stratégie) à 140 milliards d'euros par an, causant plus de 38 000 décès prématurés et 62 000 pathologies annuelles, un coût supporté en grande partie par les finances publiques via les dépenses de sécurité sociale et les coûts de prise en charge médicale⁵.

À la fin des années 2000 et au début des années 2010, de nombreux pays occidentaux ont promu le sport santé et l'activité physique adaptée et mis en place un spectre assez varié de dispositifs (cf. annexe 3). Dans le groupe des pays à PIB élevé, la France a mis en œuvre en 2019 un dispositif singulier couvrant le territoire national : les Maisons sport-santé (MSS). Au cœur de l'axe 2 de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024 visant à lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées, le dispositif de prévention lancé sur initiative présidentielle avec un objectif de 500 MSS pour 2022, l'a dépassé : plus de 530 MSS au printemps 2025, plus de 872 000 personnes ont, depuis 2020, été accueillies, informées et orientées par une MSS et plus de 2 000 emplois directs disséminés sur tout le territoire national.

Par une lettre de mission du 15 mars 2024, le ministère des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques et le ministère chargé de la santé et de la prévention ont demandé à l'IGAS et à l'IGESR une « mission conjointe relative au modèle économique des Maisons sport-santé ». Il a été précisé par les cabinets du Premier ministre et du ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative ainsi que par les directions des ministères concernés que les inspecteurs généraux, désignés à la fin d'année 2024, devaient procéder à une évaluation globale du dispositif, selon le contenu de la lettre de mission.

Pour ce faire, outre des entretiens avec les ministères concernés, la mission a auditionné quelque 225 personnes, s'est déplacée à la rencontre des MSS, de leurs acteurs et de leur environnement dans quatre régions (Bretagne, Grand-Est, Île-de-France, PACA), participé à certains regroupements départementaux, régionaux voire national des MSS, échangé avec les responsables des agences régionales de santé (ARS), délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux

² Global Observatory for Physical Activity, 2021.

³ Pour le glossaire, cf. par exemple celui du *Rapport de la mission interministérielle sport-santé « Delandre »*, 7 avril 2025, p. 12 : la sédentarité « est une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée ».

⁴ ANSES, *Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique*, 15-02-2022 <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>

⁵ Benoît Dervaux, Lise Rochaix (dir.), *L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public*, France Stratégie, mars 2022, https://www.strategie-plan.gouv.fr/files/files/Publications/2021%20SP/2022-03-09%20-%20L%27ESE%20Sant%C3%A9/fs-2022-rapport-sante-mars_0.pdf

sports (DRAJES) et de MSS de cinq régions d’Outre-mer (Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique et Mayotte), envoyé enfin un questionnaire à l’ensemble des ARS et DRAJES.

Ce rapport examine d’abord le dispositif des Maisons sport-santé, sa pertinence, son hétérogénéité, sa réponse aux besoins des populations et des territoires et ses fragilités (partie 1). Puis il formule une série de propositions pour faire évoluer le pilotage des MSS, pérenniser et développer le dispositif, en en consolidant notamment le modèle économique (partie 2).

1 Les MSS, un dispositif récent, pertinent mais hétérogène et fragile

1.1 La création et le déploiement réussi des MSS depuis 2019, porté par une articulation satisfaisante entre niveaux national et régional

1.1.1 Une création issue de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024

Inscrit dans une dynamique internationale portée par des études scientifiques et médico-économiques ayant placé l’activité physique comme enjeu prioritaire de santé publique (cf. annexes n°1 et n°6), le processus de création des MSS a été lancé en avril 2019 dans le cadre de la Stratégie nationale sport santé (SNSS) 2019-2024. L’axe 1 de cette stratégie visait à « Promouvoir la santé et le bien-être par l’activité physique et sportive », comme objectif de déployer « les maisons sport-santé sur l’ensemble du territoire, 100 maisons sport-santé d’ici fin 2019, objectif de 500 d’ici à 2022 ». L’appel à projet national a été suivi d’effets. À la suite de ce premier appel à projets en 2019, 137 maisons sport-santé ont été référencées⁶.

Les MSS s’insèrent au cœur d’une politique portée conjointement par le sport et la santé, et il apparaît essentiel, pour la plupart des acteurs comme pour la mission, de conserver ce copilotage : dans le traitement thérapeutique, on a besoin en amont du monde de la santé et, en aval, du monde du sport pour garantir la qualité et la pérennité de la pratique.

1.1.2 Un déploiement sous expertise régionale avec des exigences accrues à partir de 2023

Le décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 organise le passage de la reconnaissance des MSS par appels à projets nationaux à un régime d’habilitation régionale conjointe par les ARS et les DRAJES⁷.

Les missions des MSS sont définies dans un cahier des charges ([arrêté du 25 avril 2023](#)) concis et clair : elles sont à la fois des lieux ressources d’information, d’accompagnement et d’orientation des publics vers la pratique d’activité physique (AP) ou d’activité physique adaptée (APA) et des lieux de mise en réseau et de formation des professionnels de la santé, du social, du sport et de l’activité physique adaptée. Elles promeuvent des modes de vie actifs en concourant, sur la base d’un bilan de condition physique, à l’élaboration d’un programme d’activité physique à des fins de santé pour toutes les personnes accueillies : des patients en ALD souffrant de maladies chroniques, présentant

⁶ Pour toute cette première partie, le choix a été fait de renvoyer les éléments non essentiels vers des annexes. Pour le détail de cette croissance, cf. ainsi l’annexe n°1.

⁷ Pour les MSS existantes à la date de la loi du 2 mars 2022, des flexibilités temporaires existaient jusqu’au 31 décembre 2023, avec obligation de dépôt d’une habilitation au plus tard le 30 juin 2023 ; à partir du premier janvier 2024, l’habilitation était exigée.

des facteurs de risques ou en perte d'autonomie pour lesquels la pratique d'une APA est prescrite ; des personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quels que soient leur âge, état de santé ou de fragilité⁸.

Tableau 1 : Le développement des MSS 2019-2025

janvier 2020	janvier 2021	janvier 2022	janvier 2023	janvier 2024	janvier 2025	juillet 2025
137	288	436	573	471	520	550

Source : données du Pôle ressources national sport santé bien-être (PRN 2S).

Cette croissance numérique s'effectue avec une volonté de répartition géographique sur l'ensemble du territoire national, Outre-mer inclus⁹.

Les MSS sont entrées dans le code de la santé publique en 2022. Et un nouveau système d'habilitation régionale a été mis en place en 2023, visant à renforcer la qualité des services proposés et la confiance des professionnels de santé et des patients. Il était d'emblée accepté qu'en raison d'exigences accrues, certaines MSS puissent perdre leur statut.

En 2023, il y avait 573 MSS reconnues. 515 d'entre elles ont demandé une habilitation et 471 l'ont obtenue après évaluation conjointe et régionale des ARS et des DRAJES¹⁰. Si, au total, 94 MSS ont alors « perdu » leur statut de MSS (43 n'ont pas été habilitées faute d'entrer dans le cahier des charges prévu, 51 n'ont pas déposé de dossier d'habilitation), à l'inverse, 26 demandes ont été déposées par des structures nouvelles et 14 ont obtenu l'habilitation¹¹.

Mais le mouvement de croissance a rapidement repris, avec 550 MSS habilitées en juillet 2025 et un maillage du territoire en nette progression.

⁸ L'ordre de présentation des publics varie selon les présentations et, souvent, est mis en avant la reprise d'activité physique et sportive. Ainsi, sur le site d'Azur sport santé à qui les autorités régionales délèguent une partie de l'accompagnement des MSS de la région Sud : « Les « Maisons Sport-Santé » ont 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. De plus, elles s'adressent également à des personnes souffrant : d'affections longue durée ; de maladies chroniques ; de cancers »... (<https://azursportsante.fr/actualites/cartographie-des-137-maisons-sport-sante/>).

⁹ Cf. l'annexe n°2 cartographiant le développement des MSS.

¹⁰ La délivrance de l'habilitation est prise conjointement par le directeur général de l'ARS et le recteur de région académique pour une durée de 5 ans renouvelable.

¹¹ L'impact de la procédure d'habilitation sur le nombre de MSS

Nombre de MSS en 2023	573
MSS ayant déposé une demande d'habilitation	515
Structures reconnues MSS habilitées en 2024	471
MSS non-habilitées en 2024	43
MSS n'ayant pas déposé de dossier d'habilitation	51
Nouvelles MSS	14
Dossiers déposés par de nouvelles structures	26

Source : PRN 2S



1.2.1.2 Une coordination infrarégionale hétérogène

Dans tous les cas, le niveau départemental apparaît comme un relai important pour le suivi, l'accompagnement, et l'information : délégations départementales de l'ARS et services départementaux à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (SDJES). La mission a pu observer ou s'entretenir avec certains de leurs responsables et saisir la pertinence de leur travail de terrain entre administrations déconcentrées au niveau régional et MSS.

Selon les régions, la coordination infrarégionale des MSS est (ou non) organisée, parfois à l'initiative de l'ARS ou de la DRAJES, parfois à l'initiative des MSS elles-mêmes. On peut en donner quelques exemples :

- En 2025, en Bretagne, dans une région de taille relativement modeste, il n'existe pas de coordination des MSS au niveau infrarégional par l'ARS ou la DRAJES ; mais une association très active des MSS à l'échelle régionale contribue à la coordination du dispositif, en bonne intelligence avec les pilotes ARS et DRAJES.
- En Centre-Val de Loire, DRAJES et ARS ont mis en place une coordination à l'échelle départementale, par appel à projet, confiée à une MSS. Il existe de fait deux niveaux de MSS, l'un ayant un rôle de coordinateur départemental, l'autre un rôle géographiquement plus restreint.
- En Auvergne Rhône-Alpes, derrière un portail régional du sport santé bien-être, il existe, par département, un dispositif d'accompagnement à la pratique d'activités physiques (DAPAP, tête de réseau départementale, hérité d'un dispositif antérieur à la création des MSS et recentré sur des missions de structures ressources), pour un total régional de 49 MSS.
- Dernier exemple, en Île-de-France les MSS, qui ont été réunies pour la première fois au niveau régional début 2025, se regroupent aussi au niveau départemental ou interdépartemental (93 et 94 au printemps 2025) pour échanger et se former.

1.2.2 L'hétérogénéité des statuts permet l'adaptation à des territoires et des publics variés¹³

Presque les deux tiers des MSS sont des associations, souvent liées au milieu du sport (dont nombre sont liées à des fédérations sportives ou des offices des sports). Près de 20% sont créées au sein de collectivités territoriales (communes, EPCI surtout, diversement engagés à l'échelle nationale). Le nombre de MSS insérées en établissement de santé public (moins de 10%) progresse sensiblement. Il y a, dans tous les cas, un enjeu très fort de mobilisation des collectivités¹⁴.

¹³ Voir l'annexe n°1 pour plus de détails et d'infographies.

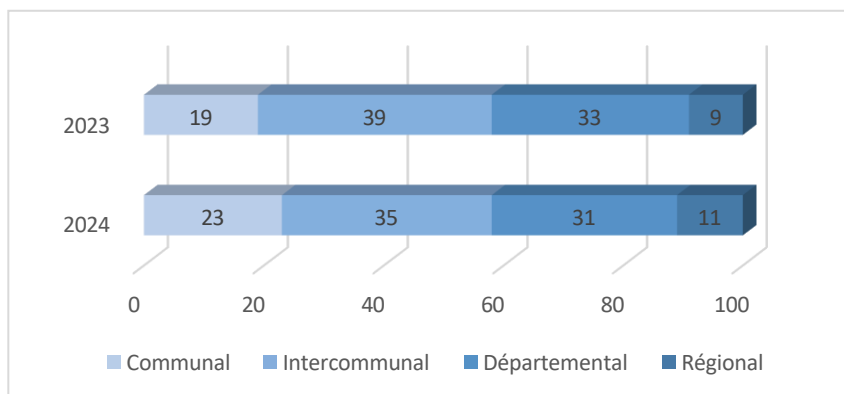
¹⁴ Les MSS par statut (2024 et 2023)

Nature juridique	Nombre 2024 (2023)	% 2024 (2023)
Association loi 1901	292 (265)	61,5% (63%)
Collectivité territoriale	83 (71)	17, 5% (17%)
Établissement public de santé (Centre hospitalier, CHU...)	40 (20)	8% (5%)
Société commerciale	41 (37)	9% (9%)
Autre dont établissements privés de santé, publics (autre que santé), fondation, GIP, SISA	19 (25)	4% (6%)
Total	475 (418)	

Source : PRN 2S, Enquêtes nationales 2023 et 2024.

En ce qui concerne les périmètres d'intervention des MSS, ils sont très variés, souvent dépendants de l'adossement à des collectivités territoriales. Ils sont en 2024 (et pour 475 MSS ayant répondu à l'enquête) à 23% communal (19% en 2023), à 35% intercommunal (39% en 2023), à 31% départemental (33% en 2023) et à 11% régional (9% en 2023) : il semblerait qu'il y ait une progression de structures ayant des périmètres d'intervention plus réduits, rapprochant les MSS de la population (cf. 1.5.1.2 en ce qui concerne les géographies prioritaires, Quartier politique de la ville et France ruralités revitalisation).

Graphique 1 : Les périmètres territoriaux d'intervention des MSS en 2023 et 2024 (%)



Source : Source : PRN 2S, Enquêtes nationales 2023 et 2024¹⁵.

1.3 Le double enjeu de la qualification et des besoins croissants en ressources humaines d'APA

92% des MSS (2024) proposent un ou plusieurs programmes d'APA et 62% un ou plusieurs programmes d'activités physiques et sportives : les personnels encadrant ces activités constituent la colonne vertébrale du dispositif.

1.3.1 Les dispensateurs d'APA : discordance de conception entre les ministères et la Haute autorité de santé

Il existe aujourd'hui une discordance entre les ministères et la Haute autorité de santé¹⁶ quant aux dispensateurs d'APA : tandis que le cahier des charges des MSS¹⁷ renvoie précisément à l'article D1172-2 du code de la santé publique, la HAS dans ses *Recommandations de bonnes pratiques* suggère de réduire le spectre des effecteurs de l'APA en excluant les éducateurs sportifs, titulaires d'une certification du ministère des sports (cf. les textes et les développements sur les différentes formations en annexe n°3).

¹⁵ Les données arrondies à l'unité aboutissent à un total de 98% en 2024.

¹⁶ L'activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical des patients en ALD, peut-être dispensée par les professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens), les enseignants en activité physique adaptée ou encore les éducateurs sportifs (Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016). Le dispositif, entré en vigueur en mars 2017, a été complété par une instruction aux agences régionales de santé et aux Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) d'alors.

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047558874>

1.3.2 Au sein des MSS, une quasi parité entre EAPA et éducateurs sportifs

Dans le personnel des MSS, selon l'*Enquête de fonctionnement des Maisons sport-santé, année 2023*¹⁸, il existait alors (sur un total de 1979 personnes) une quasi parité entre EAPA (789) et éducateurs sportifs (688, dont 446 éducateurs sportifs formés à l'APA et 242 éducateurs sportifs). Un recensement établi par le PRN 2S pour les besoins de la mission établit une représentation complémentaire.

Tableau 2 : Qualification des personnels exerçant en MSS (sur un total de 548 MSS habilitées)

Diplômes	Nombre de MSS
MSS avec uniquement EAPA	317
MSS avec uniquement kinésithérapeute	33
MSS sans EAPA ni kinésithérapeute	126
MSS avec uniquement BPJEPS et/ou DEJEPS et/ou autres catégories*	114
MSS avec uniquement DEJEPS	1
MSS avec uniquement BPJEPS	28
MSS avec uniquement autres catégories	84

*(ni EAPA, ni kinésithérapeute, ni BPJEPS, ni DEJEPS).

Source : Source : élaboration PRN 2S, 07-2025.

Dans ces conditions, inclure ou non les éducateurs sportifs dans le vivier des praticiens d'APA au-delà des seules personnes « ne présentant pas de limitations fonctionnelles ou présentant des limitations fonctionnelles minimales » est à la fois un impératif sujet de réflexion entre le MSJVA et celui de la santé, mais aussi une problématique au cœur des ressources humaines et du modèle économique des MSS.

S'il était décidé de limiter par exemple le champ d'activité des MSS à l'APA thérapeutique, et donc aux effecteurs définis par la HAS ou bien de financer les MSS essentiellement par le biais de projets de contrats de retour (PCR), cela pourrait affecter le dispositif et les ressources humaines actuellement mobilisés, excluant plus d'un tiers des personnels, excluant les éducateurs sportifs.

Il est aussi utile de garder en mémoire à la fois le niveau de formation de chacun, ce que les textes autorisent aux uns et aux autres (cf. annexe n°3), tout autant que le vivier constitué par ces professionnels que sont les EAPA (et les EAPA coordinateurs)¹⁹ et les éducateurs sportifs.

¹⁸ Pôle Ressources National Sport-Santé Bien-être, Enquête de fonctionnement des maisons sport-santé, année 2023.

¹⁹ Le concept d'APA a été officiellement reconnu dans la filière STAPS en 1992. La mention APA est apparue sur les diplômes de la filière STAPS en 1999. La mention APA-S est apparue en 2006-2007.

Tableau 3 : Niveau de formation des EAPA et des éducateurs sportifs, reconnaissance pour la pratique de l'APA et nombre de diplômés

Profession	Diplôme	Niveau de diplôme	Reconnaissance pour l'encadrement d'APA	Stock de diplômés	Remarques
enseignant en activité physique adaptée (EAPA)	licence STAPS APA-S	6	Code de la santé, Code du sport, HAS	20 000 env.	677 formés par an (2023)
EAPA coordinateur	master STAPS APA-S	7	Code de la santé, Code du sport, HAS		177 formés par an (2023)
éducateur sportif	BPJEPS DEJEPS	5 6	Code de la santé, Code du sport	203 000	Hétérogénéité, certifications complémentaires

Il faut en outre tenir compte du fait que la demande d'EAPA (comme d'éducateurs sportifs formés à l'APA) est en constante augmentation. Pour les MSS et les hôpitaux notamment (où leur rémunération est moins élevée que celle des kinésithérapeutes), les Instituts médico-éducatifs (IME), les Instituts médico-sociaux (IMS), les EPHAD, mais on voit émerger aussi une nette demande du secteur marchand. Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) accompagne cette dynamique, en lien notamment avec l'association des directeurs d'UFR STAPS (C3D) qui suit avec grand intérêt le déploiement des débouchés de la licence STAPS APA-S.

La mission a plusieurs fois entendu qu'il ne fallait « pas remettre en cause les dispositions du décret de 2016 qui précise le personnel amené à intervenir ». Aujourd'hui, le dispositif fonctionne avec cette diversité de personnels coordinateurs de MSS et effecteurs d'APA. Mais la question d'une prise en charge partielle par l'assurance maladie du sport sur ordonnance pourrait conduire à des discussions voire des frictions (notamment mais pas seulement avec certaines fédérations sportives) sur le sujet qu'il convient d'anticiper. Le débat sémantique activité physique adaptée / sport adapté / sport santé peut encore cristalliser des difficultés.

1.3.3 Des ressources humaines très variées selon le type ou la localisation des MSS

- Nombre d'emplois financés et qualification des effecteurs

Le nombre d'emploi des MSS (salariés et prestataires de service) augmente continuellement. En 2023, les 2/3 (66%) des MSS avaient des emplois en interne et cela représentait au total 2 050 emplois ou pour un total de 1 455 équivalents temps plein (ETP). En 2024, ce sont en interne 2 166 ETP dont 66% de professionnels du sport et de l'APA, 9% de professionnels de santé et 25% de coordination, administration et communication ; et en externe, 1 104 ETP dont 50% de professionnels du sport et de la santé, 31% de professionnels de la santé et 19% de coordination, administration et communication.

Les EAPA occupent dans les MSS les emplois de coordination (souvent ils sont titulaires d'un master APA-S) ou de réalisation de prestations d'APA. La question de leur positionnement dans les grilles de salaire (qui renvoie en particulier à celle du statut, cf. 2.2.3) a été posée à de nombreuses reprises lors des entretiens conduits par la mission, dès lors notamment qu'un EAPA exerce, par exemple,

dans une structure de santé : l'EAPA existe, par exemple, aujourd'hui dans les grilles de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou des Hospices civils de Lyon.

Les éducateurs sportifs, avec des formations complémentaires sport santé très variées et en attente d'un calibrage national, complètent le dispositif des effecteurs.

La fragilité des financements conduit à la signature de contrats à durée déterminée, même si de nombreuses MSS essaient de mettre en place des contrats à durée indéterminée. Il existe des EAPA et des éducateurs sportifs qui sont prestataires de service des MSS et à temps partiel.

Au sein des MSS, il y a très peu de compétences médicales. La mission estime qu'il n'y en a pas nécessairement besoin et que, en tout état de cause, ni la démographie médicale, ni les moyens financiers des MSS ne permettent de l'envisager.

1.4 Une offre de services qui répond à des besoins réels de la population

1.4.1 Le parcours de l'utilisateur²⁰

1.4.1.1 Un parcours bien structuré et partagé

Le parcours de l'utilisateur est, de ce qu'a pu constater la mission, bien structuré et organisé.

Cela commence avec l'accueil et le bilan de condition physique, élément stratégique de la prévention, accueil physique mais aussi, minoritairement, plateformes d'accueil : en 2024, 452 MSS proposent ainsi un accueil physique, 113 un accueil dématérialisé et 624 antennes sont recensées ; 54 MSS disposent en outre d'une structure mobile souvent utilisée en milieu isolé ou en Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Comme les antennes, ces structures mobiles rapprochent les MSS de leur public et mettent en œuvre le « aller vers »²¹ indispensable pour atteindre tous les publics.

Puis la personne est orientée, en fonction de la prescription et du bilan, vers une activité physique ou sportive (d'emblée ou après un cycle d'APA en MSS) qui lui convient. Cette orientation est facilitée lorsqu'il existe des recensements régionaux ou départementaux actualisés, parfois réalisés par des MSS « pilotes », au niveau départemental.

La prestation d'APA (dans les locaux de la MSS, dans un local tiers souvent municipal et ponctuellement à domicile, notamment en zone isolée, de montagne en particulier) vient ensuite, avec une périodicité d'une à deux séances par semaine. La taille des groupes demeure assez variable, avec parfois une adaptation aux pathologies ou à l'éloignement de la pratique physique. Il existe certaines MSS, minoritaires, où la pratique individuelle encadrée domine, soit en raison du petit nombre de personnes dans un lieu donné, si l'effecteur d'APA se déplace, soit pour satisfaire une patientèle qui ne souhaite ou ne peut pas participer à des activités de groupe.

L'orientation secondaire, en aval des MSS, vers des programmes sport santé bien-être ne pose pas de difficultés notables. À noter que cette orientation postérieure n'est pas toujours possible, quand il s'agit de certaines pathologies ou dans le cadre du vieillissement (ARS et DRAJES ont connaissance de ces cas spécifiques conduisant à certains « maintiens » en APA au sein des MSS).

²⁰ Pour plus de détails, cf. l'annexe n°4.

²¹ Cf. par exemple <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-458-decembre-2021>

1.4.1.2 Les MSS proposent tout ou partie de ce parcours

Certaines MSS, peu nombreuses, concentrent leur activité sur la réalisation de bilans de condition physique des personnes qui leur sont adressées par des professionnels de santé et leur orientation vers d'autres structures réalisant de l'APA ; au total, quelque 100 000 bilans sont réalisés chaque année. D'autres (le plus grand nombre) proposent elles-mêmes des activités adaptées, parfois nombreuses, sur la base d'un plateau technique plus ou moins important. Quelques-unes associent à cette approche sur l'APA d'autres activités, liées en particulier à l'alimentation (diététique) par exemple. Enfin, des MSS proposent des actions de formation en direction des éducateurs sportifs, animent un réseau de partenaires... Toutes sont censées faire de la prévention primaire mais la capacité (disponibilité des personnels des MSS surtout) à le faire est très variable.

Les activités sont très diversifiées et l'accompagnement de l'ARS et de la DRAJES comme la dynamique et la croissance numérique des MSS facilitent des échanges et enrichissent la pratique des effecteurs.

Lors de ses déplacements, la mission n'a jamais constaté de non-conformité des conditions d'accueil prévues par le Cahier des charges des MSS. En ce qui concerne les horaires, la mission estime utile d'apprécier plus finement la part, par exemple, des personnes en situation de surpoids et d'obésité qui ont encore une activité professionnelle et qui pourraient être reçues dans les MSS à des horaires compatibles avec leur activité²².

1.4.2 Les publics des MSS

Si bon nombre de MSS semblent davantage axées sur l'activité physique adaptée (APA) à des fins thérapeutiques, notamment pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, d'autres accueillent des publics plus larges et développent plus des actions de prévention primaire.

1.4.2.1 Une prise en charge conforme et conséquente, bien suivie par le Pôle ressources national sport santé, bien-être

L'enquête nationale annuelle du Pôle ressources national sport santé, bien-être (PRN 2S) de 2024 (475 MSS ont répondu alors que 532 MSS sont habilitées en 2025 ; 418 répondants en 2023) fournit des estimations établies à partir d'une remontée partielle et donc inférieures à la réalité²³.

Tableau 4 : Bilan général de la prise en charge du public par les MSS depuis 2020

>872 000 personnes accueillies, informées et orientées	
>655 000 personnes malades ou éloignées de la pratique physique et sportive ont été prises en charge dans un programme	Dont 446 000 dans le cadre d'un programme en prévention primaire et 210 000 dans le cadre d'un programme en prévention secondaire et tertiaire

Elle permet de distinguer les types de prise en charge.

²² L'existence d'associations spécialisées doit pouvoir contribuer à fournir des éléments de réponse.

²³ Ces statistiques sont issues pour l'essentiel d'éléments déclaratifs remontés par les MSS au national. Comme une partie des MSS n'a pas répondu, toutes ces données ne donnent qu'une estimation et sont inférieures à la réalité.

Tableau 5 : Nombre et type de prise en charge des personnes informées et accompagnées par les MSS²⁴

	2023	2024
Total	245 125	363 306
venues avec une prescription d'APA	53 474 (22%)	72 568 (20%)
ont bénéficié d'un bilan de condition physique en MSS	71 706 (29%)	131 753 (36%)
ont bénéficié d'un bilan motivationnel en MSS		116 988 (32%)
ont participé à un programme de MSS	196 041 (80%)	264 687 (73%)
- programme ou action de prévention primaire	129 453 (53%)	188 979 (52%)
- programme d'APA individualisé ou mesure d'accompagnement en prévention secondaire ou tertiaire	66 588 (27%)	75 708 (21%)
orientées (initialement) vers des associations sportives	51 632, 21%	32 811 (9%)

La croissance annuelle, bien suivie par le PRN 2S, est importante et manifeste ci-dessus dans tous les types de prise en charge. Le bilan des personnes accompagnées est ainsi à l'aune de la croissance des MSS.

1.4.2.2 Les MSS répondent aux besoins divers et croissants d'une population de plus en plus nombreuse

La mission a pu observer in situ aussi bien la diversité du public accueilli, y compris souvent dans une même MSS, que le maillage progressif du territoire, urbain comme rural.

1.4.2.2.1 Des publics touchés en croissance continue

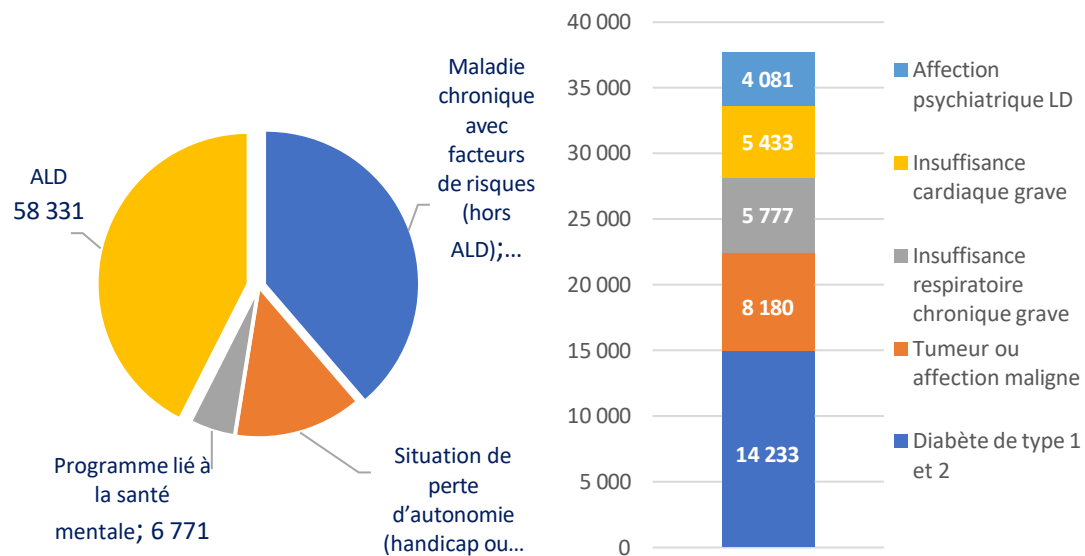
Le rapport d'impact annuel (de grande qualité) de l'ONAPS fournit les détails nécessaires à la bonne compréhension des pathologies accompagnées en MSS²⁵. En ce qui concerne les données de santé du public accueilli (2024) :

- Près de 190 000 personnes ont bénéficié d'une prise en charge dans un programme en prévention primaire (sans pathologie déclarée),
- en prévention secondaire ou tertiaire, l'ALD est mentionnée dans 42% des cas, une maladie chronique avec un ou plusieurs facteurs de risques (hors ALD) dans 39%, une situation de perte d'autonomie due au handicap ou au vieillissement pour 14%, la prise en charge dans le cadre d'un programme lié à la santé mentale pour 5%.

²⁴ Données inférieures à la réalité puisque seules 475 MSS (sur les 532 habilitées au 24-02-2025) ont répondu à l'enquête (PRN 2S, Synthèse de l'enquête 2024 Fonctionnement des maisons sport-santé, https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2025/07/Infographie_enquete_MSS_compressed.pdf).

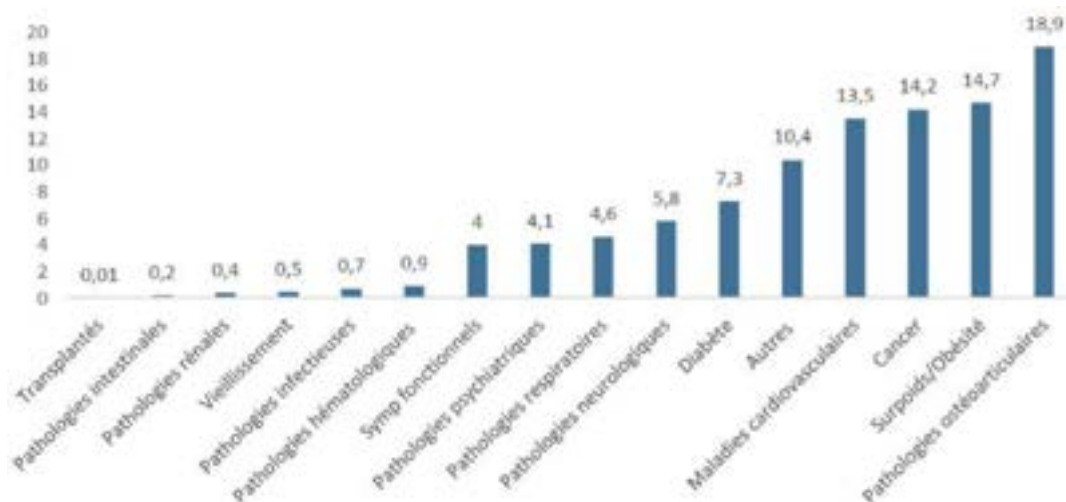
²⁵ On note ainsi que c'est parmi les 18-29 ans que l'on trouve le plus de personnes en situation d'obésité « morbide » (25%), suivis des 30-39 ans (20%).

Graphique 2 : Données de santé du public accueilli par les MSS et détail des ALD mentionnées pour les personnes accueillies en MSS (2024)



Source : d'après les données du PRN 2S

Graphique 3 : Répartition des bénéficiaires des programmes des MSS selon la raison principale d'accès au programme (%)



Source : ONAPS, 2024, p. 21.

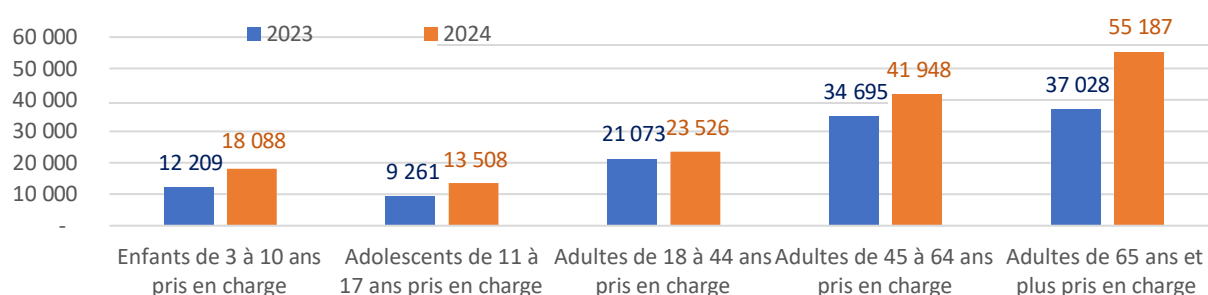
1.4.2.2.2 Des marges de progrès en matière d'âge et de genre

Le public accompagné, de plus en plus abondant et large en matière de besoin ou pathologie, ne doit pas masquer la difficulté à attirer tous les publics : il existe en particulier un déséquilibre important dans la répartition des usagers des MSS, où seniors et femmes prédominent partout, même si c'est de manière un peu variable d'une MSS à l'autre.

Même variable d'une MSS à une autre, la moyenne d'âge du public des MSS est assez élevée et augmente, ce qui n'a rien d'étonnant au vu des pathologies ouvrant à l'APA sur ordonnance et du vieillissement de la population (plus marqué dans certaines régions) : 36% de plus de 65 ans (en augmentation de 3,5 points d'une année sur l'autre) et 64% de plus de 45 ans. Cela correspond à la

fois à l'augmentation des capacités d'accueil des MSS et à la diffusion de la fonctionnalité des MSS auprès du public comme auprès des médecins traitants.

Graphique 4 : L'âge du public des MSS (2023-2024) 26



Source : D'après les données de ONAPS et du PRN 2S.

Le jeune public ne constitue pas aujourd'hui le cœur du public présent au sein des MSS : il est toutefois bien présent dans les statistiques établies (21% en 2024) et il constitue un indéniable objectif de santé publique auquel les MSS peuvent apporter leur expertise (cf. 2.4.3).

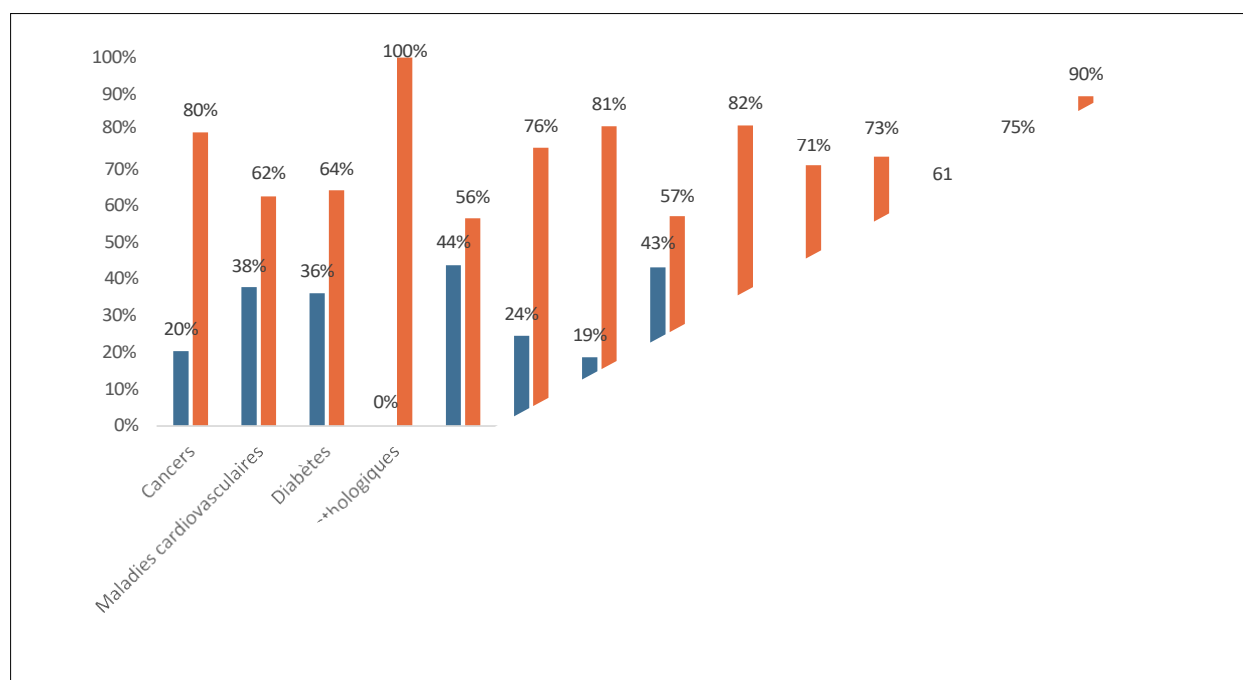
À noter qu'il n'existe pas non plus de différence notable en fonction de l'âge sur le fait de venir dans une MSS avec une prescription médicale ou non.

En ce qui concerne le genre, selon l'ONAPS et d'après l'échantillon des MSS ayant répondu à l'enquête annuelle, parmi les adultes, 26% sont des hommes et 74% des femmes²⁷. Cela correspond aux effectifs relevés lors des déplacements de la mission, même avec des variations d'un territoire à l'autre ou d'une MSS à l'autre. Et cette « répartition femmes/hommes ne diffère pas selon l'âge », les femmes représentant au moins 2/3 des bénéficiaires.

²⁶ Ces données sont déclaratives. En 2022, le PRN 2S avait demandé de remplir un tableau très exhaustif sur le public accueilli : les MSS ont fait part de leur difficulté à remplir ce tableau, notamment pour celles qui ne sont pas équipées de logiciel d'information adéquat. En 2023 et 2024, les demandes ont donc été réduites, au risque que certaines données ne se croisent pas.

²⁷ ONAPS, *Évaluation d'impact des maisons sport-santé sur les bénéficiaires*, 2024, p.19.

Graphique 5 : Hommes et femmes parmi le public des MSS (bénéficiaires accueillis dans les MSS et intégrés dans la mesure d'impact²⁸).



Source : ONAPS, Enquête 2025.

La résistance des hommes à s'investir dans ce type de pratique sport-santé encadrée est manifeste, le constat est partagé par tous les acteurs, et ce n'est souvent que lorsque la mobilité est très réduite que les hommes acceptent l'APA, ainsi on passe à côté de l'objectif de prévention pour ce public. Selon le genre, les raisons qui poussent les femmes (ou leurs prescripteurs) à venir vers les MSS diffèrent parfois sensiblement de celles des hommes. Toujours selon l'ONAPS (collecte 2025), il y a ainsi « un pourcentage plus important de femmes qui viennent pour un cancer comme raison principale comparativement au pourcentage d'hommes (14% des femmes contre 10% des hommes), mais aussi pour des raisons ostéoarticulaires (15% des femmes contre 9% des hommes). À l'inverse, un pourcentage d'hommes plus important vient pour des raisons cardiovasculaires (19% des hommes contre 11% des femmes), pour des raisons neurologiques (12% des hommes contre 6% des femmes) et pour du diabète (10% des hommes contre 7% des femmes) » (cf. le graphique complet en annexe n°4).

Certaines personnes rencontrées par la mission plaident pour avoir dans certains domaines des MSS plus expertes, en ce qui concerne les jeunes, la périnatalité, les femmes enceintes...

1.5 Le dispositif des MSS a prouvé sa pertinence et un positionnement fonctionnel

Le réseau des MSS constitue un dispositif singulier à l'échelle internationale et qui commence à se structurer. Certes, de nombreux pays occidentaux ont mis en œuvre des dispositifs visant à promouvoir l'activité physique et, en particulier, à développer le sport sur ordonnance ; et la création en France du dispositif des maisons sport-santé en 2019 s'inscrit dans la dynamique

²⁸ L'échantillon pris en compte inclut tous les bénéficiaires ayant effectué l'évaluation (protocole Onaps) et qui avaient soit une prescription médicale, soit une raison d'accès au programme indiquée dans le logiciel métier.

mondiale des études scientifiques prouvant l'intérêt de l'activité physique en matière de santé, comme dans le mouvement général au sein du monde occidental de développement et d'un encadrement - très variable - du sport-santé. Mais ce dispositif sur initiative nationale, avec volonté de couverture du territoire et accompagnement régional (des DRAJES et ARS), accueillant un public sur prescription dans des structures dédiées normées au niveau national n'a pas d'équivalent en Europe ou dans le monde occidental, à l'exception du Brésil qui a mis en place des structures disposant de certains points communs²⁹.

1.5.1 Le bilan globalement satisfaisant de la couverture des territoires et de la population

Il ne s'agit pas ici de refaire ou reproduire ici les bilans bien réalisés par l'ONAPS et par le PRN 2S.

1.5.1.1 La couverture du territoire national

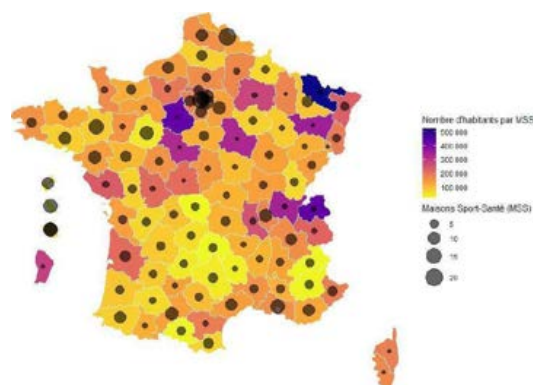
La cartographie du territoire national proposée ci-dessous permet de visualiser schématiquement la réalisation de l'objectif national et celle par départements et par région. Le choix a été fait de représenter le nombre d'habitants par MSS, et non l'inverse : comme les MSS sont peu nombreuses, les ratios « MSS par habitant » donnaient des résultats peu lisibles.

Cette cartographie donne une représentation nécessairement très imparfaite car elle ne tient pas compte de la forte hétérogénéité de la taille des MSS (et donc de la capacité précise de prise en charge locale du public), ni de la capacité, dans certains départements isolés ou montagnards, à atteindre le public (Massif central, Alpes du Sud : données plutôt satisfaisantes a priori mais sans doute à nuancer en raison de l'éloignement). Elle fournit toutefois une représentation intéressante et manifeste certaines marges de progrès³⁰.

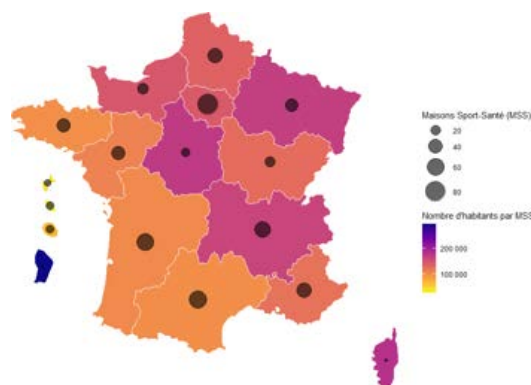
²⁹ Cf. annexe n° 6.

³⁰ Ces cartes sont données en format agrandi dans l'annexe n°2. Mayotte manque sur ces cartes, faute d'un fonds de carte incluant ce département dans un format permettant de placer l'île à côté de l'hexagone. Données de Mayotte : MSS : 2, habitants 2025 : 329 282 ; habitants par MSS : 164 641.

Carte 2 : Nombre d'habitants par MSS par département (2024)



Carte 3 : Nombre d'habitants par MSS par région (2024)



Source : Cartes établies par le pôle DIAN, IGESR.

La mission a pu noter que, derrière l'importante hétérogénéité des MSS (statut, structure, statut, financement, ressources humaines, services proposés, publics...), il fallait reconnaître aussi une forme d'adaptation aux territoires et aux ressources présentes, et donc en tenir compte.

À l'échelle régionale, et pour l'hexagone seulement, une diagonale allant de la baie du Mont Saint-Michel à l'estuaire du Rhône apparaît, avec au sud une part de la France mieux couverte (en nombre de MSS par habitants), de la Bretagne à l'Occitanie (la cartographie départementale relève à l'est cette diagonale vers les Alpes du nord). Pour les Outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion sont mieux couvertes, sans surprise, que Mayotte et la Guyane.

1.5.1.2 Géographies prioritaires

En 2024, le quart des MSS ayant répondu à l'enquête nationale sont implantées dans des Quartiers prioritaires de la ville (QPV) et plus du tiers y réalisent des actions (35,5 en 2024 et 34,5% en 2023). Près de 20% sont implantées dans l'espace France ruralités revitalisation (FRR) et 17% n'interviennent qu'en FRR. 12,5% des MSS interviennent à la fois en QPV et en FRR.

Tableau 6 : Les périmètres spécifiques d'intervention des MSS en 2024 (et 2023)

Quartier prioritaire de la ville (QPV)	MSS implantées :	25%	118	(102)
	MSS réalisant des actions :	36%	169	(144)
France ruralités revitalisation (FRR ex ZRR)	MSS implantées :	19%	92	(80)
	MSS implantées et réalisant des actions*:	15%	70	(62)
	MSS y réalisant des actions :	28%	132	(114)
À la fois QPV et FRR	MSS réalisant des actions	13%	62	(52)

* Exclusivement en FRR (ZRR 2023).

Source : D'après PRN 2S, Enquêtes nationales 2023 et 2024.

En raisonnant non plus en nombre de MSS mais en nombre de personnes prises en charge, en 2024 (et en tenant compte à nouveau du caractère incomplet des données remontées des MSS), le nombre de personnes en QPV, en situation de précarité économique ou résidant en zones France ruralités revitalisation (FRR) prises en charge dans un programme en prévention primaire et dans un programme en prévention secondaire et tertiaire atteint 264 687 soit 19% (contre une population en QPV et FRR de 24% au national) : cela montre une marge d'amélioration sensible justifiant toutes les initiatives des partenaires financiers et des MSS en ce qui concerne cet « aller vers »³¹.

En 2023, 92% des bénéficiaires ayant réalisé le bilan d'entrée dans la MSS n'habitaient pas dans un QPV et 91% ne résidaient pas en ZRR (PRN 2S)³². Bien que les MSS aient été notamment conçues en partie pour toucher des publics vulnérables, comme les résidents en QPV ou en FRR, un pourcentage insuffisant de bénéficiaires est issu de ces zones.

Le déploiement des MSS manifeste ainsi des limites : une réelle fragilité en zone isolée, quelle que soit le volontarisme des responsables de MSS et de leurs tutelles. Les MSS doivent continuer à développer le « aller vers » les publics les moins favorisés, en périphérie urbaine, en QPV et en Outre-mer, notamment en Guyane et à Mayotte.

1.5.1.3 Des défis particuliers dans les Outre-mer

La situation outre-mer mérite un examen spécifique pour au moins trois raisons : une situation médico-sociale avec prévalence bien plus importante que dans l'hexagone de certaines pathologies cœur de cible des MSS (diabète de type 2, obésité, maladies cardio-vasculaires en particulier) ; une implantation, une coordination et une gestion des ressources humaines en APA exemplaires à bien des titres à La Réunion, et des activités correctement développées en Martinique et en Guadeloupe ; enfin des situations complexes de développement modeste (Mayotte) ou extrêmement modeste (Guyane : une seule MSS en 2025, aucune à Cayenne, Kourou ou Saint-Laurent, une situation qui interroge la continuité territoriale), avec des défis sanitaires conséquents et des déficits importants, tant en matière de formation d'effecteurs d'APA que de lieux d'accueil.

À l'issue de ce bilan incontestablement très favorable de l'essor des MSS sur le territoire national, il convient de souligner encore deux points : d'abord la mission relève que l'impact positif des MSS sur la santé des pratiquants est précisément analysé et avec une méthodologie sérieuse par l'ONAPS ; d'autre part la montée en charge du programme s'est réalisée avec une communication nationale modeste. Si les ministères (sport, jeunesse et vie associative et santé, dans une moindre mesure) ont élaboré des documents explicatifs très bien diffusés au sein du réseau des MSS et souvent repris dans leur communication locale, le dispositif des MSS ne dispose pas d'une visibilité notable au-delà de ses prescripteurs, effecteurs et patientèle existante. Mais cette communication, qu'une partie des MSS attend, est, en l'état des financements, redoutée par

³¹ Pour l'ARS d'Île-de-France, par exemple, la priorité est clairement donnée aux MSS en QPV qui reçoivent 87% des crédits ; et l'ARS privilégie les MSS impliquées dans l'« aller vers » qui mènent des actions en direction des publics socio-économiquement fragiles, fortement sédentarisés et ciblent les QPV et les zones rurales avec un IDH inférieur à la médiane.

³² L'ONAPS prévient néanmoins que ces données sont « à interpréter avec prudence puisque ces questions nécessitaient des recherches de la part des professionnels ayant rempli les bilans, elles peuvent donc avoir été renseignées « au hasard » par manque de temps ou d'informations » (Rapport d'impact 2024, p.23). L'ONAPS souhaite interroger ces données, jugeant « utile de déterminer si cette situation résulte de la réalité, d'une sous-déclaration ou d'erreurs dans la saisie des données ».

l'autre part - craignant de devoir faire face à un accroissement non maîtrisé de la demande sans pouvoir y répondre

1.5.2 Les MSS sont bien positionnées à l'interface des mondes du sport et de la santé

L'objectif est de donner envie d'activité physique au pratiquant. Avec un spectre un peu large comme certains interlocuteurs de la mission l'ont exprimé, dans des lieux assez spécifiques et très différents, entre « prendre tout le monde comme un champion » ou « ne pas rééduquer, ne pas faire performer » : en ajoutant, pour le milieu psychiatrique, « faire faire ce qui est possible, proposer et ce n'est pas grave si ce n'est pas fait ».

Les acteurs et de nombreux partenaires (avec un appui indispensable mais inégal des collectivités réticentes à s'engager sur la compétence santé, disposant de moyens limités voire en réduction...) se sont fortement appropriés le dispositif, il a rencontré ses acteurs et, bien sûr, ses publics sur tout le territoire national.

1.5.2.1 Les relations des MSS avec le monde de la santé

La prescription médicale demeure souvent très lapidaire, malgré le guide détaillé de la HAS et malgré les outils fournis par des instruments régionaux de type Prescri'Mouv³³ en Grand Est ou Prescri'Forme³⁴ en Île-de-France. Les médecins ayant peu de temps disponible, beaucoup de confrères entendus par la mission considèrent qu'il faut simplifier au maximum : renforcement musculaire, évaluation du risque, symptômes... et préciser les « limitations » selon les termes officiels (certains pensent qu'il faudrait ajouter les « risques »)³⁵.

Elle est complétée par le bilan de condition physique (BCP) réalisé par l'EAPA qui permet de préciser les limitations fonctionnelles. Les retours au médecin prescripteur se font souvent par mail mais le constat est fait qu'il n'a souvent pas le temps d'en prendre connaissance. Certaines MSS donnent donc aussi un exemplaire papier à la personne afin qu'elle le transmette directement à son médecin traitant pour qu'il en prenne connaissance, même rapidement, et cela établit un lien un peu plus manifeste en retour entre MSS (EAPA) et prescripteur. Cette pratique courante mérite d'être généralisée.

³³ <https://www.prescrimouv-grandest.fr/vous-etes-medecin/>

³⁴ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prescriforme-lactivite-physique-sur-ordonnance-en-ile-de-france>. La DRAJES et l'ARS Île-de-France mettent à disposition des médecins, des éducateurs sportifs, des associations sportives et du grand public un site Internet dédié au sport santé. Il donne la possibilité au médecin traitant de prescrire de l'activité physique adaptée à ses patients. Il permet « au grand public de localiser les associations Prescri'Forme, aux éducateurs sportifs de réaliser des tests de la condition physique des adhérents, aux médecins de prescrire de l'activité physique adaptée et à toute personne d'échanger ». Avec trois particularités franciliennes : possibilité de prescription étendue aux médecins de toute spécialité, libéraux et hospitaliers ; au-delà des ALD, le dispositif englobe obésité et hypertension artérielle ; plate-forme téléphonique régionale. Cf. aussi Fabrice Dugnat, « Prescri'Forme : l'activité physique sur ordonnance en Île-de-France », Actualité et dossier en santé publique n° 114, Le sport : nouvelle thérapeutique des maladies chroniques du XXI^e siècle, p. 38-39. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=1175>

³⁵ « Pour les trois-quarts des patients faciles à prescrire, il faut une prescription simple d'APA : pas besoin de prescrire la fréquence mais identifier les risques (vital : cardio-vasculaire : cela est clair dans textes HAS). Pour les MSS qui n'ont pas de médecin, l'EAPA avec bilan doit pouvoir préciser. Pour le quart des patients compliqués, ces patients qui sont dans un intervalle thérapeutique, ces patients à risques élevés, passés en coronaroplastie, en dialyse, il ne faut pas faire n'importe quoi. Pour les tests d'efforts, la HAS a mis la recommandation très bas. Il y a des patients très à risques. Et le médecin est responsable de sa prescription ».

En amont, l'orientation par un professionnel de santé rend d'autant plus cruciales les relations des MSS avec le monde de la santé

Au-delà des suivis individuels, les MSS cultivent leurs échanges avec monde de la santé de manière diversifiée : participation aux événements des URPS, des CPTS, de l'ARS, dans certains cas, elles sont parties prenantes des CLS, elles sont associées aux grandes campagnes de prévention (octobre rose etc.).

1.5.2.2 Les relations des MSS avec le mouvement sportif et les acteurs privés du sport

En aval, les MSS sont censées orienter les personnes accueillies et accompagnées vers des activités sport santé, dont elles ont au préalable fait le recensement dans leur bassin. Mais, en zone rurale notamment, l'orientation est parfois difficile vers des activités sport santé accessibles et de qualité. Certains territoires demeurent en outre déficitaires en associations sportives.

Les questions de la formation des éducateurs sportifs à cet accueil est régulièrement mentionnée, de même que celle de l'impossible orientation vers le monde du sport pour certaines pathologies (interrogeant les principes généraux de la durée en APA).

Quoiqu'il en soit, l'organisation du recensement des formations d'APA et de sport-santé puis sa mise à disposition publique est une question stratégique pour les MSS. Diversement géré aujourd'hui d'une région à l'autre (cf. annexe n°8), permettre aux responsables de MSS et au public d'avoir cette visibilité précise et actualisée est un enjeu essentiel.

1.5.3 Une structuration en cours

Une association nationale des MSS s'est constituée en septembre 2022, l'Union nationale des Maisons sport-santé (UNMSS) : elle regroupe 150 MSS (juin 2025) sur les 535 alors existantes. Son conseil d'administration vise à être représentatif de la diversité des structures portant les MSS et elle se structure progressivement (avec notamment des référents régionaux). Ouverte aussi aux partenaires institutionnels, publics, privés et associatifs, elle souhaite être un outil de collaboration entre acteurs et « agit pour faire de l'activité physique un pilier de prévention et de bien-être accessible à tous ». Elle n'est, pour l'heure, pas reconnue comme un partenaire représentatif par les ministères concernés.

1.6 La grande hétérogénéité des MSS recèle des réalités plus complexes et une fragilité du modèle économique

Les déplacements sur le terrain et les données recueillies par la mission confirment l'évaluation de l'ONAPS qui, avec d'autres études, souligne « une grande hétérogénéité dans l'organisation, la taille, le statut ou encore les services offerts par les MSS, mais aussi dans le profil des bénéficiaires ». Ce qui n'est pas nécessairement un problème, peut toutefois le devenir en raison des inégalités de moyens et des incertitudes quant à la pérennisation des financements publics, lesquelles constituent des sources importantes de fragilité des MSS et donc du réseau établi.

1.6.1 Des volumes et des modalités de financements assez variables d'une région à l'autre

1.6.1.1 Sources et modalités du financement par l'État en région

Les financements ministériels ont considérablement augmenté et accompagné la croissance du dispositif. Pour le volet lié aux sports, le montant de la dotation d'amorçage a été multiplié par presque 8 en 2025, annoncé initialement à hauteur de 6M €. La santé a investi à partir de 2024 : avec une dotation de 4,3M € en 2024(6 M€ annoncés), le total du financement issu des ministères SJVA et santé avoisinait en 2024 les 10M€ et devrait atteindre 16,5M€ en 2025.

Les deux financements principaux des MSS proviennent des ARS et des DRAJES. Pour les ARS, le Fonds d'intervention régional (FIR) permet un financement pluriannuel, tandis que le financement par le canal des DRAJES est contraint par l'annualité budgétaire.

Tableau 7 : Le financement ministériel des MSS (millions d'€)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ministère SJVA	0,8	2,8	3	3	5	6,5
Ministère de la santé (FIR)	-	_*	_*	_*	4,3	10
Total	0,8	2,8	3	3	9,3	16,5

* Avant 2024, les ARS ont mobilisé le FIR pour accompagner les MSS. Mais ce n'est pas recensé au niveau national et la mission n'a pas obtenu de documentation exhaustive pour proposer une donnée globale.

Sources : PRN 2S, direction des sports MSJVA, direction générale de la santé MTSSF, 2025.

Dans certaines régions, ARS et DRAJES participent au financement des MSS par un appel à projet commun (avec l'exception des MSS privées que les DRAJES ne financent pas). Dans d'autres, les appels d'offres pour le financement sont coordonnés mais séparés. Enfin, dans une région comme AURA, ARS et DRAJES financent des populations non identiques : poursuivant une initiative antérieure à la création des MSS, l'ARS finance « une politique centrée sur la prévention tertiaire (l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse) », tandis que la DRAJES porte des actions visant le tout public (prévention primaire et secondaire notamment)³⁶.

³⁶ Rappelons pour mémoire les recommandations du Rapport « Delandre » (2022-2023) sur le financement des MSS (p. 44) : « Le groupe d'experts recommande plusieurs mesures de financement de toutes les MSS habilitées, avec comme objectifs d'éviter les inégalités territoriales de santé et de permettre à ces structures de se pérenniser et de se développer :

1. Instaurer un financement de fonctionnement pérenne par l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).
 2. Compléter le financement national du sport-santé par des financements locaux : Fonds d'Intervention Régional (FIR), ARS, DRAJES avec de fortes incitations ministérielles, les conférences régionales du sport et les collectivités territoriales.
 3. Réaffecter une partie (30 %) de l'enveloppe des taxes affectées sur les paris sportifs (Française des Jeux) vers le sport-santé et en particulier pour le soutien financier aux Maisons Sport-Santé.
- Une participation des clubs sportifs professionnels pourrait également être envisagée ».

1.6.1.2 Les financements complémentaires des MSS

Parmi les financements complémentaires des MSS :

- les collectivités : des municipalités participent à la prise en charge du sport sur ordonnance : Strasbourg, Biarritz, Chambéry ou Villeurbanne ont, parmi d'autres, mis en place des dispositifs permettant la prise en charge des séances de sport pour les patients atteints d'ALD ;
- l'Agence nationale du sport (ANS) : l'ANS finance les clubs et associations sportives qui ont des MSS ou les mettent en place, des actions sports santé incluant des interaction avec les MSS ; ainsi le volume destiné aux MSS est-il notable (via les contrats de développement), mais aucun filtre budgétaire ne permet d'identifier spécifiquement le financement en direction des MSS (85 actions identifiées avec un montant de 537 000€ sur un budget total de l'ANS de 150M € ; le sport santé est destinataire globalement de 11% des 150M€) ; il serait intéressant que ce montant puisse être néanmoins précisément connu ;
- les mutuelles (MGEN notamment, cf. annexe n°7)³⁷,
- l'Assurance maladie, notamment dans le cas d'articles 51³⁸,
- l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT),
- et la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), que l'on retrouve logiquement investie dans le financement d'assez nombreuses MSS.

1.6.1.3 Un financement au public accueilli (bilan ou APA) ou au territoire couvert

Deux grandes orientations ont été prises en ce qui concerne le financement public national (via les ARS et DRAJES) des MSS (hors CFPPA) : celle qui prend en compte des indicateurs chiffrés (bilans et/ou prise en charge en APA) ; et celle qui privilégie la couverture territoriale et/ou démographique.

En ce qui concerne un financement sur indicateurs chiffrés de fonctionnement, de « personnes à accueillir » ou « accueillies », cela peut être un objectif ou une comptabilité au moment des bilans et/ou de la prise en charge en APA.

De fait, dans certaines régions (Grand Est par exemple), l'ARS a choisi de financer les bilans initiaux réalisés : le pallier d'entrée dans la MSS, considéré à la fois comme un premier pas d'engagement et comme un financement vérifiable des MSS, est dans ce cas gratuit pour l'utilisateur. Certaines autres MSS dans différentes régions ou secteurs ne le font pas payer non plus, considérant que ce sas d'entrée dans le dispositif doit être laissé le plus largement ouvert pour faciliter l'accès de tous ceux qui en ont besoin à l'APA. La mission entend toutefois les arguments d'autres administrations déconcentrées qui souhaitent « éviter » une logique de « chiffre », ce nombre de personnes accueillies à l'entrée des MSS (choix de l'ARS et de la DRAJES Bretagne, par exemple, même si dans ce cas des objectifs à atteindre sont fixés).

Le financement pourrait être aussi proportionnel au nombre de personnes accueillies en APA. Deux risques marginaux éventuels sont identifiés : celui d'une éventuelle non-orientation initiale vers des structures sportives pour des personnes ne présentant pas de pathologie ou de risques

³⁷ Les mutuelles se sont engagées en 2019-2020, de manière très diverse et selon les contrats souscrits, dans la prise en charge du sport sur ordonnance. Aujourd'hui, la prise en charge est un élément concurrentiel rarement prioritaire, parfois noyée dans le registre des consultations non remboursées par la sécurité sociale. Il est rarement directement question de « sport santé thérapeutique » ou d'APA. Voir l'annexe n°7. Une liste des mutuelles proposant des prises en charge est a priori tenue à jour par Azur Sport Santé (décembre 2024) <https://azursportsante.fr/wp-content/uploads/2024/12/Listing-mutuelles-sport-sante-dec-2024.pdf>

³⁸ Quand la CPAM 78 verse ainsi, sous condition de ressources, un forfait aux patients en ALD ou en situation d'obésité utilisant les centres agréés Precri'mouv, c'est une forme d'aide au fonctionnement des MSS.

particuliers pourrait exister ; et celui d'un maintien dans la MSS pour un public capable à un moment donné de poursuivre l'activité physique, sans APA, en dehors de la MSS. Ce critère du financement à l'acte (dans des structures qui ne sont pas de santé) n'est, à la connaissance de la mission, nulle part retenu en tant que tel.

Dans certaines régions, un financement des MSS selon des critères de territoire et de population a pu être mis en œuvre : le financement tient compte du bassin couvert et de sa démographie (ARS Bretagne). Mais les arbitrages sont alors complexes pour tenir compte de toutes les spécificités (zones prioritaires notamment). Il est clair pourtant qu'en zone éloignée, de montagne par exemple mais pas seulement, le déplacement d'un professionnel de l'APA à la rencontre de son public, la mise en place de séances en petits groupes voire individuelles et le temps de déplacement nécessitent ou nécessiteraient une prise en charge financière particulière. Le financement institutionnel peut alors prendre en compte un « objectif » numérique de prise en charge APA, adapté à ces contraintes (ARS Bretagne).

Dans le panorama des choix concernant le financement des MSS, peut être ajouté un financement variable tenant compte de critères sociaux. Ainsi, bien que globalement non financée dans les MSS, la prise en charge ponctuelle de l'APA peut exister en fonction d'un forfait APA précarité, lui-même lié au score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé, un indicateur individuel de précarité qui mesure le degré de vulnérabilité sociale et économique d'une personne). L'ARS Grand-Est, tout en voulant conserver la gratuité du bilan initial, émet le souhait de travailler sur une « tarification solidaire » avec une participation des patients selon le quotient familial, faisant le constat qu'il « y a beaucoup de CSP+ dans Prescri'mouv », le dispositif de suivi de l'APA.

Au total, face à cette relative diversité des paramètres conduisant au financement public des MSS, parce qu'aussi, même si on connaît finement au national les financements des MSS par les ARS et les DRAJES, on en ignore le détail par MSS, il apparaît utile de proposer un cadre national de base pour ce financement, lequel n'empêcherait nullement des stratégies régionales d'abondement (qu'il faut préserver), un cadre qui pourrait rencontrer un assentiment plus large des acteurs impliqués et contribuer à la pérennisation du dispositif. Rappelons pour conclure sur ce volet financier des MSS que, pour l'Assurance maladie, le bénéfice financier de cette prise en charge (ponctuelle ou complète, directe ou indirecte) en APA est manifesté par toutes les études existantes.

1.6.1.4 Des tarifs variables et aujourd'hui sans paramétrage

Il existe une grande variété en matière de tarification (de 0 à 180/250 € voire parfois plus par trimestre, quelques MSS ayant des tarifs plus élevés que des salles de sport d'entrée de gamme). Le cahier des charges, pourtant très précis sur certains points, ne fixe aucune contrainte en la matière, même si la définition du public mentionne plusieurs fois le mot « fragilité » et qu'« au sein de ces publics, les personnes domiciliées en territoires inscrits en géographie prioritaire, en situation de précarité socio-économique [...] constituent un public cible prioritaire. ».

De fait, les tarifs rencontrés sont le plus souvent raisonnables et tiennent compte de l'environnement social, dans un réseau largement irrigué par la vie associative. Parfois l'activité en MSS est presque gratuite (MSS Meaux, financement Caisse primaire d'assurance maladie -CPAM-ARS), notamment quand son bassin est en Quartier politique de la ville. Parfois, la CPAM participe au financement de l'APA en fonction des ressources (78). Parfois, la MSS adossée à une collectivité applique des tarifs sociaux (Rennes : score EPICES notamment).

De ce fait, les tarifs méritent d'être désormais mieux encadrés et, ainsi, de réguler d'éventuelles concurrences. Si on ne doit pas empêcher les MSS qui en ont les moyens, grâce aux collectivités

ou à des appels à projet notamment, de pratiquer la gratuité pour des publics qui le nécessitent³⁹, il apparaît nécessaire de limiter l'orientation vers une offre tarifaire trop élevée.

1.6.2 Un point d'attention : la question des systèmes d'informations

Le cahier des charges des MSS (cf. 2.6 - Le recueil des données et le système d'information) note que

« la Maison sport-santé doit disposer d'un système d'information (ou logiciel métier) lui permettant de recueillir et transmettre des données qualitatives et quantitatives (hors données de santé) utiles » [...] et que « les MSS concernées par ces échanges dans le cadre de la prise en charge de patients ayant une prescription d'APA devront s'assurer d'utiliser des logiciels en conformité avec la législation en vigueur, agréés Ségur de la santé numérique ». L'ONAPS a réalisé une étude précise des modalités de la remontée des données⁴⁰. En mars 2023 toutefois, seulement 62% des MSS déclaraient être équipées d'un logiciel métier.

Il existe en 2025 une gamme variée de systèmes d'information (SI) utilisés par les MSS⁴¹, avec toutefois deux qui se distinguent par leur nombre d'utilisateurs et par un retour positif des utilisateurs : Deneo et Goove dont les slogans respectifs suggèrent des spécificités, respectivement « la solution des équipes santé et sport-santé » et celle des « acteurs du mouvement »⁴². Certaines ARS et DRAJES ont privilégié une solution, d'autres ont laissé le choix aux acteurs - qui doivent financer les licences.

Le choix de l'outil n'est pas anodin selon la mission : d'abord parce qu'il gère le transit d'information médicales (entrantes : informations de santé ; sortantes : bilans, enquête annuelle) qui nécessitent une sécurisation compatible avec les exigences du secret médical et la RGPD ; ensuite parce que certaines solutions facilitent le travail des coordonnateurs de MSS en automatisant la remontée de données chiffrées demandées par les instances régionales ou nationales, libérant du temps pour l'activité de la MSS (bilans, APA, réponse aux appels à projet, indispensable temps d'échanges avec les partenaires, au premier rang desquels les médecins prescripteurs et les collectivités) ; enfin parce qu'il permet à l'organisme missionné (ONAPS) de réaliser (après participation des MSS à des webinaires de préparation) une indispensable mesure d'impact.

1.6.3 Une terminologie flottante à interroger avec prudence

En 2025, le dispositif des MSS est désormais installé, ancré et commence à être positivement connu sous cette dénomination.

Il convient toutefois de ne pas perdre de vue :

- d'une part que, pour certains prescripteurs, l'expression « sport-santé » demeure floue voire inadéquate, qu'existe dans la réglementation du sport celle d'« activités physiques

³⁹ La mission a souvent entendu qu'un investissement financier, même modeste, des personnes en APA-S constituait un élément de motivation important.

⁴⁰ ONAPS, *Évaluation d'impact des maisons sport-santé sur les bénéficiaires*, 2024, p.15-17.

⁴¹ Les logiciels métiers recensés en décembre 2023 sont : Deneo, utilisé par 49 MSS ; Goove, utilisé par 197 MSS ; Miloé, utilisé par 2 MSS ; Mon bilan sport santé, utilisé par 52 MSS ; Sorelis, utilisé par 9 MSS (ONAPS, *étude citée*, p. 15).

⁴² Cf. <https://deneo.fr/> et <https://www.goove.app/>

et sportives adaptées (APS-A) », tandis que celle d'activité physique adaptée (APA) apparaît moins imprécise que « sport santé », plus signifiante bien que variable, et qu'elle est parfois réduite à l'APA thérapeutique ;

- et que, d'autre part, le mot « sport » peut faire peur et constituer un obstacle pour certains publics à qui l'activité physique adaptée est prescrite. Le cœur de l'activité des MSS en fait plus précisément des maisons de l'activité physique adaptée et de la santé.

En outre, comme l'ont souligné certains interlocuteurs de la mission, certains acronymes ou expressions usuels des MSS résonnent mal pour leur public : tandis que l'« APA » signifie aussi, dans un tout autre registre, « allocation personnalisée d'autonomie » - ce qui n'est guère valorisant, l'« Activité physique adaptée » demeure peu explicite pour certains publics.

Au-delà, les coordinateurs de MSS ont appris à ne pas mobiliser certaines expressions susceptibles de réactions négatives (« gym tonique » : « surtout pas ! » ; « gymnastique douce » : « pas assez ! » mais « renforcement musculaire » passe bien), certains mots (« basket », « football ») sont remplacés par « Atelier ballon » ; « jeu » : « nous ne sommes pas des enfants ») tandis que l'attractivité faible de certains ateliers (« Atelier santé ») nécessite des dénominations adaptées. Pour la mission, la réalité du dispositif des MSS s'impose aujourd'hui, en dépit de ces incertitudes terminologiques.

Plusieurs notes ou enquêtes pointent la grande hétérogénéité – évidente – du dispositif des MSS. La mission a néanmoins entendu aussi et reconnu l'indispensable plasticité du dispositif pour qu'il s'adapte et maille le territoire. En l'état, même s'il y a des axes importants d'amélioration dont certains sont prioritaires pour sa pérennisation, objet de la seconde partie de ce rapport, la mission a bien conscience qu'un excès de structuration nationale pourrait en bloquer le développement : l'adaptation au territoire et à la population doit conduire à maintenir une certaine souplesse et plasticité et à un pilotage de proximité.

Lors du passage de l'homologation à l'habilitation, certaines structures sont sorties du dispositif⁴³, le resserrant un peu par rapport au cahier des charges. Aujourd'hui, nous sommes à un moment clé du déploiement des MSS. Pour pérenniser le dispositif, il s'agit à la fois de ne pas freiner au national le dispositif qui doit conserver un pilotage de proximité pour conserver la dynamique de maillage du territoire, au-delà du portage politique ; et donc conserver aussi, dans une certaine mesure, l'hétérogénéité du dispositif : cela ne pose pas de problème que toutes les MSS ne proposent pas l'offre complète prévue par le cahier des charges, certaines le pouvant, d'autre pas, si toutefois cette diversité du spectre d'activité ou de capacité est mieux prise en compte⁴⁴.

⁴³ Cf. tableau n°2 : 51 n'ont pas déposé de dossier et 43 n'ont pas été habilitées.

⁴⁴ Ce rapport a été préparé avant la publication de la Stratégie nationale sport-santé 2025-2030 dont on peut rappeler ici certains extraits et qui s'engage à « inscrire durablement l'activité physique comme une composante essentielle des politiques publiques de santé, d'éducation et de cohésion sociale » et à notamment « soutenir les Maisons Sport-Santé », « dispositif phare de la 1^{ère} SNSS » et qui vise à « renforcer un maillage de proximité, à la fois humain et territorial, au service de la prévention » : l'action 4 : Renforcer les Maisons Sport-Santé et les positionner comme pivot du sport-santé sur leur territoire ».

2 Propositions pour pérenniser et développer le dispositif des MSS

La mission a identifié deux enjeux majeurs de développement des MSS autour desquels s'articulent ses principales propositions : la formation des professionnels ainsi que la reconnaissance de leur qualification par le monde de la santé ; et la consolidation du modèle économique des MSS par la pluri-annualisation de leur financement au sein duquel une dotation socle devrait permettre de garantir leur fonctionnement.

À ces deux principaux axes de progrès, il convient d'ajouter deux efforts de clarification : une meilleure distinction de l'APA, notamment thérapeutique, et du sport santé ; et une clarification complémentaire du pilotage des MSS entre le niveau national et le niveau régional.

2.1 APA, sport santé, prestations des MSS : un effort de définition

2.1.1 Mieux définir les frontières entre l'APA et le sport-santé pour mieux en préciser les effecteurs

La notion d'activité physique adaptée (APA) doit être rapidement précisée car elle recouvre aujourd'hui des périmètres variables et parfois non concordants entre le monde de la Santé et celui des Sports.

Dans le code de la santé publique, le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, précisant les conditions de dispensation : « On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, 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 ».

Quant à la Haute autorité de santé (HAS), elle définit l'activité physique adaptée (APA) comme « une thérapeutique non médicamenteuse validée sur des données probantes dans de nombreuses pathologies chroniques et états de santé. L'APA se justifie pour les personnes incapables de pratiquer des activités physiques ou sportives ordinaires en autonomie et en sécurité, et considérées comme physiquement « inactives », car n'ayant pas un niveau d'AP conforme aux recommandations de l'OMS ». En conséquence, « le professionnel de l'APA, tout au long du programme, accompagne la personne vers une pratique d'AP en autonomie et à terme assure le relais vers des AP ordinaires. »

Pour le MESR (DGESIP), la licence STAPS APA-S forme à la prise en charge d'un public en prévention ou affecté d'altération de capacité physique.

Pour le code du sports, un arrêté de 2018 modifié en 2025⁴⁵ conjoint de la ministre des sports, de la jeunesse et de la vie associative (SJVA) et du ministre délégué à la santé liste des formations et certifications parfois considérées comme « médicales » dans ce domaine du sport, pour chaque discipline sportive, octroyant une autorisation réglementaire en APA (cf. 1.3.3) : le ministère SJVA tient à maintenir cette polyvalence du monde sportif, facteur d'emploi et permettant des évolutions de carrière pour ceux qui quittent au terme de quelques années le monde de l'entraînement sportif aux horaires atypiques et contraints.

La Haute autorité de santé n'est pas une autorité normative. Cette discordance avec les réglementations ministérielles doit faire l'objet d'une réflexion avec les ministères concernés, sans être toutefois à ce stade considérée comme un obstacle infranchissable, dans la perspective notamment d'un remboursement éventuel de l'APA. Ces réglementations non concordantes méritent en outre d'être confrontées à la réalité du vivier des EAPA. Ces derniers ne sont pas très nombreux aujourd'hui sur le marché du travail (20 000, selon la Conférence de directeurs et directrices en STAPS ou C3D-STAPS). À l'inverse, ils ont d'autres débouchés que ceux proposés par les MSS. En plus, nombre d'EAPA en MSS sont employés sur des missions de coordination, d'« entrepreneurs frontières »⁴⁶ qui ne leur laisse, dans la réalité, pas de temps complet d'effecteur d'APA.

Or, pour faire plus d'APA en MSS et suivre la croissance inévitable de demande d'APA, il convient de former plus d'EAPA et de former plus aussi d'éducateurs sportifs à l'APA. Mais il faut également clarifier le rôle de chacun.

La mission estime qu'une réflexion sur la mise en cohérence de la répartition des compétences en matière d'APA entre EAPA et éducateurs sportifs est nécessaire, en tenant compte certes de la situation actuelle mais aussi et de manière indispensable, si l'on veut notamment rendre possible une future et éventuelle prise en charge par l'assurance maladie, soit des pistes identifiées par la Haute autorité de santé dans son guide de prescription (consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte) validé par son collègue en 2022, soit d'une éventuelle évolution de ce cadre.

2.1.2 Préciser les prestations des MSS en APA

Il apparaît indispensable à la mission que les ministères compétents précisent au national les normes de base encadrant la prestation d'APA en MSS.

Recommandation n°1 Normer au niveau national les prestations des MSS en matière d'APA thérapeutique (le sport sur ordonnance) : trois bilans (à 0, 3, 6 mois) ; cycle de trois mois renouvelable une fois ; privilégier l'option de deux séances par semaine (sauf offre insuffisante) ; groupes de dix personnes maximum (à moduler selon les pathologies) ; tarification encadrée dans une fourchette.

⁴⁵ Arrêté du 12 juin 2025 fixant la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée en application du 4° de l'article D. 1172-2 du code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000051864368/2025-07-10/>

⁴⁶ Clément Perrier et Claire Perrin, "Mailler les Réseaux Sport-Santé", ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative, 2025. <https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2025/04/Rapport-MRSS.pdf> p. 31 sq.

2.2 Structuration de l'offre et formation des professionnels effecteurs

2.2.1 Poursuivre les efforts de structuration nationale du sport santé

L'un des enjeux clés aujourd'hui pour légitimer complètement le rôle d'« entrepreneurs frontières » des MSS entre santé et sport est celui de l'orientation à l'entrée, lors des bilans, et à la sortie des MSS après un cycle d'APA, vers des structures sport-santé ; et l'enjeu crucial est celui de la connaissance et de l'actualisation des clubs et structures disponibles assurant localement la suite de l'activité physique adaptée pratiquée en MSS. S'il y a des régions où la reconnaissance comme activité de suite est conditionnée au suivi par les éducateurs sportifs d'une formation régionale (La Réunion), s'il en est d'autres où ce recensement est entrepris, il y a aussi des MSS qui vont-elles-mêmes tester les activités proposées, voire des MSS qui aimeraient bien le faire mais n'ont pas le temps et orientent sur des bases fragiles.

L'exemple de La Réunion est assez éclairant de ce qui peut être fait dans un territoire cumulant de nombreuses difficultés économiques et sociales, géographiques (montagne et isolement) et de santé (affections de longue durée plus fréquentes que dans l'hexagone dont le diabète de type I ou II au premier rang national, les maladies cardiovasculaires, les néphropathies chroniques graves...). 13 maisons de santé réparties sur le territoire accueillent les Réunionnais, avec ou sans ordonnance, et les orientent. Mais au-delà, depuis l'automne 2022, un site Internet dédié sport santé bien-être (SSBE.RE) permet au grand public comme aux prescripteurs d'identifier les activités et lieux labellisés (par une commission présidée par la DRAJES et l'ARS, composée de professionnels du champ sportif et de la santé) convenant à leurs souhaits et besoins : cette labellisation (ici à la fois régionale et départementale) mise en place depuis 2017 et répondant à un cahier des charges public⁴⁷, concerne en 2025 494 créneaux de sport santé, dont 327 créneaux du label SSBE « Sport pour tous » (labellisés pour trois ans) et 167 créneaux du label SSBE « Sport sur ordonnance » (labellisés pour deux ans) qu'une carte interactive permet d'identifier et de localiser rapidement⁴⁸.

Il est de ce fait impératif qu'un recensement unique et indiscutable soit partout entrepris, au niveau régional ou départemental, explicitant les critères d'admission pour créer de la confiance envers les prescripteurs comme envers les pratiquants, mis en ligne et régulièrement mis à jour.

Recommandation n°2 Organiser au niveau national les modalités de recensement systématique à l'échelon départemental et/ou régional des offres distinctes de « sport sur ordonnance » et de « sport santé bien-être », et s'assurer de sa libre mise à disposition en ligne (et de sa mise à jour périodique), aussi bien pour l'amont des MSS (les prescripteurs) que pour l'aval (le public) voire pour les MSS elles-mêmes (mettre en réseau les acteurs).

S'il existe des fédérations dont le travail de formation des intervenants est souligné par certaines personnalités médicales du monde des MSS, comme celles de la Fédération française de danse, avec ses formations spécialisées pour des patients atteints de cancer, ou celles de la Fédération française de gymnastique (une formation de 90h en 3 semaines des éducateurs sportifs), les mêmes observateurs jugent qu'il n'est pas raisonnable que d'autres fédérations forment à l'APA en

⁴⁷ <https://ssbe.re/wp-content/uploads/2025/03/Cahier-des-charges-LABEL-SS03-25.pdf> (07-2025).

⁴⁸ <https://www.lareunion.ars.sante.fr/ssbere-des-creneaux-de-sport-sante-labellises> (07-2025).

une unique journée ou que les projets sur le papier ne soient pas toujours suivis d'une réalisation indiscutable.

Recommandation n°3 Sur la base de l'expérimentation en cours de mise en place par le ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative (170h de formation pour des éducateurs sportifs à l'expérience validée) et de son évaluation, définir au niveau national le cadre de formation sport santé requis pour encadrer, d'une part, une offre en matière de sport sur ordonnance et, d'autre part, une offre en matière de sport santé bien-être.

2.2.2 Continuer d'investir dans la formation des professionnels de l'APA et du sport santé, en nombre et en qualité

Face notamment au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, pour les MSS comme pour d'autres structures, il apparaît indispensable d'augmenter le nombre d'effecteurs d'APA qualifiés.

En formation initiale à l'université la mention APA-S a nettement gagné en visibilité et importance : les étudiants commencent rarement des études en STAPS avec cet objectif de professionnalisation (moins brillant que sportif de haut niveau, entraîneur ou coach...), mais ils sont nombreux à en trouver l'intérêt, après la formation générale de la 1^{re} année. Une meilleure information sur cette orientation au sein de la filière STAPS dès l'enseignement secondaire peut permettre à ces jeunes de ne pas vivre cette orientation comme une forme de réorientation mais comme un choix possible d'emblée. Avec la formalisation et la croissance des débouchés professionnels, une augmentation des places de cette mention en licence doit être envisagée.

En formation continue, il peut être souhaitable de permettre à des détenteurs de licence STAPS (non APA-S) et aux éducateurs sportifs détenteurs du DEJEPS (bac+2) d'accéder à cette qualification via un diplôme universitaire (DU) dont le format (de six mois à un an ?) et le contenu devront être précisé entre le ministère SJVA et celui de l'ESR (DGESIP). Le vivier existe, notamment parmi les entraîneurs sportifs qui, après quelques années d'exercice (souvent le soir et en fin de semaine), souhaitent accéder à des horaires de travail plus conventionnels ou augmenter leur temps de travail. En cas de formalisation d'une prise en charge par l'Assurance maladie de l'APA, il est raisonnable de penser que la qualification des effecteurs d'APA sera beaucoup plus précisément examinée.

Car au-delà de ces DU, se pose plus largement la question de la formation des éducateurs sportifs au sport santé et à l'APA, notamment par les branches professionnelles, les fédérations. Les éducateurs sportifs spécialisés en activité physique adaptée jouent un rôle clé dans l'accompagnement personnalisé des pratiquants, en proposant des programmes d'entraînement adaptés pour améliorer la santé, gérer des pathologies ou accompagner des personnes en situation de handicap, souvent en lien avec la Maison sport-santé ou via des formations spécifiques.

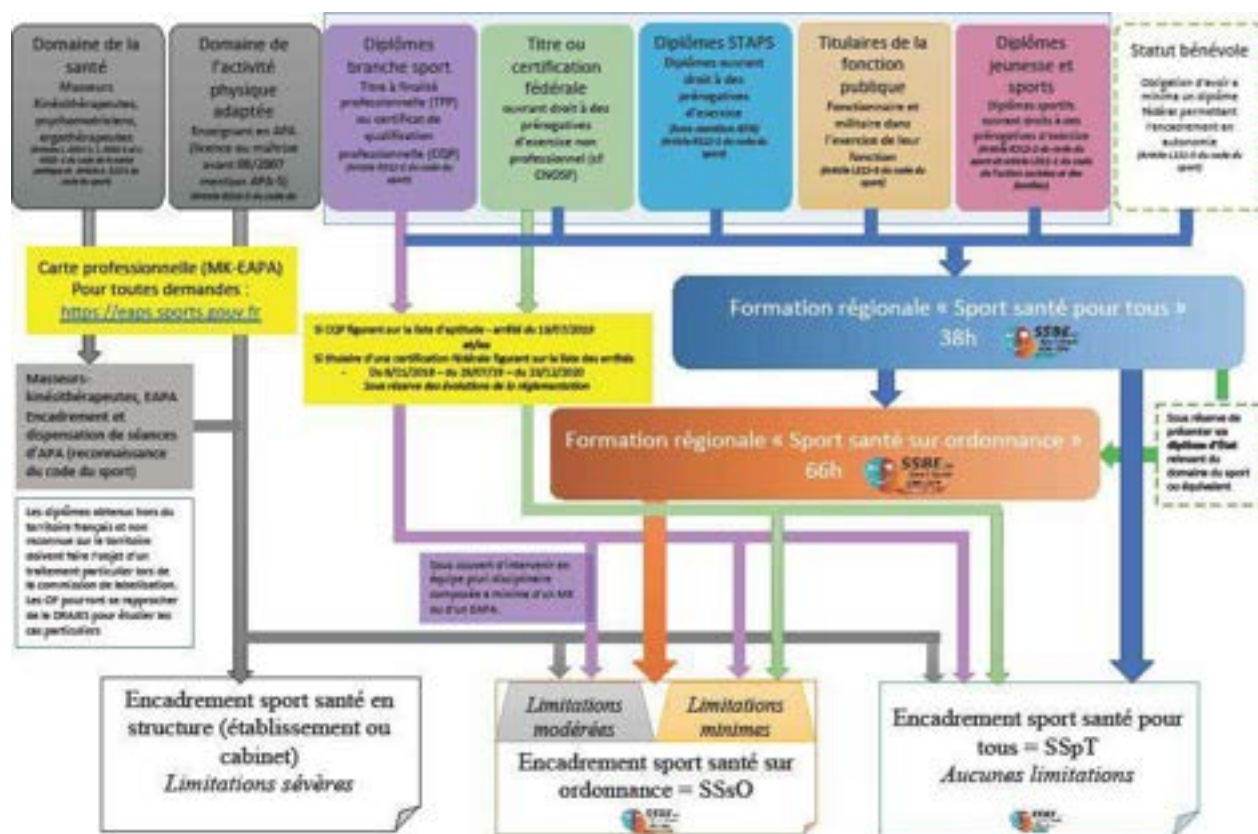
La mission ne méconnaît pas la situation actuelle où les éducateurs sportifs sont, par la réglementation du ministère des sports, autorisés à pratiquer l'APA (cf. 1.3.3). Il est nécessaire de promouvoir les « E3S », éducateurs sportifs – sport santé, dont la formation en APA devra être interrogée au national, en accord avec le ministère de la santé, s'il est question de prise en charge de l'APA thérapeutique ; et dans les clubs, fédérations, structures privées, la présence obligatoire d'un E3S doit être un des paramètres pour que la formation soit recensée parmi les créneaux labellisés sport santé⁴⁹.

⁴⁹ La mission a entendu la suggestion de faire travailler ensemble au national les fédérations sur le sujet de la formation des effecteurs d'APA et d'inclure dans la réflexion la question des bénévoles. Mais l'encadrement par des bénévoles paraît à la mission difficilement compatible avec la nature des activités développées (APA).

Dans certaines régions, une réflexion partagée entre DRAJES et ARS a permis de définir des schémas de formation des effecteurs d'activité physique adaptée et de sport santé.

Tenant ainsi compte de son isolement géographique et de l'impossibilité d'envoyer en formation dans l'hexagone certains de ses effecteurs, DRAJES et ARS de La Réunion ont mis en place des procédures de formation adaptées.

Tableau 8 : Schéma de structuration des parcours de formation pour la labellisation SSBE régionale à La Réunion



Source : <https://ssbe.re/wp-content/uploads/2024/05/Schema-parcours-SSBE.pdf> (07-2025)

Recommandation n°4 Pour répondre aux besoins croissants d'APA, poursuivre le développement au sein des formations STAPS des formations universitaires d'EAPA.

2.2.3 Préciser le statut des enseignants APA

Il faut pour les effecteurs d'APA un titre qui inspire confiance, d'abord pour les personnes qu'ils prennent en charge mais aussi pour le corps médical et l'ensemble des partenaires des MSS ou d'autres lieux où ils exercent.

Un statut précisé des EAPA doit permettre notamment leur positionnement dans les grilles d'emploi. Les EAPA sont présents dans de nombreux services hospitaliers, notamment dans les soins médicaux et de réadaptation (SMR). Ils sont également présents dans les MSS fonctionnant en régie de collectivités locales. Or, leur intégration dans les grilles d'emploi des fonctions publiques hospitalières ou territoriales, n'est pas normée.

La mission a examiné la proposition plusieurs fois entendue de reconnaître les EAPA comme auxiliaires de santé. Masseurs-kinésithérapeutes (diplôme de niveau 7, bac+5) et maïeuticiens

(bac+6) sont bien dans cette catégorie, avec des formations de haut niveau et une insertion réussie aux côtés des professions de santé. La mission s'interroge sur cette suggestion : est-elle la plus adaptée pour ces effecteurs d'APA ? La mission a entendu les critiques de ceux qui mettent en avant avec le risque de déqualification que cela peut comporter pour des personnels formés majoritairement à bac+3 voire bac+5 et considèrent qu'il n'est pas souhaitable de faire des EAPA des auxiliaires médicaux ; la mission considère surtout qu'il existerait alors un risque d'être fondus dans le monde de la santé, alors que le grand intérêt des EAPA est précisément d'être à l'interface des mondes du sport et de la santé.

La mission interroge donc la pertinence d'en faire une profession réglementée, comme cela a été fait pour les psychologues⁵⁰. Cette reconnaissance en profession réglementée pourrait permettre le cas échéant le financement des PCR dans les MSS, même s'ils ne sont pas professionnels de santé. Il faudra les doter en ce cas d'un code de déontologie.

Recommandation n°5 Lancer des travaux conjoints entre les différents ministères concernés pour examiner la pertinence et les conséquences de la reconnaissance des EAPA en profession réglementée.

Il existe une grande diversité d'expertise face aux données de santé et à leur confidentialité. Mais il n'est pas assuré que la transformation des EAPA en profession réglementée normalise à elle seule la question de leur accès aux données de santé.

Recommandation n°6 Prévoir l'usage de systèmes d'information sécurisés communs obligatoires à l'échelle régionale et permettre de ce fait aux coordinateurs de MSS et aux [encadrants ou prescripteurs] d'APA, bien formés à cet usage, un accès confidentiel aux données de santé.

L'un des éléments de solution serait de prévoir peut-être l'intégration de ce coût dans un financement socle proposé pour les MSS (voir recommandation n° 10).

2.3 Poursuivre le développement des MSS et consolider leur modèle économique

En 2025, même avec des nuances importantes liées à des héritages institutionnels, à des personnalités ou à des vacances de poste modifiant les équilibres, ARS et DRAJES travaillent bien ensemble. Mais en partageant à des degrés divers la procédure d'habilitation et certains critères d'attribution des budgets (les DRAJES ne dotent pas financièrement, par exemple, les structures privées).

2.3.1 Poursuivre la couverture du territoire et de la population

La mission considère qu'il faut poursuivre le développement des MSS et consolider la dynamique des premières années. Tout en capitalisant sur la dynamique des 5 premières années, il est utile de ne pas trop encadrer les MSS, afin de permettre à de nouveaux projets d'émerger, notamment dans les zones non couvertes ou les territoires denses, pour poursuivre la recherche d'un « maillage territorial optimal » selon les termes du cahier des charges des MSS.

Toujours selon ce cahier des charges, « à ce titre un effort doit être fourni par les maisons sport-santé afin que les territoires non couverts le soient et que l'accès aux maisons sports-santé soit

⁵⁰ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/psychologue-une-profession-reglementee-en-france-46456>

permis au plus grand nombre de personnes, y compris celles les plus éloignées géographiquement »⁵¹. Il s'agit de financer des projets spécifiques, de permettre à de nouvelles structures d'émerger, de couvrir les zones blanches notamment en territoire rural (FRR notamment) tout en densifiant l'offre en zone urbaine (QPV notamment), selon ce que prévoit d'ailleurs le cahier des charges des MSS (1.2 - Les publics accueillis) : « Les personnes domiciliées en territoires inscrits en géographie prioritaire, en situation de précarité socio-économique, fortement sédentarisées, constituent un public cible prioritaire ». Il doit donc être tenu aussi compte de l'attractivité réelle de MSS dans certains territoires pour des populations aisées disposant des moyens de financer l'APA.

Recommandation n°7 Promouvoir avec les acteurs locaux et régionaux des projets spécifiques permettant d'augmenter sensiblement la part des publics des territoires prioritaires, des publics précaires et les plus éloignés de l'activité physique.

2.3.2 Reconnaître officiellement plusieurs niveaux de MSS

À ce stade de développement des MSS, il est utile de reconnaître désormais l'existence de plusieurs niveaux de MSS en fonction des missions du cahier des charges effectivement remplies, et donc d'adapter le financement public à cette gradation.

Dans plusieurs cas observés par la mission, l'horizon départemental (avec les délégations départementales d'ARS et SDJES en relai de proximité) a été responsabilisé comme celui de la coordination, de la formation et de l'animation.

La mission conseille de distinguer au moins deux niveaux de MSS :

- les MSS fondamentales (ou « simples ») qui remplissent les missions 1 à 7 de l'actuel cahier des charges), avec des programmes passerelles intra ou extra MSS ; et, comme la mission l'a entendu en d'autres termes, il faut accepter dans ce registre des « MSS light » en territoire éloigné ou isolé ;
- mais il faut aussi prévoir une catégorie spécifique pour les MSS capables de conduire des actions de formation en sport santé, de recherche, d'animation de réseau mais aussi de recensement actualisé des lieux de pratique de suite, remplissant l'intégralité des missions (1 à 9) prévues par le cahier des charges actuel.

Cette organisation pourra contribuer à une articulation améliorée du niveau régional avec le niveau départemental (comme en AuRA, en Centre-Val de Loire, moins nécessaire pour la Bretagne en raison de l'existant et d'une région moins étendue...) ou infra départemental (comme en Île-de-France) et une meilleure articulation du réseau dans des configurations régionales différentes.

La mission propose donc deux scénarios :

- instituer chaque fois que nécessaire (pour la plupart des régions pluri départementales⁵²) deux gradations distinctes de MSS, comme précisé ci-dessus : cela doit faciliter la collaboration entre le ministère de la jeunesse, du sport et de la vie associative et le ministère de la santé au niveau national, régional et départemental) et faciliter en tant que de besoin une éventuelle prise en charge par l'assurance maladie de l'APA ;

⁵¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000047558880>

⁵² En Bretagne, dans une « petite » région pluri départementale, l'organisation départementale des MSS, inexistante, ne semble pas nécessaire.

- ou instituer trois gradations de MSS, avec des MSS de niveau 1 (effecteurs niveau DEJEPS, avec formation vers licence APA et supervision par MSS niveau 3 (il faudra que les deux ministères concernés arbitrent ensemble sur le fait qu'une MSS sans EAPA puisse ou non accueillir des personnes pour une APA prise en charge) ; des MSS de niveau 2 (effecteurs niveau licence APA et coordinateur si possible master APA) ; des MSS niveau 3 (ayant un rôle de coordination, d'animation et de formation et réalisant tous les éléments du cahier des charges).

Cette proposition peut faire l'objet d'une simple décision arbitrée régionalement (conjointement par ARS et DRAJES) impliquant seulement des accompagnements financiers différenciés, sans formaliser la création publique de « niveaux » distincts de MSS.

S'il existe aujourd'hui quelques MSS disposant seulement d'encadrants formés au niveau BPJEPS, la mission considère qu'elles devraient obligatoirement employer un EAPA pour continuer à être reconnues comme MSS⁵³ ; mais le rôle des autres diplômés doit demeurer essentiel, en aval des MSS, où le sport santé ou sport santé bien-être doit être développé.

Recommandation n°8 Cadrer au plan national une typologie des MSS comportant deux à trois niveaux de prestations, en fonction des missions du cahier des charges effectivement remplies et adapter le financement public à cette gradation établie au niveau régional ou départemental.

Dans de nombreux cas observés, l'horizon départemental (avec les délégations départementales d'ARS et SDJES en relai de proximité) peut être le lieu idoine de la coordination, de l'animation et de la formation.

Dans le cas où cette structuration serait retenue, il faudrait prévoir cette gradation dans un cahier des charges adapté.

Parce que, parmi d'autres, les exemples de la Bretagne ou d'une partie de l'Île-de-France sont probants⁵⁴, il paraît de plus fonctionnel de favoriser les organisations autonomes en réseau des MSS entre elles : cela permet de donner de la visibilité au dispositif global, d'échanger de l'information, des problématiques, des contacts, des pratiques, de discuter aussi sur les périmètres d'intervention.

Recommandation n°9 Favoriser la création de réseaux géographiques de MSS.

2.3.3 Consolider le modèle économique des MSS

Deux scénarios peuvent être proposés pour consolider le modèle économique des MSS avec, comme préoccupation première, la pérennisation du dispositif au bénéfice de la santé publique. L'un prévoirait une dotation socle publique pour toutes les MSS, avec une adaptation aux deux ou trois niveaux retenus (une dotation socle ne couvrant pas tous les besoins des MSS) : ce scénario, aurait l'avantage d'être plus rapide à mettre en œuvre, mais il est aujourd'hui aussi plus dépendant de financements annuels ministériels.

⁵³ Elles seraient sinon incluses dans le recensement des suites du passage en MSS, mais sans le label MSS. La mission s'est interrogée s'il ne serait pas au final plus simple de distinguer entre des maisons de l'activité physique adaptée (MAPA : lieux permettant une éventuelle prise en charge financière de l'assurance maladie) et des maisons sport-santé (lieux sans ordonnance nécessaire et sans prise en charge financière). Il semble néanmoins que la marque « maisons sport-santé », qui s'est nettement inscrite dans le paysage français de la Santé comme du Sport, ne doive pas être remise en cause. Outre que le nouveau nom n'est pas très compréhensible. Changer le nom à ce stade risquerait d'être compris comme un échec et une reformatation du dispositif, alors qu'il apparaît réellement répondre à un besoin.

⁵⁴ En Île-de-France, il existe au printemps 2025 des réseaux départementaux de MSS (92 : réseau des MSS ; 93 : réseau et réunions trimestrielles ; 94 : réseau ; mais pas pour le 75, le 95 ou le 77).

L'autre privilégierait une prise en charge à l'acte (bilans, APA, organisation de l'aval), selon le chemin parcouru par certains articles 51 dont l'expérimentation en cours dans la région Centre Val-de-Loire ; il représenterait une évolution plus aboutie et structurelle. Mais, d'une part, ce financement à l'acte doit être bien encadré car il présente le risque non nul de ponctuellement freiner l'orientation vers le sport « ordinaire » ; et, d'autre part, il est clair qu'au niveau national les décisions, cadrages et mises en place, même pour certaines pathologies spécifiques, prendront du temps : ce scénario serait le plus durable, permettant aussi de responsabiliser et d'autonomiser les MSS.

Notons d'emblée qu'en matière de finances publiques, il n'est évidemment pas raisonnable d'envisager que les deux scénarios soient mis en place concomitamment.

2.3.3.1 Une dotation socle publique pour toutes les MSS

La mission estime que la pérennisation du dispositif des MSS, indépendamment de la prise en charge partielle ou non de la patientèle, passe par la pérennisation de chaque structure au service du territoire. Dans les conditions actuelles, la fragilité du financement (annuel du côté de la DRAJES, variable en ce qui concerne les collectivités territoriales) conduit souvent à une fragilité de la structure (effecteurs d'APA en contrats à durée déterminée/CDD notamment) impliquant une adaptabilité aux variations budgétaires.

Après de nombreux échanges conduits par la mission, il apparaît que, sous réserve d'un objectif de maillage du territoire et d'accueil d'une population cible préparés et décidés conjointement par l'ARS et la DRAJES, la prise en charge financière d'un coordonnateur qualifié d'une MSS habilitée et celle du coût de la ou des licences d'un système d'information sécurisé apparaissent comme l'un des socles permettant aux MSS de fonctionner.

Recommandation n°10 Assumer le financement pluriannuel conjoint (à trois ans) par l'ARS et la DRAJES d'une partie du fonctionnement des MSS par une dotation socle constituée de la rémunération d'un EAPA, notamment pour assurer la coordination de la MSS et la réponse aux appels à projets, et du système d'information (SI) adapté.

Cette dotation socle (permettant le financement d'un enseignant APA et le déploiement SI), financée par l'ARS et la DRAJES, est estimée à environ 50k€ par MSS. Elle doit pouvoir concerner des structures publiques et privées. Cela correspondrait donc à une dépense globale de 29M€.

2.3.3.2 Une dotation complémentaire doit financer les actions des MSS de niveau 2 de formation, de recherche et de coordination des réseaux.

2.3.3.3 Le financement de la file active (APA thérapeutique) relève de plusieurs sources

Le financement de la file active (APA thérapeutique) relève de plusieurs sources : fondamentalement, la participation des usagers ; certaines mutuelles ou assurances offrent, dans un cadre limité, un remboursement ou un forfait ; la conférence des financeurs (CFPPA) pour certains publics âgés notamment ; et, dans certains cas, s'ajoute une prise en charge partielle en fonction des revenus des individus (en fonction du score EPICES notamment cf. 1.3.2.1.).

Dans le cas où l'assurance maladie, dans le cadre de PCR en cours de discussion, viendrait à décider de prendre en charge au niveau national l'APA thérapeutique, il faut pouvoir en estimer le coût individuel et le public concerné. Certaines expérimentations ont ouvert le chemin, au niveau

régional, comme en Centre-Val de Loire, ou départemental comme dans les Yvelines, (l'Assurance maladie (CPAM 78) propose une aide financière pour l'adhésion à un club sportif certifié Prescri'Forme, sous conditions de ressources⁵⁵).

L'estimation du coût de la prise en charge d'une personne en MSS suppose que l'on ait au préalable établi un protocole (cf. point 2.1.1). Sur cette base, on peut estimer le coût d'une prestation standard d'APA thérapeutique à quelque 600€ par personne pour six mois, à savoir : 3 bilans (45 x 3) : 135€, + 3 mois d'APA, 24 séances, 10€ par séance : 240 €, + renouvellement possible de 3 mois : 240 €.

De même, le temps d'EAPA par personne suivie peut être évalué ainsi : 3 bilans : 3h d'enseignant APA par personne suivie, + 24 séances (2 par semaine) dans des groupes de 10, soit 2,4 h d'enseignant APA par personne suivie, à renouveler possiblement pour un programme de 6 mois : au total 8h d'enseignant APA par personne suivie durant 6 mois.

2.3.3.4 La recherche d'autres sources de financement reste nécessaire

Pour compléter son budget, une MSS doit répondre à des appels à projets ciblés sur des priorités en termes de populations (jeunes, avancée en âge), de problèmes de santé publique, de problématiques territoriales etc. Elle sollicite parfois aussi d'autres financeurs, dont la Conférence des financeurs (CFPPA) pour les personnes âgées.

Il faut prévoir que le coordinateur de la MSS ait la disponibilité pour aller chercher ces financements complémentaires.

2.4 Faire évoluer le pilotage des MSS

Il apparaît à la mission comme à beaucoup de ses interlocuteurs, utile d'améliorer la cohérence du pilotage des MSS. Pour cela, la mission propose de confier au niveau régional seul (pilotage conjoint ARS et DRAJES) le suivi des MSS, tout en réservant au niveau national les orientations stratégiques et/ ou de principe.

2.4.1 Déléguer plus aux ARS et DRAJES la responsabilité du pilotage, du suivi et de l'évaluation des MSS

Le travail conjoint de l'ARS et de la DRAJES sur l'habilitation mise en œuvre dans toutes les régions est à étendre dès que possible au financement.

L'autonomie du niveau régional doit être renforcée pour être responsable de l'organisation, de l'accompagnement, de l'animation des réseaux de MSS, comme, plus spécifiquement, de l'incitation à l'« aller vers » les publics prioritaires et de la communication sur le dispositif, en direction des professionnels de santé et du sport, des éventuels porteurs de projet, de tous les partenaires, y compris ceux de la formation et, bien sûr, en direction de tous les publics concernés. Cela suppose aussi, comme le soulignait l'ONAPS dans son rapport d'impact 2024, soulignant les points à améliorer, de notamment « continuer à faire plus de liens avec les ARS et les DRAJES pour mobiliser davantage les structures »⁵⁶.

⁵⁵ <https://sanitaire-social.cnam-versailles.fr/l-aide-financiere-pour-le-sport-adapte> (07-2025).

⁵⁶ ONAPS, *Évaluation d'impact des Maisons sport-santé sur les bénéficiaires*, MSJVA, 2024, p. 52-53.

2.4.2 Au niveau national, préciser certains principes, lancer de nouveaux projets de recherche et impliquer mieux certaines directions ministérielles

Parmi les domaines dont le niveau national doit se saisir, il y a la fourchette de tarification et celle du reste à charge. Le cahier des charges pourrait sur ce point être précisé.

Il faut aussi interroger la nature de l'APA et ses effecteurs, pour examiner les convergences possibles entre ce qui est déterminé par arrêté ministériel et la position restrictive de la Haute autorité de santé.

De nouveaux projets d'études et de recherche doivent être lancés. L'ONAPS prévoyait ainsi dès 2022 « l'élargissement du champ de l'évaluation d'impacts à d'autres questions évaluatives en adéquation avec l'activité de toutes les Maisons Sport-Santé se pose alors (mesure des comportements dans la durée ; inscription dans des dispositifs de droit commun, accessibilité territoriale...) »⁵⁷.

De ce point de vue, il apparaît indispensable, à ce stade de développement des MSS et notamment dans la perspective d'une prise en charge de l'APA thérapeutique, que le PRN 2S se saisisse avec l'ONAPS et d'autres partenaires de recherche en santé du devenir des usagers de MSS ; il importe de lancer des études de cohorte sur le devenir des publics passés par les MSS pour évaluer l'apport précis à la santé publique et l'intérêt d'en poursuivre et adapter le financement. Ainsi, une partie du temps du suivi des MSS réalisé aujourd'hui par le PRN 2S et l'ONAPS passerait de ce suivi annuel au suivi stratégique et de cohorte.

Recommandation n°11 Clarifier les rôles respectifs du niveau national (définition des normes dont fourchette de tarification et reste à charge) et du niveau régional (chargé du pilotage des MSS comprenant l'habilitation et la gestion des financements).

Il convient enfin de mieux associer ou impliquer certaines directions ministérielles à l'environnement des MSS : direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour la formation des effecteurs ; direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du ministère de l'éducation nationale pour agiliser les relations entre MSS et milieu scolaire ; la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles qui conçoit et pilote les politiques publiques de solidarité, pour améliorer la vie quotidienne des personnes en situation de précarité, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des enfants et des familles, des majeurs protégés...

2.4.3 Paramétrer/faciliter l'émergence et le déploiement éventuel de nouveaux partenariats des MSS : Éducation nationale, Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS)

La mission a constaté que des MSS réalisaient des bilans avec des mineurs accompagnés de leurs parents. Faut-il élargir l'accueil des MSS au public mineur ? La question doit être posée mais sa réponse est complexe au sein des MSS en leur état actuel.

⁵⁷ ONAPS, Évaluation d'impacts des maisons sport-santé, phase pilote 2021 : synthèse des travaux.

Exemple de prise en charge d'un jeune en surpoids au sein de la MSS de Strasbourg



Source : <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/beneficiaire/>

À l'inverse, même si c'est très souvent faute de temps des personnels des MSS, la mission constate une faible utilisation des compétences existant au sein des MSS en matière de prévention primaire dans/par les lieux accueillant le jeune public, à commencer par l'institution scolaire.

Les rectorats, même avec des difficultés de recrutement manifestes dans le domaine de la santé, sont globalement très engagés sur les questions d'activité physique et de la promotion de la santé auprès des jeunes et de l'inclusion. Force est néanmoins de constater que le fonctionnement des DRAJES au sein des académies est récent (2021) et que les échanges avec les autres services ou groupes de la région académique peuvent croître. Globalement, beaucoup de chemin a été parcouru mais un partenariat plus étroit entre la DRAJES et les autres services des rectorats au bénéfice d'une meilleure activité physique des élèves et de leur santé peut être établi. Tandis que certaines réticences liées à l'histoire du sport et de l'EPS méritent d'être travaillées et, dans la mesure du possible, dépassées, la légitimité de la DRAJES, comme cela a été dit à la mission, n'est pas encore parfaitement installée, aux yeux notamment d'une partie des corps d'inspection d'éducation physique et sportive (EPS) : service de la région académique, la DRAJES doit encore être reconnue comme disposant de légitimité académique en ce qui concerne le travail régional pédagogique (et ce, même dans des régions académiques mono académiques) ; ce processus prendra du temps. Au bénéfice de la prévention en santé pour la jeunesse, l'intérêt de la coopération entre MSS et école, collège et lycée devrait être un accélérateur potentiel.

Aujourd'hui, la connexion au bénéfice des élèves entre effecteurs d'APA en MSS et les équipes d'EPS en milieu scolaire n'est, sauf exception, pas établie. L'intérêt de faire entrer de l'APA à l'école n'est a priori plus à démontrer quand les deux tiers des enfants en primaire sont en dessous des seuils d'activités physiques recommandés⁵⁸, quand on compte 2% de diabétiques de moins de 18 ans en plus tous les ans. L'éducation nationale a profondément fait évoluer, avec notamment les équipes d'EPS, la dispense de sport, vers un certificat médical d'inaptitude qui n'a pas vocation à

⁵⁸ Cf., par exemple l'Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents, 14-09-2020 <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-a.pdf>.

proscrire l'activité physique mais est censé fournir à l'enseignant d'EPS un ensemble d'informations utiles pour l'aider à adapter ses propositions pédagogiques ; *dans la réalité, il mentionne rarement les limitations. Au total, pour accompagner mieux les jeunes qui restent en marge de tout ou partie de l'EPS, le chemin à parcourir demeure important. Et les habitudes et perceptions anciennes se perpétuent* : le cardiologue François Carré, grand promoteur de l'activité physique et des MSS, note en direction de ses confrères qu'« *au lieu de faire des dispenses de sport, on devrait faire des dispenses de vie sédentaire* »⁵⁹.

Les enseignants d'EPS connaissent l'APA et sans doute mieux l'handisport, tandis que les programmes et pratiques d'EPS se différencient, où l'on a vu apparaître boccia, cécifoot, volley-ball assis, sarbacane... L'enseignant d'EPS semble devoir être toutefois mieux formé à ce type d'activité car, aux yeux de certains responsables auditionnés, il demeure complexe de faire entrer des tiers dans un collège. Des acteurs académiques soulignent cependant qu'il faudrait « ouvrir les établissements, chercher des partenariats sportifs » et d'activité physique extérieurs (associations ou MSS). Parfois des bilans de condition physique sont mis en place mais « derrière, il ne se passe rien ». Certes le bilan des "2 heures de sport en plus", expérimenté dans certains collèges, pourrait apporter quelques éléments de compréhension, même si sa généralisation a été abandonnée en 2025 et si le dispositif concerne désormais les seuls collèges en réseau d'éducation prioritaire (REP/REP+). Mais le périmètre où l'expertise des MSS pourrait être mise à profit est celui des élèves qui ne pratiquent pas de sport et échappent à tout ou partie de l'activité physique.

Un responsable de MSS, médecin, considère, avec beaucoup d'autres, qu'il est fondamental de rapprocher les MSS et l'éducation nationale et qu'il faut bien se faire entendre du corps enseignant sollicité par les « 30 minutes d'activité physique » et les « 2 heures de sport en plus au collège » - sauf que ces dispositifs n'atteignent pas les élèves les plus en difficulté ou les plus éloignés de l'activité physique. L'EAPA pourrait éventuellement « soutenir » ces élèves pendant le cours : « il n'y a pas de groupes de besoin en EPS : on n'est pas bon mais il n'y a pas de soutien ! » Il considère aussi qu'il ne faudrait plus faire de certificat d'invalidité mais mentionner « juste des limitations » : ensuite il faudrait sécuriser ce qu'on va mettre en place, comme placer l'élève en arbitrage. Une vision partagée avec le Dr François Carré : « Si on peut aller à l'école, on peut faire de l'activité physique (même adaptée) ». Il faudrait avoir des cours de soutien en EPS et les effecteurs des MSS seraient là pour contribuer à redonner envie. Un médecin dispense d'activité physique mais il ne dispense pas du cours : « Il faudrait pouvoir modifier les certificats d'invalidité pour maintenir une activité partielle mais cette question a été bloquée au ministère ». L'académie de Créteil a ainsi officiellement supprimé la possibilité d'une invalidité totale.

Il existe des initiatives que ce rapprochement pourrait conforter. Ainsi ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) a d'abord été une étude menée en Alsace (2002-2006) dont l'objectif était la prévention du surpoids par l'augmentation de la pratique d'activité physique et la limitation de la sédentarité des collégiens. L'intervention est fondée sur l'hypothèse que la prise en compte du jeune dans son milieu de vie (modèle socio écologique) permet d'augmenter son niveau de pratique d'activité physique et de limiter sa sédentarité. L'expérimentation a montré que, pour les enfants de poids normal, le risque de se trouver en surpoids à la fin de l'étude a été diminué de plus de 50 % dans les collèges bénéficiant de l'intervention ICAPS (intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité) et que

⁵⁹ <https://france3-regions.franceinfo.fr/bretagne/ille-et-vilaine/rennes/sante-francois-carre-ce-medecin-breton-qui-defend-le-sport-de-tout-son-c-ur-2664392.html> (07-2025).

certaines facteurs de risque cardiovasculaire avaient diminué ⁶⁰. Cette expérimentation a depuis été étendue⁶¹, notamment en région Sud, et promue auprès de l'ensemble des responsables de MSS.

Avec l'éducation nationale, il semble donc possible pour les MSS de préparer puis engager un partenariat d'envergure, au moins avec l'enseignement secondaire, pour développer l'APA - au collège comme au lycée – au bénéfice de la santé des élèves.

Un autre axe de développement possible, même si ce n'est pas aujourd'hui une mission crantée par les statuts des MSS, serait d'envisager l'intervention des effecteurs d'APA des MSS au sein des ESMS. En ce qui concerne notamment les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'échange peut être réciproquement fructueux, pour les MSS comme pour les EHPAD : l'accès aux équipements des EHPAD peut être important pour les MSS et leur public, tandis que le conseil des EAPA voire leur intervention au sein des EHPAD peut accompagner, compléter l'expertise des effecteurs d'APA dans ces établissements. Dans le domaine de la santé mentale, la mission a également pu constater la fonctionnalité de la mise en place de MSS et ces initiatives doivent de même diffuser à l'échelle nationale.

Les MSS pourraient aussi jouer un rôle très important auprès des personnes âgées dépendantes à domicile, en organisant des activités adaptées de proximité (bailleurs sociaux, centres sociaux etc.)

Recommandation n°12 Déployer l'expertise acquise par les MSS au bénéfice d'autres milieux : engager une collaboration accrue avec l'éducation nationale en matière de prévention primaire et, à tous les niveaux de la prévention, en ESMS, notamment en EHPAD.

Cette coopération accrue devrait en retour bénéficier aussi bien à la visibilité, à la mise à disposition de plateaux équipés qu'aux finances des MSS.

2.4.4 Organiser une communication interne et externe efficiente

La mission a constaté la nécessité d'améliorer de manière méthodique la communication interne au réseau des MSS et, surtout, la communication sur le dispositif, en direction des professionnels de santé (en formation comme en exercice), du public potentiellement concerné comme en direction de potentiels porteurs de projet.

Il est tout d'abord nécessaire de maintenir la communication interne au réseau, telle qu'elle existe, avec notamment, au national, le « séminaire de Vichy » organisé par le PRN 2S, annuel ou bisannuel (l'augmentation du nombre de MSS pourrait conduire à cette périodicité modifiée) ; et, au régional, (et au départemental) sous l'égide des ARS et DRAJES et à l'initiative des MSS elles-mêmes, pour améliorer et diversifier les pratiques⁶², faciliter le maillage territorial et éviter d'éventuels conflits de territoire (rôle de la coordination départementale aussi).

⁶⁰ <https://www.cndaps.fr/icaps/la-demarche-icaps-2-6.html> (07-2025).

⁶¹ Santé publique France a mis en place une première phase de déploiement/transfert de connaissances à compter de 2011 pour des bénéficiaires entre 3 et 18 ans et son évaluation a confirmé l'intérêt et la faisabilité de la démarche ICAPS pour ces jeunes. Santé publique France a désigné le Centre Socio-Culturel et Sportif Léo Lagrange de Colombelles pour être le Centre National d'appui au Déploiement en Activité Physique/lutte contre la Sédentarité (CND AP/S), chargé d'accompagner la mise en place de projets de promotion de l'activité physique des jeunes sur le territoire s'appuyant sur la démarche ICAPS.

⁶² Nous avons constaté ce besoin et cet intérêt partagé lors de séminaires départementaux organisés par les MSS elles-mêmes.

À la transition entre communication interne et externe, la communication avec l'ensemble des autres acteurs de terrain, notamment élus et associations, doit accroître la crédibilité et la durabilité du dispositif et faciliter la poursuite du maillage territorial au bénéfice de la population. À ce même niveau intermédiaire entre communication interne et externe, la possibilité que le national (ou le régional) fournisse (comme le fait, par exemple, la DRAJES Île-de-France avec le soutien de l'ARS) à chaque MSS un kakemono standardisé (l'investissement n'est pas très dispendieux), faciliterait la visibilité du dispositif national avec une communication uniforme (les MSS participent à de nombreuses réunions, événements et salons) et constituerait un matériau simple de communication pour les MSS modestes dont l'achat de matériel de communication n'est pas financièrement prioritaire.

En ce qui concerne la communication externe, en amont, elle doit d'abord continuer à viser les professionnels de santé et les institutions. La communication en direction des prescripteurs, profondément travaillée par les ministères, les ARS et DRAJES, mérite d'être encore développée, en valorisant notamment les résultats des articles 51 quant au bénéfice de l'APA thérapeutique puis ceux des études futures indispensables concernant le suivi de cohortes passées par les MSS. Cette communication permettra aussi de mieux valoriser le travail des MSS auprès du milieu hospitalier, en particulier lorsque des choix financiers stratégiques doivent être faits⁶³. Il est de ce fait important de cadrer au mieux le retour des MSS vers les médecins prescripteurs : si la transmission par courriel sécurisé des bilans réalisés par les MSS est un premier outil de communication, dans un agenda surchargé du corps médical, la transmission manuelle systématique d'une copie de chaque bilan issu des MSS par le patient à son médecin prescripteur peut avoir son intérêt, tout comme la transmission d'examens ou d'analyses.

La communication externe doit être méthodique ; parce qu'il faut en particulier éviter qu'une communication publique rapide ou massive encombre la file active très souvent bien pleine des MSS existantes, qu'elle augmente les délais de prise en charge et soit, au final, contreproductive. Ou, comme cela a été dit à la mission : « Oui, il faut communiquer, c'est un problème majeur de santé publique. Mais il faudra avoir les réponses et la capacité de prise en charge ». En valorisant du matériau souvent déjà existant, cette communication en direction du grand public sur les bienfaits de l'activité physique adaptée et l'existence du réseau de MSS réunit l'unanimité des porteurs de MSS et des pilotes régionaux – en particulier si elle survient à un moment où le modèle économique des MSS peut être conforté. Et les propositions fusent vite : lier la fête du sport du 14 septembre à cette visibilité accrue des MSS ; mieux faire le lien entre sport, culture et santé ; vulgariser l'APA et son impact positif sur de nombreuses pathologies ; cette communication externe peut aussi relayer la politique du « Aller vers » avec des articles dans les médias de proximité et renvoi vers un site global attrayant, étayé de témoignages...

Recommandation n°13 Renforcer la communication sur le dispositif des MSS, aussi bien en direction des professionnels de la santé ou des acteurs du territoire, que de son public potentiel.

Hayet ZEGGAR

Denis ROLLAND

⁶³ La mission a ainsi constaté la fermeture annoncée d'une MSS fonctionnelle au sein d'établissements hospitaliers devant trouver des ressources et ayant fait le choix de cesser le financement interne de l'APA.

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°1 Les MSS : histoire d'un double portage sport et santé et d'une hétérogénéité statutaire fonctionnelle

Annexe n°2 Cartographie : le développement du réseau des MSS et son lien à la démographie départementale et régionale

Annexe n°3 Les effecteurs d'APA, entre discordances réglementaires et formation hétérogène

Annexe n°4 Les MSS : une offre de services qui répond à des besoins réels de la population

Annexe n°5 Infographie de l'enquête 2024 du Pôle ressources national sport santé bien-être sur les MSS

Annexe n°6 Éléments de comparaison internationale : sport sur ordonnance, activité physique adaptée et académies de santé

Annexe n°7 Mutuelles et assurances : aperçu sur la prise en charge assurantielle du sport sur ordonnance

Annexe n°8 Quelques exemples des modalités de recensement des lieux d'APA et de sport-santé

Ces annexes ont été conçues pour permettre une lecture séparée de celle du rapport mais cohérente. On y trouvera donc nécessairement des éléments redondants avec le texte du rapport.

ANNEXE 1 : Les MSS : histoire d'un double portage sport et santé et d'une hétérogénéité statutaire fonctionnelle

1. La création et le déploiement réussi des MSS depuis 2019

2 L'hétérogénéité des statuts permet l'adaptation à des territoires et des publics variées

1 La création et le déploiement réussi des MSS depuis 2019

La France est l'un des pays européens où la proportion d'adultes jugés suffisamment actifs est la plus basse (moins de 25 %), avec des implications importantes en termes de santé publique, obésité, diabète et maladies cardiovasculaires au premier plan. Seuls 5 % des adultes ont une activité physique suffisante pour avoir un impact sur l'émergence ou le développement de maladies chroniques, tandis que femmes et enfants sont les plus touchés par la sédentarité⁶⁴. La création des MSS en France est, de ce fait, issue d'un constat et d'un double processus : le constat fait par toutes les études scientifiques, aussi bien nationales qu'internationales, de l'apport bénéfique du sport à la santé et la conception et le lancement de cet outil par les deux instances ministérielles portant l'une le sport et l'autre la santé.

1.1 À l'origine des MSS, l'impératif de l'activité physique en faveur de la santé publique

Des études scientifiques et médico-économiques toutes convergentes quant aux bienfaits de l'activité physique

Il n'était pas du ressort de la mission d'examiner la problématique de la sédentarité et de l'inactivité physique et de leur prévention, ni le « retentissement humain et économique des maladies chroniques », pour reprendre les termes du Rapport de la mission interministérielle sport-santé « Delandre »⁶⁵. Il en est de même en ce qui concerne les bénéfices sanitaires de la prévention par l'activité physique ou le « retentissement économique de la prévention par l'activité physique ». Les études internationales et nationales convergent toutes pour valoriser l'activité physique, quels que soient l'âge et le sexe, et conclure aussi sur le bénéfice de l'activité physique sur le budget de la santé publique. L'on peut renvoyer à la bibliographie très synthétique du rapport précédemment cité.

En France, de nombreux travaux de recherche universitaires, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), des rapports du Haut conseil de la santé publique (HCSP), de l'IGAS et de l'IGJS, de l'IGESR, des avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de

⁶⁴ Akim Oualhaci, « [Les Maisons sport-santé : des enjeux de coordination, de légitimation et de financement](#) », INJEP Analyses & synthèses, n°69, 07-2023.

⁶⁵ Rapport de la mission interministérielle sport-santé 'Delandre', Remis le 7 avril 2025. <https://www.sports.gouv.fr/media/46702/download> (07-2025).

l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), des études de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS), des documents et fiches de la Haute autorité de santé (HAS)... fournissent une abondante littérature assez univoque sur le sujet.

À l'international comme au national, des études médico-économiques de plus en plus nombreuses permettent d'assurer que le développement de l'activité physique adaptée (APA) réduit significativement les dépenses de l'Assurance maladie, même si les bénéfices et la rapidité de leur manifestation sont variables selon les pathologies. De nombreuses études et bilans d'expérimentations innovantes en santé (article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018) permettent d'apprécier et de comparer le coût de l'APA par rapport aux soins évités (rééducation cardiaque, prévention de la récurrence des cancers, obésité...). Ce n'est toutefois, à nouveau, ni l'objet, ni la compétence de la mission.

Une dynamique internationale : les initiatives antérieures à la création des MSS

Le dispositif des MSS en France est une construction spécifique qui participe d'une dynamique internationale. De nombreux pays occidentaux ont en effet mis en œuvre à l'orée du XXI^e siècle des dispositifs différents mais visant tous à promouvoir l'activité physique et, pour beaucoup, à développer le sport sur ordonnance, qu'elle soit prescription ou recommandation. La création en France des MSS en 2019 s'inscrit, d'une part, dans la dynamique mondiale des études médicales prouvant l'intérêt de l'activité physique en matière de santé, y compris pour des personnes atteintes de maladies chroniques, d'autre part, dans le mouvement général dans le monde occidental de la promotion, du développement et d'un encadrement - très variables - du sport-santé.

Dans cet espace, il existe une chronologie comparable du développement des dispositifs sport-santé. C'est au nord de l'Europe que s'amorce cette dynamique. En effet, ce n'est sans doute pas un hasard, par exemple, si ce qui deviendra la MSS de Strasbourg a été, avec d'autres, en 2012 à l'orée du mouvement en France⁶⁶ : l'Allemagne voisine a développé des plans en 2000 (*Sport Pro Gesundheit*) puis en 2008 (*In Form*), et, en 2014, publié des recommandations nationales pour l'activité physique et sa promotion. Dans la même temporalité, la Suède a mis en œuvre en 2001 un plan « Mettre la Suède en mouvement » et publié, en 2011, des directives nationales (révisées en 2018) ; l'activité physique sur prescription ne donne lieu, sauf exception, à aucune prise en charge ; ce dispositif très décentralisé a plusieurs fois servi de modèle, en Europe et au-delà. Au Royaume-Uni, un programme d'orientation vers l'activité physique (*Physical Activity : Exercise referral scheme*⁶⁷) défini en 2014 et toujours valide en 2025, encouragé par le *National Health Service*, permet au professionnel de santé de « recommander » une activité physique, orientant le patient à l'échelon local pour 12 séances en moyenne, le coût dépendant de la structure et de l'activité. En Italie, à l'échelle régionale (celle de la compétence santé), se sont développés sport adapté et sport santé au sein de structures publiques ou privées idoines, ayant obtenu l'agrément de la Région et où la pratique est généralement financée par les individus (en Vénétie, des « gymnases de santé » ont été mis en place depuis 2015). Outre-Atlantique, au Canada, existe un programme national avec des structures locales libérales remplissant des missions de prévention par l'activité physique : les professionnels de santé rédigent une recommandation et assurent une

⁶⁶ Promotion de l'activité physique auprès notamment des personnes souffrant de maladies chroniques et personnes âgées fragiles (dispositif Sport Santé sur ordonnance lancé en 2012) puis des enfants et adolescents en surpoids et/ou obèses (dispositif PRECCOSS lancé en 2014).

⁶⁷ National Institute for Health and Care Excellence, Physical activity: exercise referral schemes, Public health guideline, 24 September 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/ph54/resources/physical-activity-exercise-referral-schemes-pdf-1996418406085>; <https://www.everyoneactive.com/content-hub/health/exercise-referral/> (07-2025).

supervision, tandis qu'un réseau associatif rassemble depuis 2007 des professionnels et propose des ressources ; depuis 2015, au Québec, les médecins prescrivent des « cubes » d'énergie⁶⁸. Pour en terminer là avec quelques exemples, au Brésil, depuis 2011, un programme *Academia da Saúde* (académies de la santé) est mis en œuvre sous l'égide du ministère de la santé qui finance des emplois et des infrastructures à l'échelle des municipalités et communautés communes (qui ont la compétence santé) : entre 2011 et 2023, près de 4 000 propositions de centres ont été validées et plus de 2 300 étaient en 2023 opérationnels, tandis que plusieurs évaluations scientifiques en manifestent l'impact médico-économique très favorable.

Au-delà de ces éléments de concordance chronologique, des distinctions s'affichent nettement entre pays ayant mis en œuvre des dispositifs de promotion du sport santé et d'activité physique adaptée : notamment selon le niveau de mise en œuvre (national, régional, communal), selon la signification de la « prescription » (recommandation ou prescription) et l'éventuelle prise en charge financière (inexistante, partielle ou totale)⁶⁹. En 2018, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un *Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030*⁷⁰ mettant en évidence que « chez l'adulte, l'activité physique contribue à la prévention et à la prise en charge de maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète, réduit les symptômes de dépression et d'anxiété, améliore la santé du cerveau et peut accroître le bien-être général », que « chez l'enfant et l'adolescent, l'activité physique améliore la santé osseuse, favorise une croissance et un développement musculaire sains et améliore le développement moteur et cognitif ». Et que 31 % des adultes et 80 % des adolescents ne pratiquent alors pas une activité physique aux niveaux recommandés et qu'à « l'échelle mondiale, l'inactivité physique devrait coûter environ 300 milliards \$ US (soit quelque 27 milliards \$ US par an) aux systèmes de santé publics sur la période 2020-2030, si l'on ne parvient pas à la réduire ».

1.2 Un double portage ministériel, sport et santé

Si, historiquement, le ministère chargé des sports, est à l'initiative, c'est avec le ministère des affaires sociales et de la santé que, dès 2012, un plan sport santé bien-être est initié et décliné régionalement⁷¹.

La loi « de modernisation de notre système de santé » n° 2016-41 du 26 janvier 2016 a introduit la possibilité, pour les médecins, quelle que soit leur spécialité, de prescrire une activité physique aux personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD)⁷². Cette mesure concernait alors

⁶⁸ Concept initialement créé en 2009 pour encourager les enfants à faire de l'exercice équivalant à 15 minutes d'activité physique.

⁶⁹ Cf. en annexe n°6 la comparaison internationale qui doit beaucoup aux échanges avec Antoine-Noël Racine, maître de conférences à l'UniCA. Qu'il en soit remercié ici.

⁷⁰ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (08-2025).

⁷¹ L'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 demande la mise en place d'un plan régional « Sport, Santé, Bien-être », pour accroître le recours aux APS comme thérapeutique non médicamenteuse et développer la recommandation des APS par les professionnels de santé, dans un but de préservation du « capital santé » de la population. Il vise particulièrement les publics « à besoins particuliers », personnes handicapées, atteintes de maladies chroniques, âgées...

⁷² [Article D1172-2](#) du code de la santé publique modifié par le Décret n°2023-234 du 30 mars 2023 - art. 1 : « Le médecin intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en situation de perte d'autonomie, pour lesquels l'activité physique adaptée a démontré des effets bénéfiques, peut lui prescrire une activité physique

quelque 10,7 millions de Français atteints d'ALD (CNAM-DSES 2017) - les kinésithérapeutes pouvant, « avec l'accord du patient, sauf indication contraire du médecin, renouveler une fois la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée » et « l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée » ([article D1172-2-1](#) du code de la santé publique). Cette loi dite du « sport sur ordonnance », ne prévoit pas de prise en charge financière. En 2017, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et son article 51 qui donne aux acteurs l'opportunité de tester de nouvelles approches (organisationnelles et/ou financières) pour répondre à leurs besoins de terrain (il s'agit pour eux de trouver des réponses à des problématiques insolubles dans le droit commun) a permis de lancer des expérimentations⁷³ : plusieurs sont directement liées à l'évaluation de l'activité physique adaptée sur la santé des patients et sont arrivées à leur terme, devenant « innovation » après une évaluation positive⁷⁴. Le concept de Maison sport-santé est introduit dans le code de la santé publique par la loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France⁷⁵. Enfin, en 2023, l'assurance maladie place l'APA en troisième position de ses recommandations de sa publication annuelle « charges et produits ».

adaptée, avec son accord et au vu de sa pathologie ainsi que de sa situation, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente.

Lorsque le médecin prescrit une activité physique adaptée, il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique publiés par la Haute Autorité de santé.

Le médecin établit la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée, notamment le type d'activité, sa durée, sa fréquence, son intensité sur un formulaire spécifique dont le modèle est défini par arrêté du ministère chargé de la santé. Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par la personne qualifiée mentionnée au cinquième alinéa.

L'activité physique adaptée est prescrite pour une durée de trois mois à six mois renouvelable ».

La loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France a élargi la possibilité de prescription d'une APA du seul médecin traitant à tout médecin. Cf. aussi l'arrêté du 28 décembre 2023 fixant le modèle de formulaire de prescription d'une activité physique adaptée <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048737644>.

⁷³ Cf. par exemple *Rapport au parlement 2024 sur les expérimentations innovantes en santé, Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018* (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_art51_2024-2.pdf).

⁷⁴ À l'issue de la phase expérimentale, l'expérimentation devient une innovation dès lors qu'après une évaluation positive (sur l'opportunité de généraliser rendu par le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé), elle entre en phase transitoire ou sas de transition. Elle est alors en attente de la transposition en droit commun et n'est plus en phase expérimentale.

⁷⁵ Article 5. I. – Le titre VII du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre III

ainsi rédigé : « CHAPITRE III « MAISONS SPORT-SANTÉ

« Art. L. 1173-1. – I. – Afin de faciliter et de promouvoir l'accès à l'activité physique et sportive à des fins de santé et à l'activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la maison sport-santé assure des activités :

« 1o D'accueil, d'information et d'orientation du public concernant la pratique de ces activités ;

« 2o De mise en réseau et de formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée.

« Les activités et les modalités de fonctionnement et d'évaluation de ces maisons sport-santé sont précisées par

un cahier des charges défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des sports.

« II. – Les maisons sport-santé sont habilitées par l'autorité administrative. Les conditions et les modalités de cette habilitation ainsi que de son renouvellement, son retrait ou sa suspension sont définies par voie réglementaire. »

II. – Les maisons sport-santé en activité avant la publication de la présente loi peuvent continuer leur activité et sont tenues de se mettre en conformité avec le cahier des charges mentionné au I de l'article L. 1173-1 du code de la santé publique avant le 1er janvier 2024.

Ainsi, les MSS s’insèrent au cœur d’une politique portée conjointement par le sport et la santé, et il apparaît essentiel, pour la plupart des acteurs comme pour la mission, de conserver ce copilotage : dans le traitement thérapeutique, on a besoin en amont du monde de la santé et, en aval, du monde du sport pour garantir la qualité et la pérennité de la pratique.

2 L’hétérogénéité des statuts permet l’adaptation à des territoires et des publics variés

L’enquête nationale annuelle du PRN 2S montre une grande hétérogénéité tant des statuts et des structures supports que des périmètres d’intervention.

2.1 Une grande diversité des statuts

Presque les deux tiers des MSS sont des associations, souvent liées au milieu du sport (dont nombre sont liées à des fédérations sportives ou des offices des sports). Près de 20% sont créées au sein de collectivités territoriales (communes, EPCI surtout, diversement engagés à l’échelle nationale). Le nombre de MSS insérées en établissement de santé public (moins de 10%) progresse sensiblement. Il y a, dans tous les cas, un enjeu très fort de mobilisation des collectivités.

Tableau 9 : Les MSS par statut (2024 et 2023)

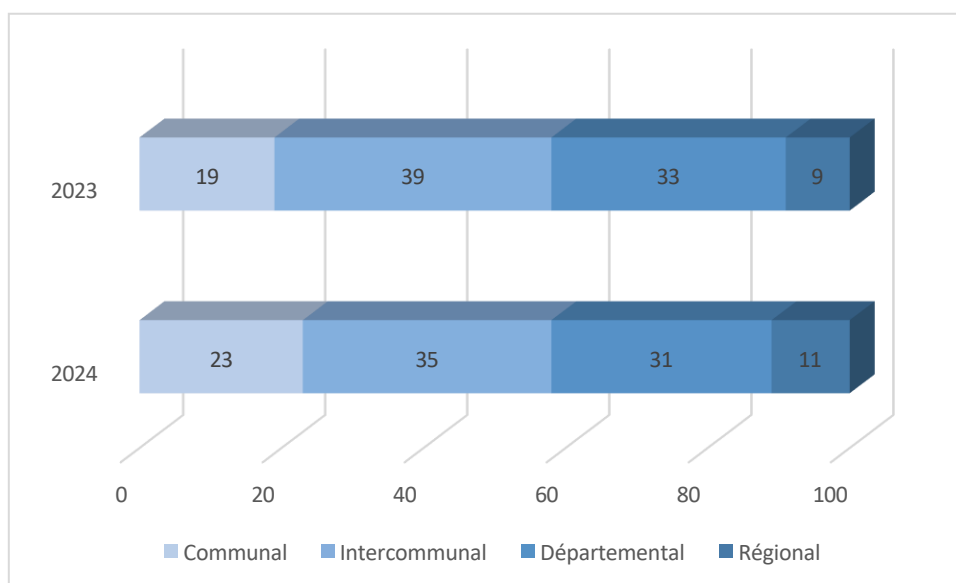
Nature juridique	Nombre 2024 (2023)	% 2024 (2023)
Association loi 1901	292 (265)	61,5% (63%)
Collectivité territoriale	83 (71)	17, 5% (17%)
Établissement public de santé (Centre hospitalier, CHU...)	40 (20)	8% (5%)
Société commerciale	41 (37)	9% (9%)
Autre dont établissements privés de santé, publics (autre que santé), fondation, GIP, SISA	19 (25)	4% (6%)
Total	475 (418)	

Source : PRN 2S, Enquêtes nationales 2023 et 2024.

2.2 Des périmètres d’intervention très variés, souvent dépendants de l’adossement à des collectivités territoriales

En ce qui concerne les périmètres d’intervention des MSS, ils sont en 2024 (et pour 475 MSS ayant répondu à l’enquête) à 21% communal (19% en 2023), à 35% intercommunal (39% en 2023), à 31% départemental (33% en 2023) et à 11% régional (9% en 2023) : il semblerait qu’il y ait une progression de structures avec des périmètres d’intervention plus réduits, rapprochant les MSS de la population (cf. 1.5.1.2 en ce qui concerne les géographies prioritaires, Quartier politique de la ville et France ruralités revitalisation).

Tableau 10 : Les périmètres territoriaux d'intervention des MSS en 2023 et 2024 (%)

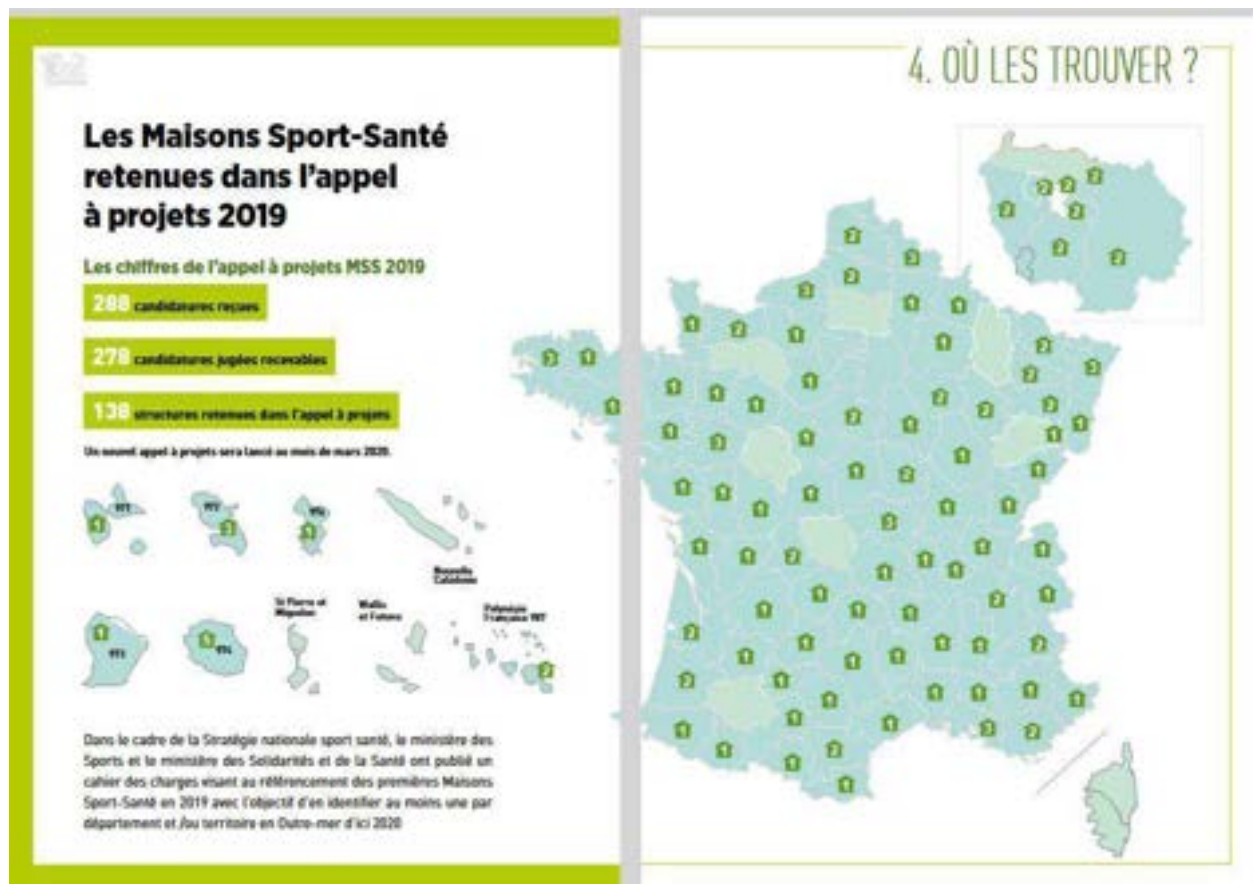


Source : PRN 2S, Enquêtes nationales 2023 et 2024⁷⁶.

⁷⁶ Les données arrondies à l'unité aboutissent à un total de 98% en 2024.

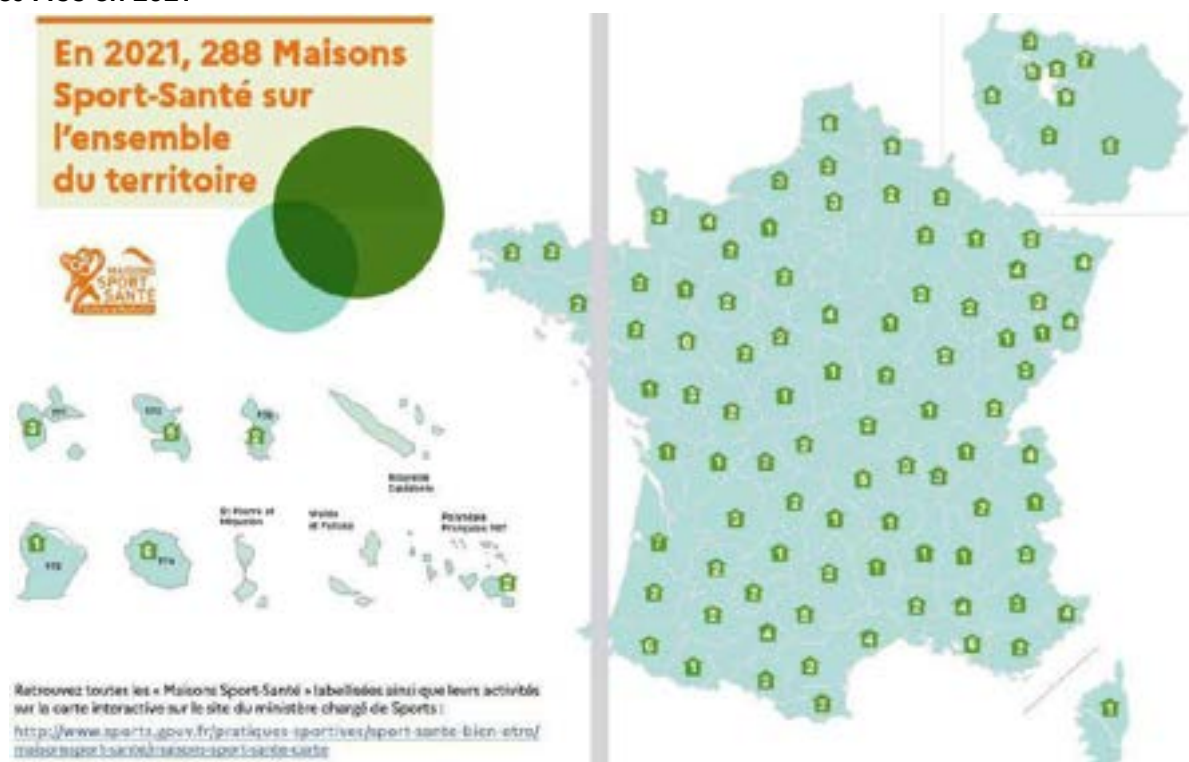
ANNEXE 2 : Cartographie : le développement et l'implantation du réseau des MSS et son lien à la démographie départementale et régionale

Cartographie initiale : 1^{er} appel à projet (2019)



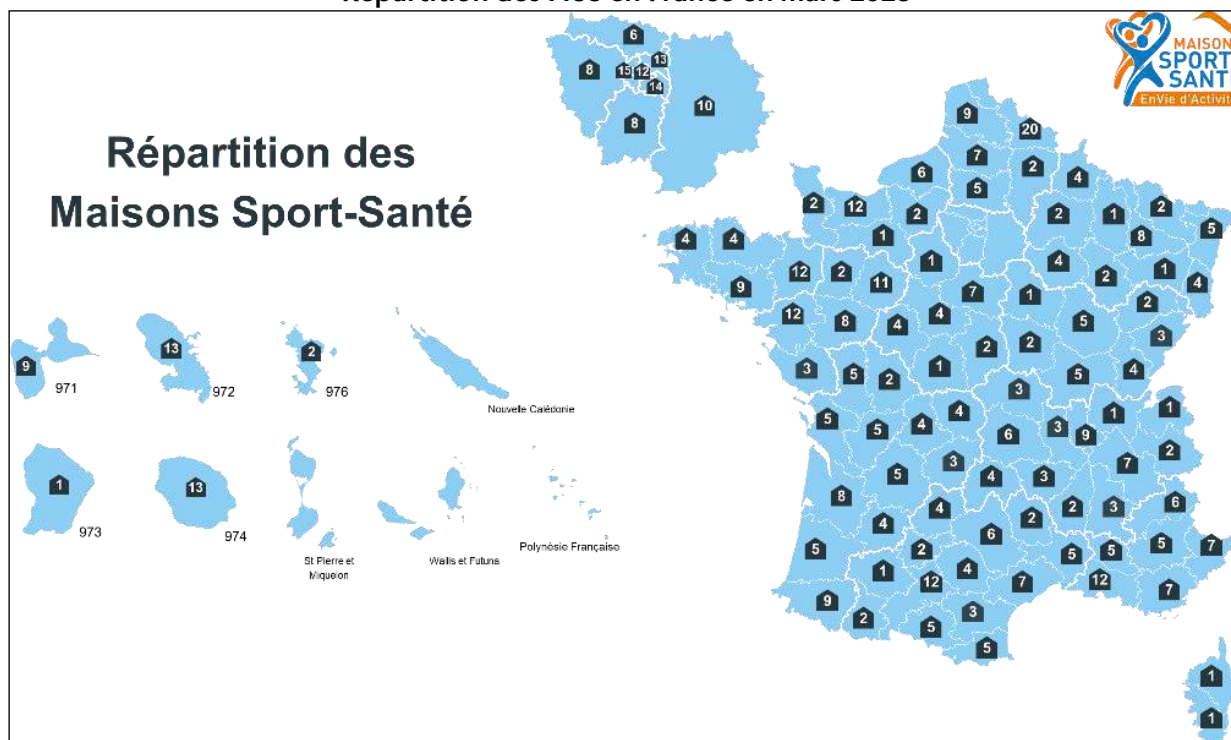
Les Maisons sport-santé, dossier de presse, ministère des solidarités et de la santé, ministère des sports, 2019 (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/maisonssportsante_dp.pdf).

Les MSS en 2021



Les Maisons Sport-Santé, Un outil de santé publique, Dossier de presse, gouvernement, 2021
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_maisons_sport_sante_2021.pdf

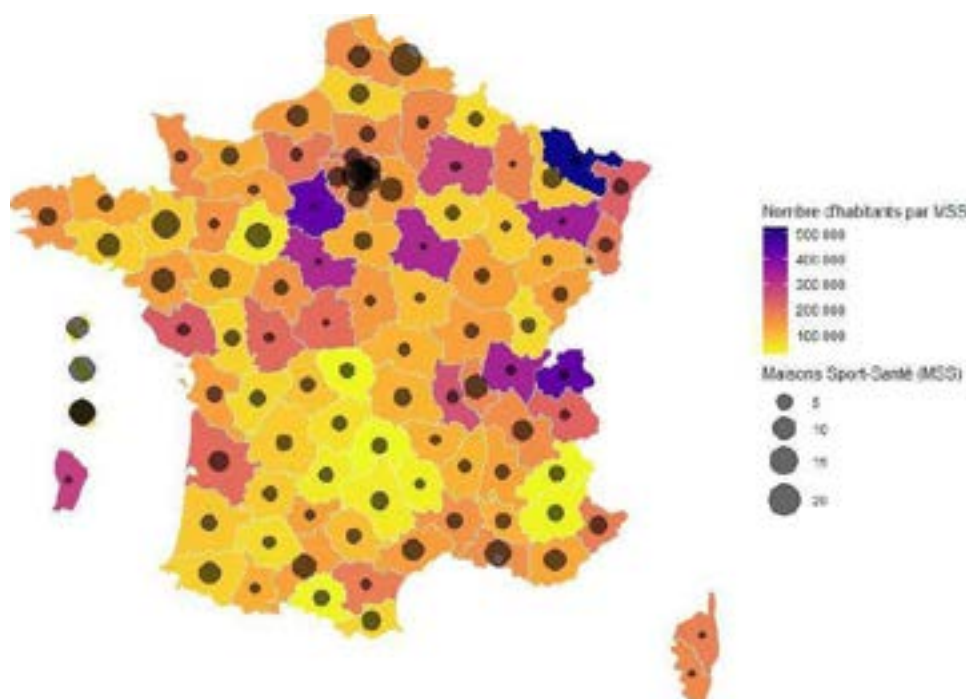
Répartition des MSS en France en mars 2025



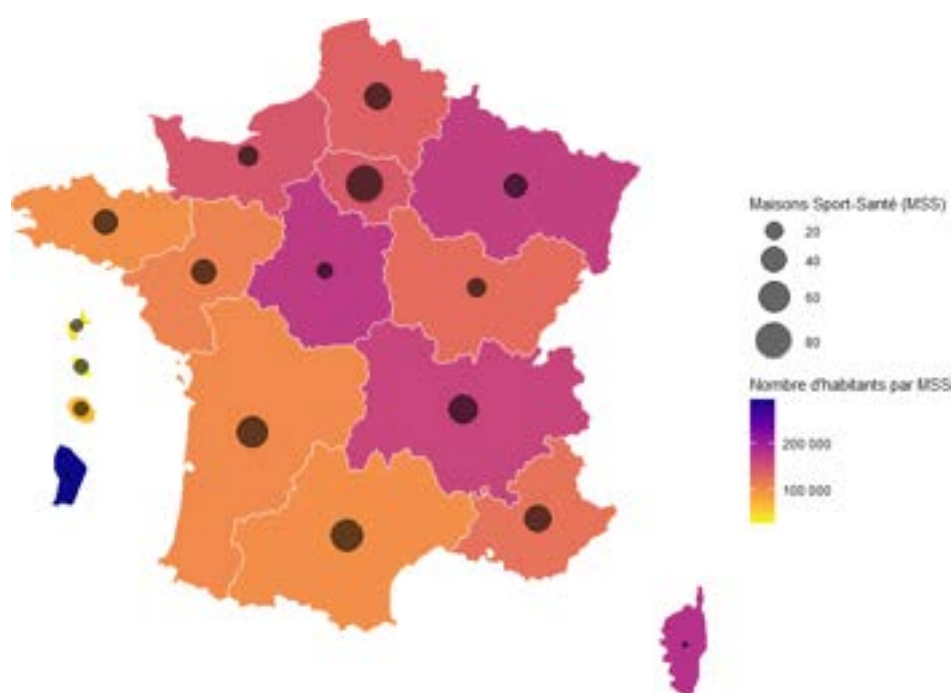
Source : PRN 2S, mars 2025.

Carte actualisée disponible sur <https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

Nombre d'habitants par MSS par département (2024)⁷⁷



Nombre d'habitants par MSS par région (2024)



Cartes établies par le Pôle DIAN, IGESR

⁷⁷ Mayotte manque sur ces cartes, faute d'avoir de fonds de carte incluant ce département dans un format permettant de placer l'île à côté de l'hexagone. Mayotte : Nombre de MSS : 2 ; habitants 2025 : 329 282 ; habitants par MSS : 164 641.

ANNEXE 3 : Les effecteurs d'APA, entre discordances réglementaires et formation hétérogène

1. Les effecteurs d'APA : discordance entre les préconisations de la Haute autorité de santé et les textes des ministères de la santé et des sports.
2. Les EAPA, formés par l'université
3. La contribution à l'APA d'éducateurs sportifs diversement formés

1 Les effecteurs d'APA : discordance entre les préconisations de la Haute autorité de santé et les textes des ministères de la santé et des sports

- Selon le code de la santé publique ([article D1172-2⁷⁸](#)), l'APA est dispensée par :

« 1° Les professionnels de santé mentionnés aux articles [L. 4321-1](#), [L. 4331-1](#) et [L. 4332-1](#) (masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) ;

2° Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation (licence et master mention STAPS, parcours APA-S) ;

3° Les professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique adaptée aux patients atteints d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique, ou présentant des facteurs de risque, ou en perte d'autonomie : 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 professionnelles⁷⁹, 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 ;

4° Les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 et garantissant la capacité de

⁷⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047381379

⁷⁹ L'arrêté du 9 mars 2020 modifié par celui du 21 mai 2025 art. 1 fixe « la liste des certifications antérieurement inscrites à l'annexe II-1 de l'article A. 212-1 du code du sport permettant l'encadrement des activités physiques ou sportives contre rémunération et modifiant le code du sport » : une très longue liste qui mentionne quelques exclusions ponctuelles (« groupes constitués de personnes ayant un handicap physique ou sensoriel, une déficience intellectuelle ou un trouble psychique » ; ou « pratiques compétitives ») mais ne spécifie rien en ce qui concerne l'activité physique adaptée.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000049761925/2025-07-31/>

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 » (cette liste a été renouvelée par arrêté le 12 juin 2025⁸⁰).

- Le cahier des charges des MSS⁸¹ renvoie précisément à cet article D1172-2 du code de la santé publique : les « évaluations » doivent être « réalisées par des intervenants qualifiés [...] : professionnels de santé (médecins, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens), enseignants en APA, éducateurs sportifs formés, personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée fixée par arrêté conjoint santé et sport ».
- Néanmoins, dans ses *Recommandations de bonnes pratiques*, la HAS (qui émet des préconisations mais n'est pas une autorité normative) suggère de réduire le spectre des effecteurs d'APA aux « professionnels de l'APA », masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens, qui sont des professionnels de santé, ou enseignants APA-S qui ne sont pas des professionnels de santé, mais sont titulaires au minimum d'une licence mention sciences et techniques des activités physiques et seraient exclus les éducateurs sportifs titulaires d'une certification du ministère des sports.

2 Les EAPA formés par l'université

- Formation

Le concept d'APA a été officiellement reconnu dans la filière STAPS en 1992. La mention APA est apparue sur les diplômes de la filière STAPS en 1999. La mention APA-S est apparue en 2006-2007.

L'enseignant en activité physique adaptée (EAPA) est titulaire d'une licence STAPS APA-S (bac +3, diplôme de niveau 6) proposée en 2025 dans 59 unités de formation et de recherche (UFR) STAPS (avec une spécialisation progressive en APA-S à partir de la deuxième année). Il est en mesure de proposer des activités physiques adaptées aux personnes en situation de maladie chronique, de trouble de santé ou à risques, de vieillissement, de handicap ou ayant des difficultés d'insertion sociale. Une partie de ces EAPA poursuit en master STAPS mention APA-S (existant en 2025 dans 36 UFR, niveau 7).

- EAPA et EAPA coordinateur

À l'issue d'un travail commencé en 2019, la Société française des professionnels (SFP) des APA, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) et d'autres acteurs ont établi des fiches métiers de l'EAPA et de l'EAPA coordinateur, titulaire d'un master, indiquant clairement depuis 2023 les activités et missions de ces deux professions⁸². Aujourd'hui, dans les universités, les UFR STAPS ont formé quelque 20 000 EAPA. Ces formations sont devenues attractives au sein des STAPS⁸³ (où le

⁸⁰ Arrêté du 12 juin 2025 fixant la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée en application du 4° de l'article D. 1172-2 du code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000051864368/2025-07-10/>

⁸¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047558874>

⁸² Le statut des EAPA est régulièrement source d'interrogations publiques, comme dernièrement avec la Question écrite n° 3925 à l'Assemblée nationale sur le « Statut public harmonisé pour les enseignants en activité physique adapté », 17^e Législature, Publication de la question au Journal Officiel du 11 février 2025, page 624 Publication de la réponse au Journal Officiel du 27 mai 2025, page 3879.

⁸³ À l'université Paris Cité, par exemple, la L3 APA-S a doublé de volume en 5 ans.

choix de la spécialisation se fait en fin de première année), parce qu'il y a une employabilité visible, des conditions de travail moins complexes que pour beaucoup de métiers du sport ; et, surtout, elles ont un coût modique (si on les compare avec une formation en masso-kinésithérapie).

- Effectifs

En 2023, les effectifs nationaux de la licence 3 APA-S étaient de 677 étudiants (639 en formation initiale soit 94%, 34 en formation continue (5%), 2 en validation des acquis de l'expérience (VAE) et 2 en contrats d'apprentissage⁸⁴ : ces trois dernières catégories manifestant des progressions possibles. 67% poursuivent ensuite leur formation. Et le créneau sport-santé est de très loin leur premier débouché : selon les statistiques de l'association des directeurs d'UFR STAPS (C3D STAPS), 62% s'insèrent dans le secteur « du sport et de la santé (secteur médico-social, secteur sanitaire...) »⁸⁵.

- Emploi

Quoi qu'il en soit, la demande d'EAPA (comme d'éducateurs sportifs formés à l'APA) est en constante augmentation. Pour les MSS et les hôpitaux notamment (où leur rémunération est moins élevée que celle des kinésithérapeutes), les Instituts médico-éducatifs (IME), les Instituts médico-sociaux (IMS), les EPHAD, mais on voit émerger aussi une nette demande du secteur marchand. Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) accompagne cette dynamique, en lien notamment avec l'association des directeurs d'UFR STAPS (C3D) qui suit avec grand intérêt le déploiement des débouchés de la licence STAPS APA-S.

3 La contribution à l'APA d'éducateurs sportifs diversement formés

Pour le ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative (MSJVA), s'ajoute néanmoins aux deux catégories précédentes une autre catégorie d'effecteurs d'APA : les éducateurs sportifs.

Ils seraient aujourd'hui environ 600 à travailler dans les MSS (sur un total de plus de 203 000 éducateurs sportifs).

- La diversité des formations

Issus des formations reconnues par ce ministère, ils peuvent être de niveau 4 (baccalauréat), titulaires d'un brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) ; de niveau 5 (baccalauréat +2), titulaires d'un diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS) ; voire de niveau 6 (baccalauréat +3), pour ceux ayant suivi la spécialisation « perfectionnement sportif » assortie d'une spécialité comme, par exemple, activités physiques et sportives adaptées (diplôme d'État supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, DESJEPS).

Un arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD donnait une liste des formations de 34 fédérations⁸⁶. Mais cette liste est rapidement tombée en désuétude. Le ministre des sports, de la jeunesse et de la vie associative et le ministre

⁸⁴ Parmi les diplômés 61% de femmes contre 39% d'hommes.

⁸⁵ C3D STAPS, Effectifs et insertion professionnelle des étudiants en STAPS mention APA (document fourni par la C3D).

⁸⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037658253>

auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins ont publié en juin 2025 un nouvel arrêté : il inclut une liste actualisée des options complémentaires de 69 diplômes fédéraux de 42 fédérations permettant d'encadrer l'APA pour des « personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique » « ne présentant pas de limitations fonctionnelles ou présentant des limitations fonctionnelles minimales »⁸⁷.

- Une profession réglementée

Les éducateurs sportifs constituent une profession réglementée où chacun est en principe capable d'exercer devant tout public⁸⁸. S'il existe de très nombreuses certifications complémentaires associées aux diplômes délivrés par le MSJVA et destinées à adapter les compétences de leurs titulaires aux spécificités des publics accueillis, ces certifications complémentaires ne renvoient pas toutes à une obligation réglementaire. On perçoit bien les différences notables entre préconisations de la HAS, code de la santé publique et encadrement réglementaire du MSJVA.

Les certifications complémentaires (de contenus et durées variables mises en place en particulier par les fédérations sportives) acquises par ces éducateurs constituent un cadre complémentaire réglementairement non indispensable à la pratique du sport-santé, destiné notamment à renforcer la confiance des médecins prescripteurs, mais considéré par beaucoup comme indispensable pour la pratique de l'APA⁸⁹. Si une partie des professionnels de santé rencontrés par la mission considère que l'accompagnant de pratique d'APA par des éducateurs sportifs doit être restreinte aux personnes sans limitation fonctionnelle ou avec des limitations modérées, les avis divergent, y compris du côté du corps médical, sur la préparation nécessaire pour accompagner de l'APA. En ce qui concerne les éducateurs sportifs, la plupart des médecins entendus par la mission plaident pour une uniformisation, conséquente en horaire, de leur formation⁹⁰.

⁸⁷ Publié au JORF n°0158 du 9 juillet 2025, l'arrêté du 12 juin 2025 fixe la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée en application du 4° de l'article D. 1172-2 du code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000051864368/2025-07-10/>.

⁸⁸ Code du sport, art. A212-1, Annexe II-1. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043176795/

⁸⁹ Pour des représentants de la C3D STAPS, les éducateurs sportifs qui ont un DEJEPS peuvent entrer en licence, si les collègues les acceptent. Et la VAE et la VAP doivent de même fonctionner.

⁹⁰ Principale voix discordante entendue par la mission, un médecin (spécialiste et conseiller en DRAJES) considère qu'une « formation générale hyper simple » suffirait : « pour une pathologie donnée connaître 3 mots clés, 3 choses à savoir : avoir une connaissance de la maladie très simple ». Il estime que 90h de formation par telle fédération après un brevet d'État, c'est « un peu costaud » et que cela pourrait être diminué. À l'inverse, des représentants de la C3D STAPS considèrent que les Éducateurs sportifs pourraient venir se former en STAPS, envisageant une année de formation, soit 500 heures, loin au-dessus du projet du ministère des sports avec ses 170 heures sur lequel ils disent ne pas avoir été consultés.

4 Des ressources humaines très variées selon le type ou la localisation des MSS

Le nombre d'emploi des MSS (salariés et prestataires de service) augmente continuellement. En 2023, les 2/3 (66%) des MSS avaient des emplois en interne et cela représentait au total 2 050 emplois ou pour un total de 1 455 équivalents temps plein (ETP). En 2024, ce sont en interne 2 166 ETP dont 66% de professionnels du sport et de l'APA, 9% de professionnels de santé et 25% de coordination, administration et communication ; et en externe, 1 104 ETP dont 50% de professionnels du sport et de la santé, 31% de professionnels de la santé et 19% de coordination, administration et communication.

Les EAPA occupent dans les MSS les emplois de coordination (souvent ils sont titulaires d'un master APA-S) ou de réalisation de prestations d'APA. La question de leur positionnement dans les grilles de salaire (qui renvoie en particulier à celle du statut, cf. 2.2.3) a été posée à de nombreuses reprises lors des entretiens conduits par la mission, dès lors notamment qu'un EAPA exerce, par exemple, dans une structure de santé : l'EAPA existe, par exemple, aujourd'hui dans les grilles de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou des Hospices civils de Lyon.

Les éducateurs sportifs, avec des formations complémentaires sport santé très variées et en attente d'un calibrage national, complètent le dispositif des effecteurs.

La fragilité des financements conduit à la signature de contrats à durée déterminée, même si de nombreuses MSS essaient de mettre en place des contrats à durée indéterminée. Il existe des EAPA et des éducateurs sportifs qui sont prestataires de service des MSS et à temps partiel.

Au sein des MSS, il y a très peu de compétences médicales. La mission estime qu'il n'y en a pas nécessairement besoin et que, en tout état de cause, ni la démographie médicale, ni les moyens financiers des MSS ne permettent de l'envisager.

ANNEXE 4 : Les MSS : une offre de services qui répond à des besoins réels de la population

1. Le parcours de l'utilisateur
2. Les publics des MSS

1 Le parcours de l'utilisateur

Un parcours bien structuré et partagé

Il y a tout d'abord, l'accueil et le bilan de condition physique, cet élément stratégique de la prévention, du dispositif des MSS et du déploiement de l'APA. La mise en place des bilans (initiaux, après 3, 6 et 12 mois) est généralisée. Ils sont pratiqués de manière assez normée (avec une durée variable selon les structures, mais d'environ 45 minutes en moyenne). De ce que la mission en a vu sur le terrain et du traitement que, par exemple, peut faire l'ONAPS des données alors recueillies, l'ensemble (accueil et bilan) apparaît satisfaisant.

Les MSS privilégient l'accueil physique mais l'établissement de liens à distance, via des plateformes d'accueil est également prévu par les statuts des MSS : en 2024, 452 MSS proposent ainsi un accueil physique, 113 un accueil dématérialisé et 624 antennes sont recensées ; 54 MSS disposent en outre d'une structure mobile souvent utilisée en milieu isolé ou en Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Comme les antennes, ces structures mobiles rapprochent les MSS de leur public et mettent en œuvre l'« aller vers »⁹¹ indispensable pour atteindre tous les publics.

Puis la personne est orientée, en fonction de la prescription et du bilan, vers une activité physique ou sportive (d'emblée ou après un cycle d'APA en MSS) qui lui convient ; et cette orientation, sur la base de critères partagés, ne suscite pas de remarques critiques notables, ni de la part des partenaires médicaux, ni des tutelles, ni des pratiquants rencontrés. Certaines MSS disposent d'outils en ligne performants et actualisés pour proposer si nécessaire une orientation extérieure, d'autres fonctionnent au réseau de connaissances voire à leur expérience *in situ* de ces associations ou clubs. Cette orientation est facilitée lorsqu'il existe des recensements régionaux ou départementaux actualisés, parfois réalisés par des MSS « pilotes », au niveau départemental comme en Centre-Val de Loire ou en AURA, ou infra-départemental, comme les centres Prescri'mouv en Île-de-France.

La prestation d'APA (dans les locaux de la MSS, dans un local tiers souvent municipal et ponctuellement à domicile, notamment en zone isolée, de montagne en particulier) vient ensuite, avec une périodicité d'une à deux séances par semaine. La taille des groupes demeure assez variable, avec parfois une adaptation aux pathologies ou à l'éloignement de la pratique physique (pour des personnes très éloignées sport, l'effectif d'un groupe peut être de 3 à 4 personnes, dans certains cas avec 2 EAPA ; pour les autres de 10 à 15). Il existe certaines MSS, minoritaires, où la pratique individuelle encadrée domine, soit en raison du petit nombre de personnes dans un lieu

⁹¹ Cf. par exemple <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-458-decembre-2021>.

donné, si l'effecteur d'APA se déplace, soit pour satisfaire une patientèle qui ne souhaite ou ne peut pas participer à des activités de groupe. Les séances observées, généralement au hasard des visites, manifestent les évidents besoins en matière de mobilité et d'activité physique adaptée des personnes accompagnées et l'adaptation des séances à la diversité des participants.

L'orientation secondaire, en aval des MSS, vers des programmes sport santé bien-être ne pose pas de difficultés notables. Les responsables de MSS et les effecteurs d'APA sont généralement bien préparés à accompagner les personnes, du cocon que représente l'APA en MSS (ou pratiqué par les MSS dans divers sites pour mailler le territoire) vers cet « extérieur » où le mot « sport » effraie parfois. Certaines MSS ont des effecteurs d'APA exerçant aussi en association ou en club, ce qui facilite la transition. À noter que cette orientation postérieure n'est pas toujours possible, quand il s'agit de certaines pathologies ou dans le cadre du vieillissement (ARS et DRAJES ont connaissance de ces cas spécifiques conduisant à certains « maintiens » en APA au sein des MSS).

Les MSS proposent tout ou partie de ce parcours

Certaines MSS, peu nombreuses, concentrent leur activité sur la réalisation de bilans de condition physique des personnes qui leur sont adressées par des professionnels de santé et leur orientation vers d'autres structures réalisant de l'APA ; au total, quelque 100 000 bilans sont réalisés chaque année. D'autres (le plus grand nombre) proposent elles-mêmes des activités adaptées, parfois nombreuses, sur la base d'un plateau technique plus ou moins important. Quelques-unes associent à cette approche sur l'APA d'autres activités, liées en particulier à l'alimentation (diététique) par exemple. Enfin, des MSS proposent des actions de formation en direction des éducateurs sportifs, animent un réseau de partenaires... Toutes sont censées faire de la prévention primaire mais la capacité (disponibilité des personnels des MSS surtout) à le faire est très variable.

Les activités sont très diversifiées et l'accompagnement de l'ARS et de la DRAJES comme la dynamique et la croissance numérique des MSS facilitent des échanges et enrichissent la pratique des effecteurs. La mission a pu constater ces nombreux temps d'échanges (départemental, régional, national) avec de nombreux partenaires, dont le corps médical ou les fédérations sportives, au bénéfice de la prise en charge des personnes.

Lors de ses déplacements, la mission n'a jamais constaté de non-conformité des conditions d'accueil prévues par le Cahier des charges des MSS (« 2.3 Les conditions d'accueil » : « implantation géographique adaptée », « horaires adaptés aux contraintes des différents publics accueillis », « locaux permettant l'accueil des personnes en situation de handicap », « espace adapté pour permettre la confidentialité en cas de besoin »). En ce qui concerne les horaires, par exemple, la mission s'est initialement interrogée sur le peu de créneaux d'APA disponibles en fin de journée et en fin de semaine mais la réponse commune a été qu'il y avait peu de personnes en MSS disponibles pour ou intéressées par ces créneaux, une partie majeure des publics cibles n'étant pas en activité professionnelle. La mission pense toutefois utile d'apprécier plus finement la part, par exemple, des personnes en situation de surpoids et d'obésité qui ont encore une activité professionnelle et qui pourraient être reçues dans les MSS à des horaires compatibles avec leur activité⁹².

⁹² L'existence d'associations spécialisées doit pouvoir contribuer à fournir des éléments de réponse.

2 Les publics des MSS

Les MSS ont un triple enjeu en matière de public :

- 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 ;
- faciliter le recours à l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladie chronique ;
- 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.

Ainsi, le public des MSS rassemble-t-il des personnes avec des problèmes de santé, des facteurs de risque et des difficultés d'accès à l'activité physique.

Si bon nombre de MSS semblent davantage axées sur l'activité physique adaptée (APA) à des fins thérapeutiques, notamment pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, d'autres accueillent des publics plus larges et développent plus des actions de prévention primaire.

Une prise en charge conforme et conséquente, bien suivie par le Pôle ressources national sport santé, bien-être

Depuis le début des MSS (à partir de 2020) :

- plus de 872 000 personnes ont été accueillies, informées et orientées par une MSS ;
- plus 655 000 personnes malades ou éloignées de la pratique physique et sportive ont été prises en charge dans un programme proposé par une MSS dont 445 786 personnes dans le cadre d'un programme en prévention primaire et 209 438 personnes dans le cadre d'un programme en prévention secondaire et tertiaire.

L'enquête nationale annuelle du Pôle ressources national sport santé, bien-être (PRN 2S) de 2024 (475 MSS ont répondu alors que 532 MSS sont habilitées en 2025 ; 418 répondants en 2023 ; les données suivantes sont des estimations établies à partir d'une remontée partielle et donc inférieures à la réalité⁹³) permet de distinguer les types de prise en charge.

En 2024, parmi les 363 306 personnes informées et accompagnées par les MSS (245 125 en 2023),

- 72 568 (20%) sont venues avec une prescription d'APA (53 474 soit 22% en 2023),
- 131 753 (36%) ont bénéficié d'un bilan de condition physique au sein de la MSS (71 706 soit 29% en 2023),
- 116 988 (32%) ont bénéficié d'un bilan motivationnel réalisé par une MSS,
- 264 687 (73%) ont participé à un programme de MSS (196 041 soit 80% en 2023) :
 1. dont 188 979 (52%) à un programme ou une action de prévention primaire (129 453 soit 53% en 2023),

⁹³ Ces statistiques sont issues pour l'essentiel d'éléments déclaratifs remontés par les MSS au national. Comme une partie des MSS n'a pas répondu, toutes ces données ne donnent qu'une estimation et sont inférieures à la réalité.

2. et 75 708 (21%) (66 588, soit 27% en 2023) à un programme d'activité physique adaptée (APA) individualisé ou d'une mesure d'accompagnement en prévention secondaire ou tertiaire⁹⁴,
- 32 811 (9%) ont été orientées (initialement) vers des associations sportives (51 632, 21% en 2023).

La croissance annuelle, bien suivie par le PRN 2S, est importante et manifeste. Et le bilan des personnes accompagnées à l'aune de cette croissance.

Les MSS répondent aux besoins divers et croissants d'une population de plus en plus nombreuse

La mission a pu observer in situ aussi bien la diversité du public accueilli, y compris souvent dans une même MSS, que le maillage progressif du territoire, urbain comme rural.

Des publics touchés en croissance continue

En ce qui concerne les données de santé du public accueilli (2024) :

- 188 979 personnes ont bénéficié d'une prise en charge dans un programme en prévention primaire (sans pathologie déclarée),
- en prévention secondaire ou tertiaire, l'ALD est mentionnée dans 42% des cas, une maladie chronique avec un ou plusieurs facteurs de risques (hors ALD) dans 39%, une situation de perte d'autonomie due au handicap ou au vieillissement pour 14%, la prise en charge dans le cadre d'un programme lié à la santé mentale pour 5%.

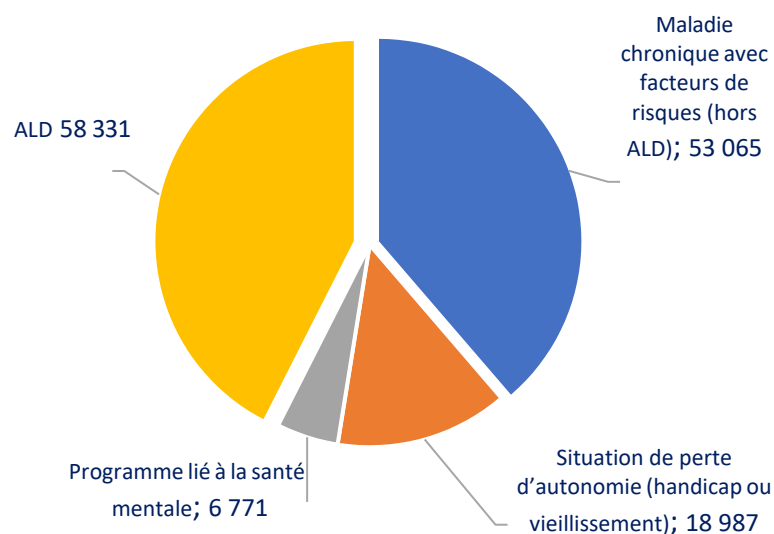
Tableau 11 : Données de santé du public accueilli par les MSS en 2024 (et 2023) hors prévention primaire

Pathologie	Nombre et % des mentions (pas des personnes)			
	2024	% du total	2023	% du total
Maladie chronique avec facteurs de risques (hors ALD)	53 065	39	37 689	33
Situation de perte d'autonomie (handicap ou vieillissement)	18 987	14	23 717	21
Programme lié à la santé mentale	6 771	5	- (a)	
Personnes en ALD dont	58 331	42	53 315	46
- diabète de type 1 et 2	14 233	10	(a)	
- tumeur ou affection maligne	8 180	6	(a)	
- insuffisance respiratoire chronique grave	5 777	4	(a)	
- insuffisance cardiaque grave	5 433	4	(a)	
- affection psychiatrique LD	4 081	3	(a)	
Total des mentions (lignes 1 à 4) (b)	137 154		114 721	

(a) Données non demandées par l'enquête en 2023. (b) Ces totaux correspondent au total des mentions, supérieur au nombre de personnes, une personne pouvant être identifiée dans plusieurs catégories, avoir plusieurs ALD, être en situation de perte d'autonomie et avoir une maladie chronique avec facteurs de risques (hors ALD) comme, par exemple, l'obésité.

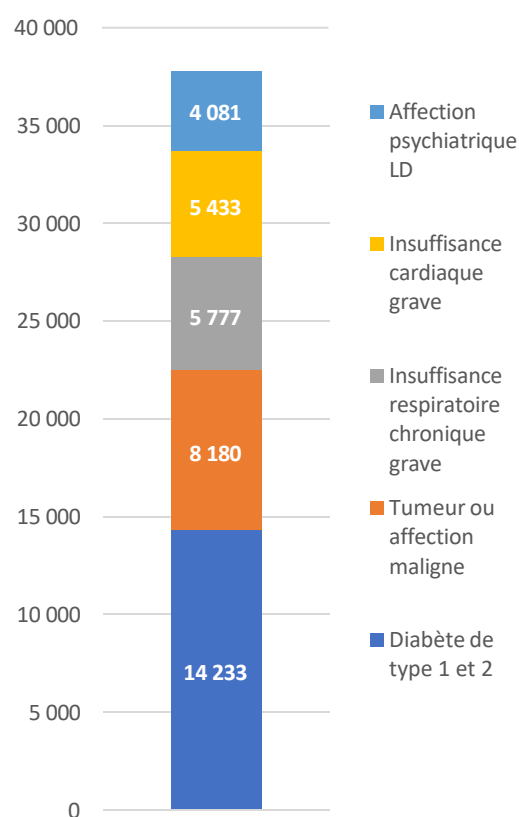
⁹⁴ Rappelons que ces données sont inférieures à la réalité puisque seulement 475 MSS (sur les 532 habilitées au 24-02-2025) ont répondu à l'enquête (PRN 2S, Synthèse de l'enquête 2024 Fonctionnement des maisons sport-santé, https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2025/07/Infographie_enquete_MSS_compressed.pdf).

Graphique 6 : Données de santé du public accueilli par les MSS (nombre de mentions, 2024)



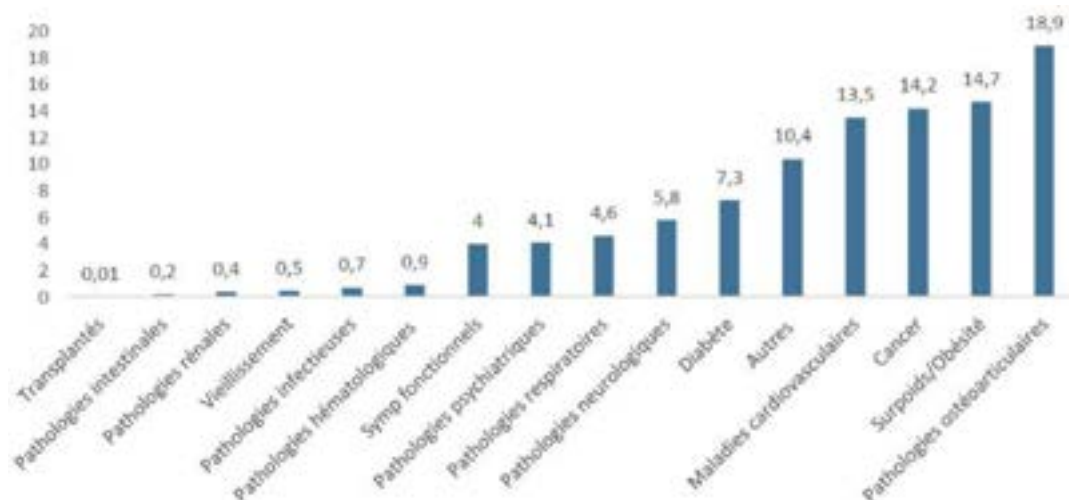
Source : PRN 2S, 2025.

Graphique 7 : Détail des ALD mentionnées pour les personnes accueillies en MSS (2024)



Source : D'après les données du PRN 2S

Graphique 8 : Répartition des bénéficiaires des programmes des MSS selon la raison principale d'accès au programme (%)



Source : ONAPS, 2024, p. 21.

Le rapport d'impact annuel (de grande qualité) de l'ONAPS fournit les détails nécessaires à la bonne compréhension des pathologies accompagnées en MSS⁹⁵.

Des marges de progrès : l'âge et le genre des participants

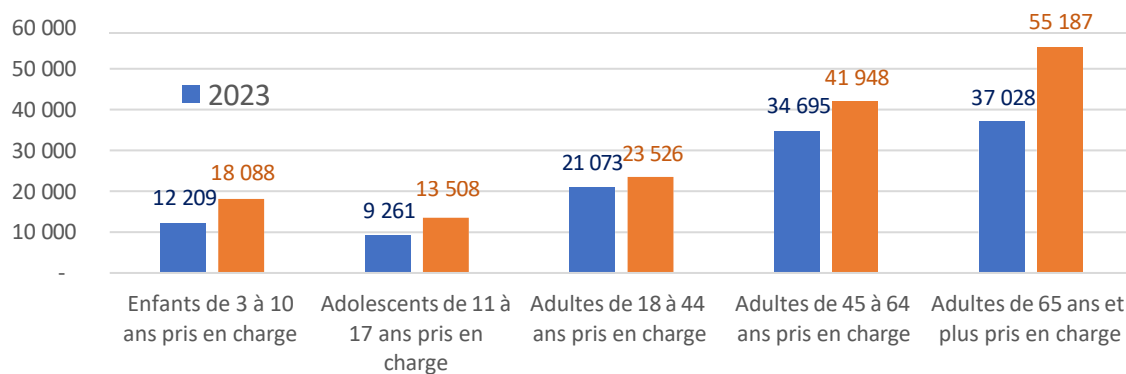
Le public accompagné, de plus en plus abondant et large en matière de besoin ou pathologie, ne doit pas masquer la difficulté à attirer tous les publics : il existe en particulier un déséquilibre important dans la répartition des usagers des MSS, où seniors et femmes prédominent partout, même si c'est de manière un peu variable d'une MSS à l'autre.

Même variable d'une MSS à une autre, la moyenne d'âge du public des MSS est assez élevée et augmente, ce qui n'a rien d'étonnant au vu des pathologies ouvrant à l'APA sur ordonnance et du vieillissement de la population (plus marqué dans certaines régions) : 36% de plus de 65 ans (en augmentation de 3,5 points d'une année sur l'autre) et 64% de plus de 45 ans. Cela correspond à la fois à l'augmentation des capacités d'accueil des MSS et à la diffusion de la fonctionnalité des MSS auprès du public comme auprès des médecins traitants.

Le jeune public ne constitue pas aujourd'hui le cœur du public présent au sein des MSS : il est toutefois bien présent dans les statistiques établies (21% en 2024) et il constitue un indéniable objectif de santé publique auquel les MSS peuvent apporter leur expertise (cf. 2.4.3).

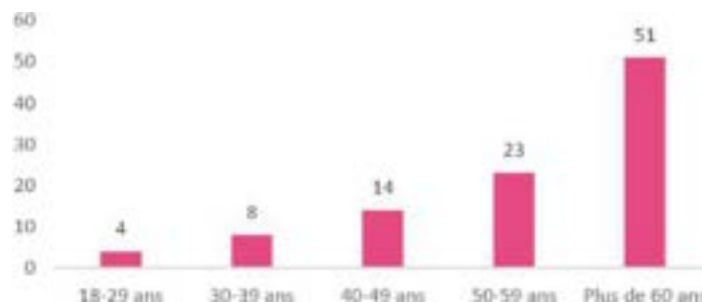
⁹⁵ On note ainsi que c'est parmi les 18-29 ans que l'on trouve le plus de personnes en situation d'obésité « morbide » (25%), suivies des 30-39 ans (20%).

Graphique 9 : L'âge du public des MSS (2023-2024)



Source : d'après données ONAPS et PRN 2S.

Graphique 10 : Les adultes pris en charges par les MSS (%)



Source : ONAPS, 2024, p. 19.

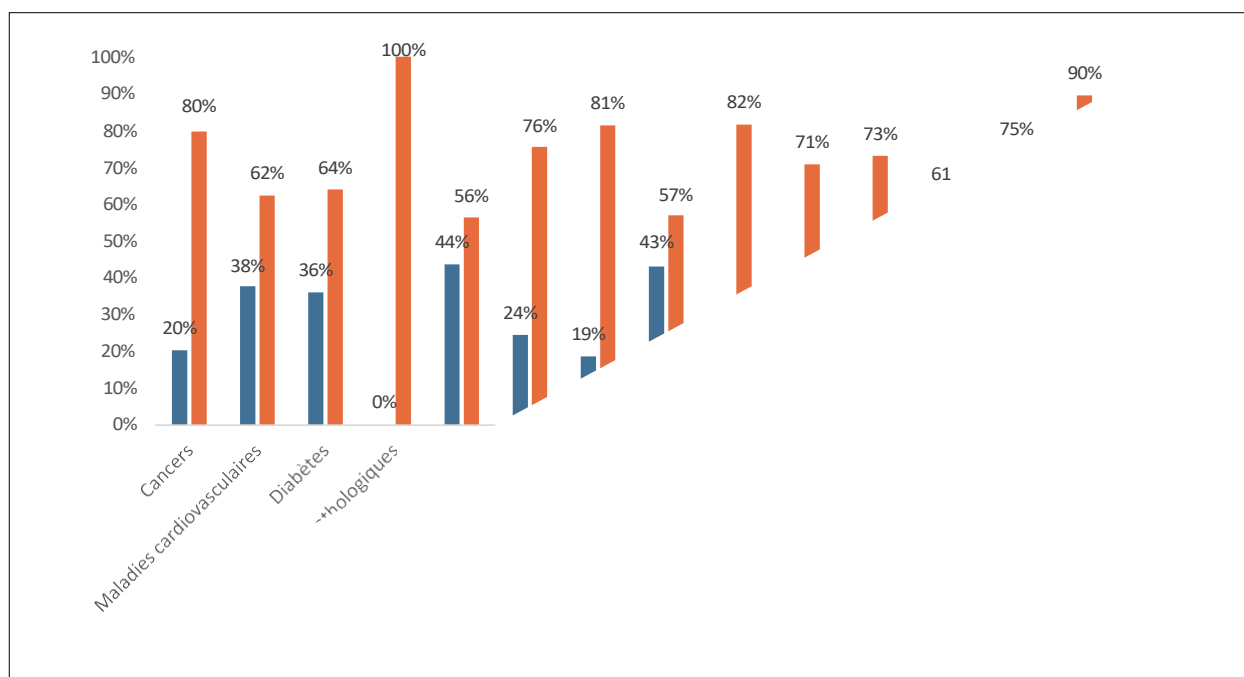
À noter qu'il n'existe pas non plus de différence en fonction de l'âge sur le fait de venir dans une MSS avec une prescription médicale ou non.

Au national, la répartition entre publics féminins et publics masculins (avec ou sans ALD) dans le public des MSS n'est pas toujours précisément cernée (cette donnée mériterait d'être dans le futur mieux connue, partagée et analysée). Selon l'ONAPS, d'après l'échantillon des MSS ayant répondu à l'enquête annuelle, parmi les adultes, 26% sont des hommes et 74% des femmes⁹⁶. Cela correspond aux effectifs relevés lors de la visite de la mission, même avec des variations d'un territoire à l'autre ou d'une MSS à l'autre. Et cette « répartition femmes/hommes ne diffère pas selon l'âge », les femmes représentant au moins 2/3 des bénéficiaires.

La résistance des hommes à s'investir dans ce type de pratique sport-santé encadrée est manifeste, le constat est partagé par tous les acteurs, et ce n'est souvent que lorsque la mobilité est très réduite que les hommes acceptent l'APA, ainsi on passe à côté de l'objectif de prévention pour ce public.

⁹⁶ ONAPS, Évaluation d'impact des maisons sport-santé sur les bénéficiaires, 2024, p.19.

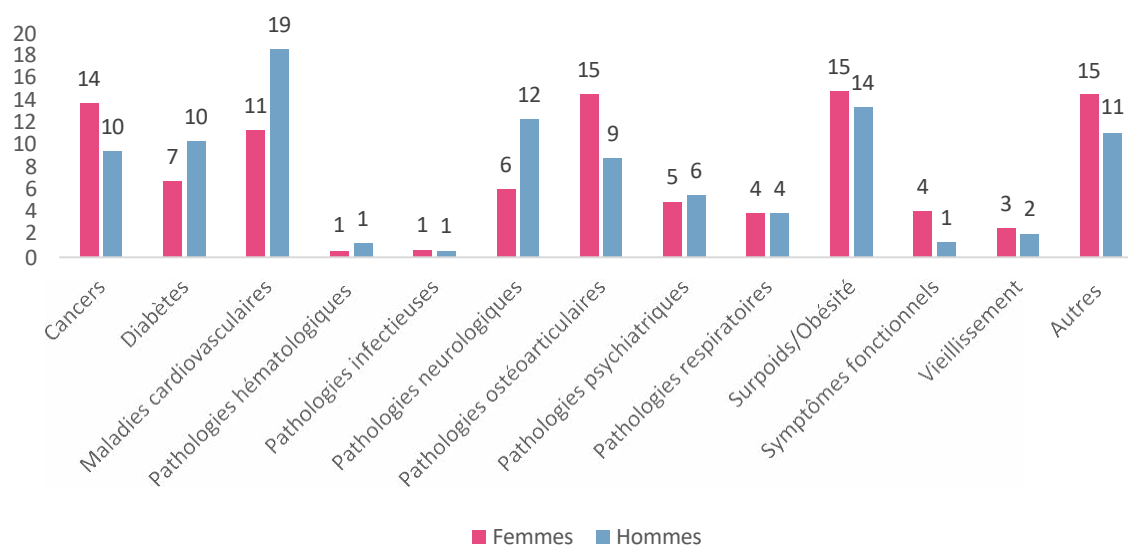
Graphique 11 : Hommes et femmes parmi le public des MSS (bénéficiaires accueillis dans les MSS et intégrés dans la mesure d'impact⁹⁷).



Source : ONAPS, Enquête 2025.

Selon le genre, les raisons qui poussent les femmes (ou leurs prescripteurs) à venir vers les MSS diffèrent un peu de celles des hommes (et la comparaison des données des enquêtes 2024 et 2025 de l'ONAPS ne manifeste pas de variation notable). Toujours selon l'ONAPS (collecte 2025), il y a ainsi « un pourcentage plus important de femmes qui viennent pour un cancer comme raison principale comparativement au pourcentage d'hommes (14% des femmes contre 10% des hommes), mais aussi pour des raisons ostéoarticulaires (15% des femmes contre 9% des hommes). À l'inverse, un pourcentage d'hommes plus important vient pour des raisons cardiovasculaires (19% des hommes contre 11% des femmes), pour des raisons neurologiques (12% des hommes contre 6% des femmes) et pour du diabète (10% des hommes contre 7% des femmes) ».

⁹⁷ L'échantillon pris en compte inclut tous les bénéficiaires ayant effectué l'évaluation (protocole Onaps) et qui avaient soit une prescription médicale, soit une raison d'accès au programme indiquée dans le logiciel métier.

Graphique 12 : Raison principale d'accès aux MSS selon le sexe (% du total)⁹⁸

Source : ONAPS, Données de l'enquête 2025.

Certaines personnes rencontrées par la mission plaident pour avoir dans certains domaines des MSS plus expertes, en ce qui concerne les jeunes, la périnatalité, les femmes enceintes.

⁹⁸ L'échantillon pris en compte inclut tous les bénéficiaires ayant effectué l'évaluation (protocole Onaps) et qui avaient soit une prescription médicale, soit une raison d'accès au programme indiquée dans le logiciel métier. À noter que le total « femmes » aboutit à 98%, les données ayant été arrondies avant établissement du graphique.

ANNEXE 5 : Infographie de l'enquête 2024 du Pôle ressources national sport santé bien-être sur les MSS



ANNEXE 6 : Éléments de comparaison internationale : sport sur ordonnance, activité physique adaptée et académies de santé

1. Politique internationale et état de la mise en œuvre du sport-santé et de l'APA dans le monde, de l'OMS à l'Union européenne
2. En Allemagne, un système de sport sur ordonnance « rôdé et bien cadré juridiquement, où s'impliquent activement toutes les parties prenantes »
3. Des initiatives décentralisées au Royaume-Uni et en Italie
4. La prescription d'activité physique comme recommandation : les pays scandinaves et le Canada
5. Le dispositif brésilien des *Academias da Saúde* : un modèle antérieur et assez proche des MSS

De nombreux pays occidentaux ont mis en œuvre des dispositifs visant à promouvoir l'activité physique et, en particulier, à développer le sport sur ordonnance. La création en France du dispositif des maisons sport-santé en 2019 s'inscrit d'une part dans la dynamique mondiale des études scientifiques prouvant l'intérêt de l'activité physique en matière de santé, y compris pour des personnes atteintes de maladie chronique, d'autre part, dans le mouvement général dans le monde occidental de développement et d'un encadrement - très variable - du sport-santé. Dans cet espace, il existe une chronologie comparable du développement des dispositifs sport-santé. Et, sans nullement vouloir être exhaustif ici, c'est au nord de l'Europe que s'amorce cette dynamique.

Dans le voisinage de la France (et ce n'est sans doute pas un hasard si la MSS de Strasbourg a été à l'orée du mouvement en France⁹⁹), l'Allemagne a ainsi développé des plans ou recommandations, avec en 2000 *Sport Pro Gesundheit*, en 2008, *In Form* et, en 2014, des recommandations nationales pour l'activité physique et sa promotion : bien encadré, l'activité physique adaptée dite « de réhabilitation » est prise en charge, après accord, par les différentes caisses de sécurité sociale, réalisé au sein d'associations ou centres sportifs labellisés par le Comité olympique, tandis qu'un « document national de référence » établi par les parties prenantes précise les qualifications requises des effecteurs.

Dans la même temporalité, la Suède a mis en œuvre en 2001 un plan « Mettre la Suède en mouvement » et publié (en 2011) des directives nationales (révisées en 2018) ; l'activité physique sur prescription ne donne lieu, sauf exception, à aucune prise en charge ; ce dispositif très décentralisé a plusieurs fois servi de modèle, en Europe et au-delà.

⁹⁹ Promotion de l'activité physique auprès notamment des personnes souffrant de maladies chroniques et personnes âgées fragiles (dispositif Sport Santé sur ordonnance lancé en 2012) puis des enfants et adolescents en surpoids et/ou obèses (dispositif PRECCOSS lancé en 2014).

Au Royaume-Uni, un programme d'orientation vers l'activité physique (*Physical Activity : Exercise referral scheme*¹⁰⁰) défini en 2014 et toujours valide en 2025, encouragé par le *National Health Service*, permet au professionnel de santé de « recommander » une activité physique, orientant le patient à l'échelon local pour 12 séances en moyenne, le coût dépendant de la structure et de l'activité. Au Pays de Galles, le dispositif est assez structuré, avec un programme de 16 semaines, une participation financière notable du patient, mais le financement d'un coordinateur local par collectivité territoriale et d'une centaine d'instructeurs spécialisés et, depuis 2024, un système d'information permettant le suivi du parcours du patient.

En Italie, à l'échelle régionale (compétence santé), se sont développés sport adapté et sport santé au sein de structures publiques ou privées idoines, ayant obtenu l'agrément de la Région et où la pratique est généralement financée par les individus (en Vénétie, des « gymnases de santé » ont été mis en place depuis 2015) ; en Sardaigne, en 2014, un Plan de prévention a été mis en place avec une prise en charge expérimentale initiale.

Au Canada, il existe un programme national avec des structures locales libérales remplissant des missions de prévention par l'activité physique : les professionnels de santé rédigent une recommandation et assurent une supervision. Un réseau associatif rassemble depuis 2007 des professionnels et propose des ressources. Depuis 2015, au Québec, les médecins prescrivent des « cubes » d'énergie.

Au Brésil, depuis 2011 Au Brésil, le programme *Academia da Saúde* (académies de la santé) est mis en œuvre sous l'égide du ministère de la Santé qui finance des emplois et des infrastructures ; cette politique nationale se déploie jusqu'au niveau local et vise la population la plus vulnérable. À la différence de la France, la compétence santé est du ressort des municipalités et communautés communes. Entre 2011 et 2023, près de 4 000 propositions de centres ont été validées et plus de 2 300 sont opérationnels.

Au-delà de ces éléments de chronologie, des distinctions s'affichent : selon le niveau de mise en œuvre (national, régional, communal), selon la signification de la « prescription » (recommandation ou prescription) et l'éventuelle prise en charge financière (inexistante, partielle ou totale)¹⁰¹.

¹⁰⁰ National Institute for Health and Care Excellence, Physical activity: exercise referral schemes, Public health guideline, 24 September 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/ph54/resources/physical-activity-exercise-referral-schemes-pdf-1996418406085>; <https://www.everyoneactive.com/content-hub/health/exercise-referral/> (07-2025).

¹⁰¹ Cette annexe doit beaucoup aux échanges avec Antoine-Noël Racine, maître de conférences à l'UniCA. Qu'il en soit vivement remercié ici.

1 Politique internationale et état de la mise en œuvre du sport-santé et de l'APA dans le monde, de l'OMS à l'Union européenne

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS-WHO) publie des *WHO country profiles* (2024 pour la dernière édition en ligne) permettant d'avoir une idée de ce que chaque pays met en œuvre en matière d'activité physique¹⁰².

L'Union européenne elle-même contribue à valoriser l'activité physique : en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁰³, la Direction générale de l'éducation, de la jeunesse, du sport et de la culture (EAC) réunit ainsi régulièrement le réseau des « points focaux de l'activité physique nationale »¹⁰⁴.

L'OMS et la Commission européenne ont annoncé en 2024 entrer dans une nouvelle phase de leur coopération visant à promouvoir l'activité physique favorable à la santé et à aider les États membres de l'Union européenne (UE) à renforcer leurs politiques et leurs actions en vue d'améliorer la santé de la population, considérant que si tous les habitants de l'UE pratiquaient 2h30 d'exercice d'intensité modérée par semaine, comme le recommande l'OMS, cela permettrait « d'éviter plus de 10 000 décès chaque année [et de] réaliser une économie annuelle de 8 milliards d'euros sur les coûts des soins de santé »¹⁰⁵.

Un consortium international rassemble chercheurs et acteurs de l'activité physique, le Global Observatory for Physical Activity (GoPA)¹⁰⁶ : elle travaille en lien avec l'OMS et publie un état des lieux périodique sur l'évolution des systèmes de surveillance, de la recherche et du développement de politiques publiques de promotion de l'activité physique dans le monde ; le *2nd Physical Activity Almanac*¹⁰⁷ a ainsi été publié en 2021 et la publication du 3^e atlas est annoncée pour septembre 2025, à l'occasion du prochain congrès Health Enhancing Physical Activity (HEPA) Europe (une base de données recensant l'ensemble des politiques de promotion de l'activité physique, collectées par les points de contact de chaque pays, sera alors mise en ligne).

¹⁰² <https://www.who.int/europe/publications/c?healthtopics=3e8f1453-f540-4b68-8bec-df87de3f0b30>

¹⁰³ Cf. WHO (2018), *Promoting physical activity in the health sector: current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region* <https://iris.who.int/handle/10665/345137>; WHO (2020), *Promoting physical activity in workplace: current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region*, <https://iris.who.int/handle/10665/337376> ; WHO (2020), *Promoting physical activity in educator sector: current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region* https://sport.ec.europa.eu/sites/default/files/promoting-physical-activity-in-education-factsheet-2018_ennew.pdf

¹⁰⁴ <https://sport.ec.europa.eu/news/focal-points-network-builds-cooperation-with-world-health-organization-to-promote-physical-activity>

¹⁰⁵ <https://www.who.int/europe/fr/news/item/22-05-2024-who-europe-and-european-commission-join-forces-to-promote-physical-activity>

¹⁰⁶ <https://new.globalphysicalactivityobservatory.com/>

¹⁰⁷ *GoPA! Global Observatory for Physical Activity – 2nd Atlas*, <https://indd.adobe.com/view/cb74644c-ddd9-491b-a262-1c040caad8e3>.

De fait, il existe en Europe un réseau lié à l'OMS : HEPA (European network for the promotion of health-enhancing physical activity)¹⁰⁸ qui se réunit une fois par an et constitue un observatoire, un forum permettant de croiser les expériences ou d'échanger un peu sur les impacts médico-économiques de l'activité physique¹⁰⁹.

À la connaissance de la mission et des spécialistes consultés, il existe dans le monde occidental quelques dispositifs de promotion voire de prise en charge du sport sur ordonnance. L'Allemagne a ainsi, plus tôt que la France, généralisé ce dispositif. Mais le seul dispositif au déploiement national comparable aux maisons sport-santé est plutôt à rechercher au Brésil.

2 En Allemagne, un système de sport sur ordonnance « rôdé et bien cadré juridiquement, où s'impliquent activement toutes les parties prenantes »

Depuis 2008 et la création du dispositif « In Form » et surtout 2014, avec les recommandations nationales pour l'activité physique et sa promotion, l'Allemagne a notamment mis en œuvre un accompagnement et un encadrement du sport adapté dit « de réhabilitation ». Le développement qui suit emprunte à deux sources principales dont ce texte est très largement débiteur¹¹⁰.

Le sport sur ordonnance

En Allemagne, la prescription d'activité physique (*Bewegung*) ou de sport par un médecin est une pratique courante aussi bien à visée thérapeutique que préventive¹¹¹. C'est généralement le médecin traitant qui prescrit. « Un formulaire spécifique valant ordonnance et demande de prise en charge financière a été élaboré conjointement par la Fédération des caisses d'assurance-maladie et l'Association fédérale des médecins conventionnés. Le formulaire rempli par le médecin doit porter mention du diagnostic, du motif et de l'objectif des mesures de réadaptation par le sport, de la durée souhaitée et de recommandations sur le type d'activités appropriées ». « La base de la prescription d'activité physique est bien identifiée dans la législation fédérale. Le

¹⁰⁸ [https://www.who.int/europe/groups/hepa-europe-\(european-network-for-the-promotion-of-health-enhancing-physical-activity\)](https://www.who.int/europe/groups/hepa-europe-(european-network-for-the-promotion-of-health-enhancing-physical-activity))

¹⁰⁹ Parmi les membres français : U.F.R. STAPS Université de Lorraine; Société française de santé publique (SFSP); UFR3S - Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) Université de Lille; Université Côte d'Azur, Graduate school of Health Science Ecosystems (HEALTHY); Université de Pau et des Pays de l'Adour (STAPS); Sorbonne Université. Il y a toutefois assez peu d'échanges sur le sujet car trop peu d'études sont publiées.

¹¹⁰ Ce développement sur l'Allemagne procède de deux sources initiales : WHO (2018), *Promoting physical activity in the health sector: current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region* <https://iris.who.int/handle/10665/345137>; et, plus encore, une note du Sénat contemporaine de la création des MSS : « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat <https://www.senat.fr/lc/lc288/lc2881.html> (La Division de la Législation comparée du Sénat a réalisé entre mars et juin 2019 des études dont celle-ci sur la prescription médicale d'activité physique et ses conditions de prise en charge par les assurances sociales en Allemagne, au Canada, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède à la demande de M. Savin, sénateur). Nous avons actualisé certaines données.

¹¹¹ Article 64 du IX^e livre du code de la sécurité sociale, complété par les articles 42 et 43 : les personnes menacées par l'apparition d'un handicap ou souffrant de maladies chroniques et recevant un traitement médical à ce titre bénéficient des mêmes prestations complémentaires que les personnes handicapées.

régime juridique est complété par les règles posées par les organismes de sécurité sociale et décliné dans des dispositifs régionaux »¹¹².

Parmi ces prestations complémentaires, « le sport de réadaptation (*Rehabilitationssport*) en groupe, prescrit par un médecin et réalisé sous suivi et supervision médicale, y compris pour des femmes et jeunes filles handicapées ou menacées d'un handicap pour renforcer leur estime personnelle » ; et « l'entraînement fonctionnel (*Funktionstraining*) en groupe sous la direction et la supervision de professionnels compétents ».

La prise en charge des bénéficiaires

Le bénéfice de ces prestations complémentaires est un droit pour toute personne qui en remplit les conditions médicales. Sous réserve d'un accord préalable, elles sont prises en charge financièrement, sans coût pour le patient, par les différentes caisses du système de sécurité sociale. Toutefois, la prise en charge nécessite le respect d'une procédure spécifique et elle est limitée dans le temps en fonction des objectifs médicaux à atteindre : des valeurs de référence pour la durée totale du traitement et le nombre de séances sont prévues. Selon la situation du patient peuvent intervenir l'assurance-maladie, le régime général des retraites ou le régime agricole, le système d'indemnisation des victimes de guerre ou la protection contre les accidents du travail. Les dispositions légales sont complétées et leur mise en œuvre explicitée par un accord-cadre sur le sport de rééducation et l'entraînement fonctionnel, signé par les différents acteurs réunis en un groupement fédéral comme il est courant en Allemagne pour la conduite d'une politique publique. La dernière version semble dater, à la connaissance de la mission, de 2011 et remplace le précédent accord de 2003.

Une labellisation des lieux de pratiques dès 2000 par le mouvement sportif

En complément de la prescription et de ce système de financement, un label a été mis en place au niveau fédéral (« *Sport Pro Gesundheit* »¹¹³) par le Comité olympique allemand (Deutscher Olympischer Sportbund, DOSB) en 2000, lequel en 2025 insiste sur les critères qualitatifs¹¹⁴. Pour être labellisés, les clubs doivent atteindre des objectifs et respecter des critères de qualité. Le DOSB développe également des recommandations pour créer au sein des clubs sportifs un environnement favorable à la santé et qu'ils deviennent des espaces de conseil sur l'activité physique. Les initiatives comprennent le déroulé de l'activité physique (*Bewegung*), qui intègre des recommandations écrites d'activités physiques adaptées, le mouvement contre le cancer (« *Bewegung Gegen Krebs* », initiative fédérale, soutenue par la Deutsche Krebshilfe, le DOSB et la Deutsche Sporthochschule Köln¹¹⁵), qui favorise l'activité physique pour la prévention, ainsi que des parcours de plein air (« *Platzwechsel* ») accessibles gratuitement, en partenariat avec des sportifs, des caisses de santé et des collectivités.

Les activités physiques prescrites par le médecin et prises en charge par les caisses d'assurance-maladie se déroulent en principe au sein de groupes de sport de réadaptation installés dans des organismes affiliés à la Fédération allemande du handisport (Deutschen Behinderten-Sportverband - DBS), aux différentes fédérations sportives régionales ou à la Société allemande de prévention et de réadaptation pour les maladies cardiaques (*DGPR*). Les associations sportives locales sont les prestataires de services les plus courants.

¹¹² « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat.

¹¹³ <https://service-sportprogesundheit.de/> (06-2025).

¹¹⁴ <https://service-sportprogesundheit.de/148/sportprogesundheit> (07-2025).

¹¹⁵ <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebs-vorbeugen/bewegung-und-krebs/bewegung-gegen-krebs/> (07-2025).

Le Comité olympique allemand (DOSB) met en ligne une « Carte de l'activité physique » et sportive (BewegungsLandkarte - BeLa)¹¹⁶, plateforme fédérale en ligne permettant de rechercher et de trouver des programmes sportifs et d'exercices. Les programmes certifiés *Sport Pro Gesundheit* sont automatiquement publiés sur BeLa et les clubs sont invités à proposer l'ajout de programmes adéquats¹¹⁷.

La mise en place de groupes de sport de réadaptation est soumise à la délivrance préalable d'un agrément par les fédérations régionales du handisport dépendant de la DBS, ou par les représentants régionaux de la DGPR pour le sport à destination des malades cardiaques. L'agrément peut également être délivré par les caisses d'assurance sociale ou par le groupement rassemblant au niveau régional tous les acteurs institutionnels concernés (caisses, fédérations). L'octroi de l'agrément répond à des critères unifiés. L'établissement support de la prestation dépose une demande de constitution de groupes de sport de réadaptation et fournit une série de renseignements sur l'établissement lui-même et son affiliation à une fédération, sur les thérapeutes/entraîneurs (noms, qualifications, formations complémentaires, licence d'exercer), sur les conditions matérielles d'exercice (lieux, équipements), sur la taille et la composition du groupe de patients, sur l'assurance contre les accidents, sur le suivi et la supervision médicale (nom et déclaration du médecin responsable et présent ou à disposition pendant les séances, organisation des permanences, anamnèse/diagnostic et suivi du dossier médical des patients), sur la gestion des urgences médicales éventuelles et sur la tenue des registres (liste des participants, documents sur le déroulé des séances, éventuellement des incidents).

L'inspection courante des prestations dépend de l'organisme qui a délivré l'agrément, mais les caisses sont habilitées à enquêter sur des cas individuels.

Le parcours du patient et la nature des activités¹¹⁸

Avant de commencer l'activité physique prescrite dans un organisme habilité, le patient doit obligatoirement voir sa demande de prise en charge acceptée par sa caisse, qui s'assure de sa validité formelle. À la réception de sa confirmation de prise en charge, il dispose de 6 mois pour commencer à participer à un groupe de sport de rééducation ou d'entraînement fonctionnel ; passé ce délai, l'ordonnance est caduque et la validation de la prise en charge est annulée. Le délai de 6 mois n'est pas anodin car les listes d'attente peuvent être longues dans certains organismes agréés pour délivrer les prestations adaptées d'activité physique.

La participation à des groupes de sport de réadaptation s'effectue dans le centre habilité situé le plus proche du domicile ou du lieu de travail du patient, dès lors que peuvent y être suivies les activités prescrites par le médecin traitant.

Le champ des activités physiques proposées au titre de sport de réadaptation est restreint. Celles-ci doivent présenter une efficacité médicale, distinctes du loisir et de la compétition. « Sont exclues les activités qui visent la maîtrise d'un appareil (courses de fauteuil roulant données comme exemple), les sports d'autodéfense et de combat, les séances de musculation sur machine, les activités présentant un risque élevé de blessures et celles qui entraînent un coût financier démesuré. Sont autorisées les exercices de gymnastique, l'athlétisme léger, la natation et les jeux de mouvement en groupes ».

¹¹⁶ <https://bewegungslandkarte.de/> (07-2025).

¹¹⁷ <https://service-sportprogesundheit.de/197/vereinsangeboteinderbewegungslandkarte> (07-2025).

¹¹⁸ « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat.

La rémunération et le règlement dépendent d'accords contractuels passés entre les représentants des organismes prestataires au niveau fédéral ou régional et les caisses d'assurance sociale. Dans le *Land* frontalier de la Sarre, par exemple, les centres sportifs agréés recevaient dès 2019 au moins 5,25 euros par participant par séance.

La gratuité, le contrôle d'assiduité et l'après de l'activité physique adaptée¹¹⁹

Aucune contribution ou participation aux frais n'est demandé au patient qui ne règle ni abonnement ni inscription. Le centre sportif où se déroulent les séances est toutefois libre de proposer aux patients une inscription complémentaire payante pour bénéficier de ses installations en dehors des séances.

Le manque d'assiduité peut entraîner la radiation : certaines caisses, comme les *Ersatzkassen* (27 millions d'assurés) autorisent depuis 2014 de manière encadrée les organismes prestataires à mettre fin avant terme aux séances de sport de réadaptation de patients absenteïstes.

Car au-delà des bénéfices physiques et psychologiques attendus, il s'agit de développer l'autonomie du patient « en l'aidant à s'aider lui-même » (*Hilfe zur Selbsthilfe*), afin de le motiver et de le disposer à pratiquer une activité physique régulière sur le long terme, de façon autonome et responsable et à ses propres frais. La prescription médicale d'activité physique n'a pas vocation à perdurer ; c'est une façon d'initier une démarche positive que le patient devra poursuivre par ses propres moyens à l'expiration d'un certain nombre de séances. Une reconduction de la prescription d'activité physique est possible mais elle nécessite de déposer une nouvelle demande de prise en charge auprès de sa caisse d'assurance-maladie et la reconduction ou la prolongation n'est autorisée que si le médecin détaille les raisons qui la rendent nécessaire et indispensable.

Durée de la prise en charge et taille des groupes¹²⁰

Les valeurs de référence fixées par l'accord-cadre pour la prise en charge financière par les caisses sont exprimées en nombre de séances d'une durée de 45 minutes.

En matière de renforcement de l'estime de soi sont prises en charge 28 séances.

En matière de sport de réadaptation, sont en principe prises en charge jusqu'à 50 séances sur une période de 18 mois. Si l'autorisation de prise en charge porte sur moins de 50 séances, alors la période pendant laquelle elles doivent être réalisées est réduite proportionnellement.

Pour certaines pathologies très lourdes, la prise en charge s'étend en principe jusqu'à 120 séances sur 36 mois.

Les patients atteints d'une maladie cardiaque chronique sont quant à eux réunis dans des groupes spécifiques de réadaptation par le sport (*Herzgruppen*) pour 90 séances sur 24 mois, voire 120 séances sur la même période pour les enfants et adolescents. La durée d'une séance est de 60 minutes. La prescription d'activité physique peut, en outre, être renouvelée lorsque le patient a dû subir à nouveau un traitement sérieux notamment une intervention chirurgicale (artères coronaires, ventricules, implantation d'un dispositif type *pacemaker* ou transplantation).

¹¹⁹ « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat.

¹²⁰ D'après « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat.

Tableau 12 : Allemagne : taille des groupes de sport de réadaptation

<i>Public (critères de pathologie ou d'âge)</i>	<i>Participants nbre max.</i>
Standard	15
Femmes pour les groupes de renforcement de l'estime de soi	12
Malades cardiaques	20
Pathologies très lourdes (paralysies, amputation, dommages cérébraux, etc.)	7
Enfants de moins de 15 ans	10
Enfants de moins de 15 ans lourdement handicapés	5

Le suivi des patients¹²¹

Le suivi du patient est de la responsabilité du médecin traitant.

Le suivi des groupes de sport de réadaptation est réalisé par un médecin associé qui conseille le patient et les entraîneurs pendant les séances.

Les tâches du médecin-conseil (nécessairement expérimenté) sont de déterminer les exercices adaptés en fonction des limitations et de l'état de santé du patient, de déterminer avant chaque séance la résistance du patient, de la prendre en compte dans la définition de l'entraînement du jour et de surveiller les participants pendant la séance. La présence personnelle et continue du médecin-conseil est obligatoire au cours des séances pour malades cardiaques.

Toutes les données pertinentes sont documentées par écrit pour assurer le suivi des participants.

La formation des effecteurs¹²²

Les exercices sportifs doivent être dirigés par des instructeurs (*Übungsleiter*) disposant d'une qualification adéquate. Des formations et des certificats/licences ont été mis en place notamment par la Fédération du handisport, par le comité olympique (DOSB) et par la Société de prévention des maladies cardiaques (DGPR). Les exigences de qualification en fonction des pathologies et des patients figurent dans un document national de référence établi par les parties prenantes (caisses d'assurance sociale, fédération handisport, associations de prévention par le sport, DGPR). L'encadrement d'enfants et d'adolescents nécessite de faire preuve de capacités psychopédagogiques particulières. En matière d'entraînement fonctionnel, destiné à retrouver de la mobilité musculaire ou articulaire, les groupes sont conduits par des kinésithérapeutes ou des ergothérapeutes disposant d'une formation complémentaire et d'une expérience en matière de rhumatismes et d'ostéoporose.

¹²¹ D'après « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat.

¹²² D'après « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat.

3 Des initiatives décentralisées au Royaume-Uni et en Italie¹²³

En Italie, des lois régionales en matière d'affections de longue durée

Si l'article 117, al. 2, lettre m, de la Constitution italienne fixe la compétence réservée de l'État italien en matière de « *détermination des niveaux essentiels des services publics* », en matière de protection de la santé, l'alinéa 3 du même article attribue une compétence concurrente aux régions qui organisent leur système de santé régional dans les limites fixées par l'État. Sur ce fondement, quelques régions italiennes, notamment la Vénétie et la Sardaigne, à l'autonomie particulièrement étendue, ont adopté des dispositions concernant la prescription médicale d'activité physique dans les cas de maladies de longue durée. On peut trouver d'autres exemples, comme en Émilie-Romagne¹²⁴, mais ici ne sont brièvement exposés que deux cas précis.

La prescription d'activité médicale et les gymnases de santé en Vénétie

L'article 21 de la loi régionale de la Vénétie n° 8 du 11 mai 2015, modifiée en 2016, dispose que des programmes d'activité physique structurés et adaptés au patient se déroulent

- sur ordonnance ou conseil médical (le médecin précise le type, l'intensité, la fréquence et la durée de l'exercice à réaliser, considéré comme partie intégrante ou complément utile du traitement),
- sous le contrôle d'un diplômé universitaire (*laureato*) en sciences motrices,
- au sein de structures publiques ou privées idoines, dites « gymnases de santé » (*palestre della salute*) ayant obtenu l'agrément de la Région : comme en Allemagne, ce sont des établissements aménagés pour la pratique des exercices physiques, fonctionnant aussi comme des salles de sport ouvertes au public, remplissent des conditions qui permettent d'accueillir les patients atteints de maladies chroniques (cardiopathies, diabète, affections respiratoires...) avec prescription médicale. La procédure et les conditions d'obtention de l'agrément de ces structures, prévues pour la première fois dans la loi de 2015 susvisée, ont été fixées et modifiées par une délibération du conseil régional de Vénétie de 2017.
- Toutefois, rien n'est prévu pour le remboursement de ces pratiques d'activité physique sur ordonnance médicale.

En 2025, les *palestre della salute* ou salles de sport santé font partie du programme « PP2 - Communautés actives » du Plan régional de prévention 2020-2025 : la Région de Vénétie souhaite sensibiliser les médecins du Système régional de santé (SSR) à la prescription d'exercice physique aux résidents atteints de maladies chroniques. « Après une évaluation appropriée, les usagers peuvent compléter leur traitement médical actuel par un « médicament » : l'exercice physique. Pratiqué selon les modalités et la fréquence d'exercice déterminées par le médecin, l'exercice physique contribue à un effet protecteur supplémentaire, réduisant ainsi le risque de poussées de la maladie et d'hospitalisations ultérieures »¹²⁵.

¹²³ Sur la base de « La prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques », *Étude de législation comparée* n° 288 - juillet 2019, Sénat.

¹²⁴ Protocolli regionali per la prescrizione di attività motoria adattata a persone con patologie croniche https://www.mappadellasalute.it/wp-content/uploads/2024/01/Protocolli_AMA_definitivo_LUGLIO_2018_2-1.pdf (07-2025).

¹²⁵ <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/palestre-della-salute/> (07-2025). Cf. Aussi *Potential Cost Savings for the Healthcare System by Physical Activity in Different Chronic Diseases: A Pilot Study in the Veneto Region of Italy*, <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7375>

La prescription médicale d'activité physique en Sardaigne

Dans la lignée d'un plan de prévention adopté en 2014 (Piano della Prevenzione 2014-2018), le 22 septembre 2017, la région autonome de Sardaigne a adopté un document sur la promotion et la prescription d'activité physique chez les patients porteurs de pathologies chroniques. L'article 3.2 prévoit deux types de prescription d'activité physique selon le niveau de risque clinique du patient :

- une prescription d'activité physique autonome (*prescrizione dell'attività fisica autonoma AFA*) pour les personnes à risque faible
- et une prescription d'exercice physique adapté (*prescrizione dell'esercizio fisico adattato EFA*) destiné aux patients atteints de pathologies chroniques, à risque moyen ou élevé.

Tableau 13 : La prescription médicale d'activité physique en Sardaigne

Niveau de risque clinique	Type de prescription	Médecin qui peut émettre l'ordonnance	Type d'administration de la prescription (Mode de réalisation)
Bas	Prescription d'activité physique autonome	Médecin traitant (généraliste) et spécialiste	Libre. Possibilité de réaliser l'activité dans le domaine extra-sanitaire
Moyen	Prescription d'exercice physique adapté	Médecin spécialiste	Réalisée dans le domaine extra-sanitaire mais contrôlée par des spécialistes dans des structures ayant un diplômé en sciences motrices
Haut	Prescription d'exercice physique adapté	Suggestion du médecin spécialiste et ordonnance du médecin du sport	Au sein des structures sanitaires et contrôlée en continu.

- Il n'est pas prévu de prise en charge financière de l'activité physique autonome. Quant à la prescription d'exercice physique adapté (qui doit spécifier la fréquence par semaine, l'intensité, la durée et le type d'exercice), les patients ont pu initialement bénéficier des ressources allouées par la Région dans une phase initiale à titre expérimental.

En mars 2025, un projet de loi régionale a été déposé visant à la création de salles de sport santé et proposant d'inclure l'activité physique dans les Niveaux de Soins Essentiels (LEA) » (Istituzione delle Palestre della salute e proposta d'inserimento dell'attività fisica nei Livelli essenziali di assistenza - LEA)¹²⁶.

¹²⁶ <https://www.consreg Sardegna.it/wp-content/uploads/2025/03/PL087.pdf>.
https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=129285 (07-2025).

Cf. aussi

L'application territoriale du programme britannique de recommandation d'exercice physique

Au **Royaume-Uni**, un programme d'orientation vers l'activité physique (*Physical Activity : Exercise referral scheme*¹²⁷) défini en 2014 et toujours valide en 2025, encouragé par le *National Health Service*, le service public de santé, peut être mis en place entre un médecin et un patient si ce dernier répond à plusieurs critères. Ces critères et la mise en œuvre de ce programme dépendent des collectivités territoriales et varient selon celles-ci.

- Recommandation (pas « Prescription ») : par un professionnel de santé (médecin, infirmier conseiller en santé) qui transmet cette recommandation au service communal gérant le programme.
- Public et critères : variables selon les régions.
- Bilan initial : la personne est convoquée à un premier rendez-vous avec un agent du programme dans un centre sportif : ce premier entretien d'une heure environ n'est pas un rendez-vous sportif, mais vise à faire le point sur la santé et le mode de vie de la personne puis à mettre en place les exercices appropriés et les activités
- Programme : de 12 (principalement) à 16 semaines. Les activités incluses dans le programme sont par exemple la natation, les activités de groupe (tai chi, yoga, aquagym), la marche... À l'issue des 12 semaines, un rendez-vous final est proposé pour faire le point sur les progrès accomplis et voir comment poursuivre avec un mode de vie plus sain.
- Coût : il n'est pas nécessairement gratuit, une participation de quelques livres par session peut être demandée aux pratiquants.
- Ainsi à Rochdale¹²⁸, dans le Grand-Manchester,
- Recommandation et orientation par un professionnel de santé,
- Public : toute personne âgée de plus de 16 ans, ayant une maladie récurrente ou des conditions médicales chroniques (diabète, maladie cardiaque, cholestérol, haute pression artérielle, épilepsie, problèmes mentaux, maladie pulmonaire, maladie musculaire ou articulaire), un indice de masse corporelle supérieur à 25 (surpoids) et ne pratiquant pas d'activité physique.
- Lieux : centres de loisirs et communautaires dans tout l'arrondissement de Rochdale.
- Programme d'exercice structuré d'une durée de 12 semaines. Activités proposées : natation, tai chi, yoga et gymnastique aquatique, marche, gymnastique, reconditionnement physique de long terme... Bilan final.
- Coût : la participation financière demandée varie en fonction des activités : certaines sont gratuites, d'autres proposées à un coût réduit.
- Dans le comté de Kent,
- Recommandation et orientation par un professionnel de santé : médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, service NHS. Avec ce document de recommandation et d'orientation, valable un mois, le patient doit prendre contact avec un centre affilié au programme.

¹²⁷ National Institute for Health and Care Excellence, Physical activity: exercise referral schemes, Public health guideline, 24 September 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/ph54/resources/physical-activity-exercise-referral-schemes-pdf-1996418406085>; <https://www.everyoneactive.com/content-hub/health/exercise-referral/> (07-2025). Deux études analysent l'impact médico-économique : *Moving an exercise referral scheme to remote delivery during the Covid-19 pandemic: an observational study examining the impact on uptake, adherence, and costs*, <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-19392-y>; *An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative*, <https://jech.bmj.com/content/66/8/745>

¹²⁸ <https://www.rochdale.gov.uk/healthy-weight-exercising/exercise-referral-scheme> (07-2025).

- Public : Présenter une ou plusieurs des pathologies suivantes : maladies cardiaques, diabète, obésité, troubles respiratoires, troubles musculosquelettiques, santé mentale, etc.

Être peu actif (moins de 30 minutes d'activité structurée par jour) ;

Être motivé pour un changement de mode de vie à long terme.

Le surpoids ou le fait d'être fumeur sont des conditions qui, à elles seules, ne permettent pas de bénéficier du programme. Certaines maladies sont explicitement exclues du programme (angine instable, hypertension sévère, diabète non contrôlé...).

- Rencontre initiale avec un instructeur qui vérifie que le patient est effectivement éligible au programme, en fonction du document de recommandation et de l'adéquation de l'offre disponible dans le centre à sa pathologie.
- Programme : établi avec l'instructeur physique,
Durée : 12 semaines.
Suivi : Un coordinateur qualifié accompagne les participants tout au long du programme, avec des consultations initiales, des suivis réguliers, et une évaluation finale. Discussions sur la progression, conseils diététiques, et encouragements pour maintenir un mode de vie plus sain.
Activités proposées : exercices en salle de musculation, cardio, activités en groupe ou en piscine, adaptées selon la condition de santé.
- Coût : le coût varie selon l'activité et le prestataire choisis. Le coût total pour le programme est en 2025 de 60 £ (70€) si la personne n'est pas membre du club, sinon il bénéficie de tarifs réduits.

Le marché de l'activité physique adaptée est au Royaume-Uni très ouvert, comme on peut en juger à la lecture du site Internet du principal organisme de formation privée spécialisé (HFE) qui propose « Un guide complet des Exercise Referral Schemes (Programmes de référence d'activité physique) : Tout ce que vous devez savoir sur les programmes de de référence d'activité physique, les critères d'éligibilité et les modalités de qualification pour devenir instructeur spécialisé » : « Bienvenue chez HFE, leader britannique de la formation en fitness. Nous sommes spécialisés dans la prestation de formations et de qualifications de haute qualité en santé, fitness et nutrition, spécialement conçues pour permettre aux professionnels de l'activité physique et de l'exercice d'optimiser l'impact de leurs services de formation et de leur carrière. Chez HFE, nous sommes convaincus qu'une formation est bien plus qu'une simple qualification. C'est pourquoi nous mettons tout en œuvre pour aider nos étudiants à apprendre davantage, à s'épanouir et, au final, à progresser. Car ce que l'on devient est toujours plus important que ce que l'on a. #becomemore »¹²⁹.

Au Pays de Galles, le système national d'orientation vers l'activité physique est mis en place depuis 2007. Originellement établi par l'assemblée autonome galloise puis financé par l'organisme gallois de santé publique (Public Health Wales PHW), le programme est coordonné par l'association des collectivités territoriales galloises et fonctionne dans toutes les collectivités du Pays-de-Galles. Le National Exercise Referral Scheme (NERS), initiative financée par le gouvernement gallois, en partenariat avec PHW vise à promouvoir l'activité physique chez les personnes inactives ou

¹²⁹ <https://www.hfe.co.uk/> (07-2025)

souffrant de certaines pathologies médicales, afin d'améliorer leur santé et leur bien-être. Le programme est supervisé par PHW, avec une gestion locale¹³⁰.

- Modalités : nécessité d'une recommandation d'un professionnel de santé (médecin ou infirmier, comme en Angleterre) ayant complété un formulaire de référence. La participation est limitée à une fois tous les deux ans pour permettre à d'autres de bénéficier du programme.
- Public : les adultes de 16 ans et plus, à risque de développer des maladies chroniques ou ayant déjà une condition chronique.
- Programme : 16 semaines d'activités physiques supervisées, adaptées aux besoins individuels. Le programme encourage la participation régulière (au moins deux séances par semaine) : les participants sont tenus de participer aux sessions et aux rendez-vous de suivi planifiés à l'issue de 16 semaines et de 52 semaines. Activités proposées : séances en salle, cours doux, natation, Zumba, yoga, aquagym, marche, Pilates, cours pour BPCO, cours adaptés aux pathologies cardio-vasculaires, renforcement musculaire, équilibre, etc.
- Ressources humaines : un coordinateur national, un coordinateur local par collectivité territoriale (22) et environ 96 ETP d'instructeurs spécialisés structuraient en 2019 le dispositif.
- Financement : une participation financière est demandée au pratiquant (2 £ par session en 2019), une somme fixée localement sur une base annuelle.
- Système d'information : les données personnelles sont collectées depuis janvier 2024 via le portail électronique Theseus, qui permet le suivi du le parcours du patient jusqu'à sa sortie du NERS. Les données sont conservées jusqu'à 8 ans, puis anonymisées pour la recherche et l'évaluation¹³¹.

4 La prescription d'activité physique comme recommandation : les pays scandinaves et le Canada

En Suède comme au Canada, la « prescription » d'activités sportives est du ressort d'une recommandation parfois rendue plus solennelle, plus impérative sous le mot prescription¹³², comme facteur de prévention des maladies et d'amélioration de l'état de santé ; et en Suède comme au Canada, il n'est nulle question d'une prise en charge financière autre que par la personne concernée.

En Suède, faisant le lien entre activité physique insuffisante et risque de décès liés aux maladies non transmissibles, maladies cardiovasculaires, cancer et diabète notamment, dans les années 1980 et 1990 certaines régions ont commencé à prescrire une activité physique aux patients en soins primaires. Au début des années 2000, dans le cadre d'un effort national visant à promouvoir l'activité physique, l'Institut national suédois de santé publique (SNIPH, devenu aujourd'hui l'Agence de santé publique de Suède) fut chargé de développer une méthode plus systématique, fondée sur des preuves, pour promouvoir l'activité physique dans les soins¹³³. Depuis 2001, la

¹³⁰ <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/wales-national-exercise-referral-scheme/> (07-2025).

¹³¹ <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/wales-national-exercise-referral-scheme/> (07-2025).

¹³² <https://www.senat.fr/lc/lc288/lc2881.html>

¹³³ Une partie de ce qui suit est directement inspiré de Lena Hansson, « Physical activity on prescription: Exporting 20 years of Swedish experience », *EuroHealthNet Magazine*, 5 déc. 2019, <https://eurohealthnet-magazine.eu/fr/physical-activity-on-prescription-exporting-20-years-of-swedish-experience/>

population est incitée à pratiquer une activité physique régulière afin de prévenir et soigner différentes affections, le gouvernement mettant en place pour cela une politique publique intitulée « Mettre la Suède en mouvement » (*Sätt Sverige i rörelse*), introduisant la prescription médicale d'activité physique (dispositif Fysisk aktivitet på recept FaR ou Activité physique sur prescription ; en anglais PAP-S : Physical Activity on Prescription) : l'objectif était aussi de développer la collaboration entre le monde médical et celui du sport en vue d'encourager la pratique de l'exercice chez les patients¹³⁴. Cependant, les contours de cette politique ont longtemps été laissés à l'initiative professionnelle et soutenue diversement par les régions.

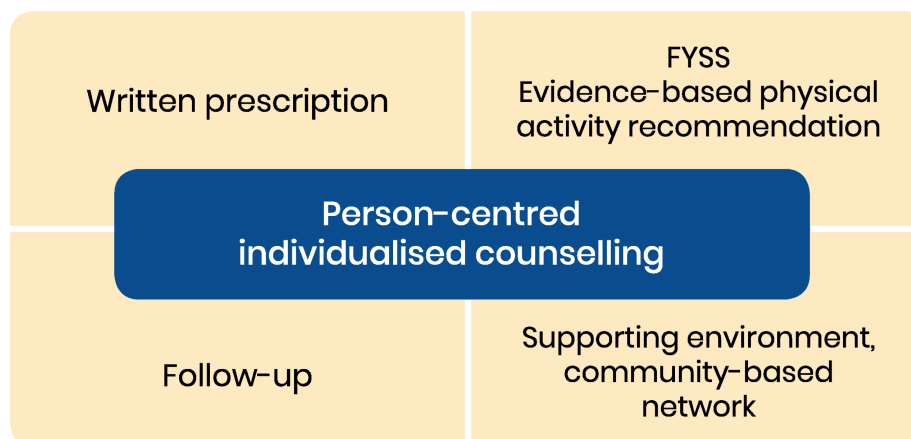
En 2025, le modèle suédois (PAP-S) repose sur une collaboration étroite entre les professionnels de la santé et les acteurs du sport, avec une forte implication des pharmacies, lesquelles jouent un rôle de promotion du sport sur ordonnance, prescrivant régulièrement de l'activité physique à leurs clients en complément des traitements médicamenteux et contribuant ainsi à une approche intégrée de la santé et de la prévention. La Suède a ainsi développé une politique de sport-santé structurée, favorisant la prescription d'activités physiques adaptées pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques ou en réhabilitation.

- Prescription : écrite individualisée accompagnée d'un suivi. Tous les professionnels de la santé agréés, dotés d'une expertise adéquate, peuvent prescrire une activité physique, pas seulement les médecins, pour prévenir ou traiter certaines maladies. L'ordonnance précise la durée, la fréquence et l'intensité auxquelles l'activité doit être suivie pour qu'un résultat soit atteint. Si les adultes sont le premier public visé, des ordonnances peuvent aussi être établies pour des enfants. La prescription doit être utilisée dans un délai d'un an à compter de la date d'émission et vaut pour 3 mois d'activité. Un patient peut recevoir au maximum deux prescriptions. La région de Scanie, autour de Malmö, justifie cette durée par le fait qu'en général, au-delà, la motivation est suffisante pour s'entraîner seul. La direction nationale de la santé publique et des affaires sociales (*Socialstyrelsen*) estimait en moyenne à 100 000 le nombre de prescriptions sportives délivrées chaque année en Suède à la fin des années 2010.
- Collaboration : des services de santé avec divers organisateurs d'activités de la communauté locale pour aider les individus à augmenter et à maintenir leur niveau d'activité. Les analyses soulignent l'importance d'une coopération étroite entre personnel du secteur de la santé et personnel des organisateurs d'activités, ainsi qu'entre les responsables politiques et les clients de ces soins de santé.
- Suivi fortement souligné : le comportement en matière d'activité physique semble en effet diminuer avec le temps lorsqu'il n'y a pas de suivi structurel ou régulier. Pour que l'activité soit maintenue à long terme, l'activité physique prescrite doit correspondre à la vie ordinaire et aux préférences de l'individu.

Cet article cite notamment Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist A, Daxberg EL, Jivegard L, Jonsdottir IH, et al. « Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review », *Br J Sports Med.* 2019;53(6):383-8. DOI:10.1136/bjsports-2018-099598. Et Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Stahle A, "Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life", *Scand J Med Sci Sports*, 2008;18(2):154-61.

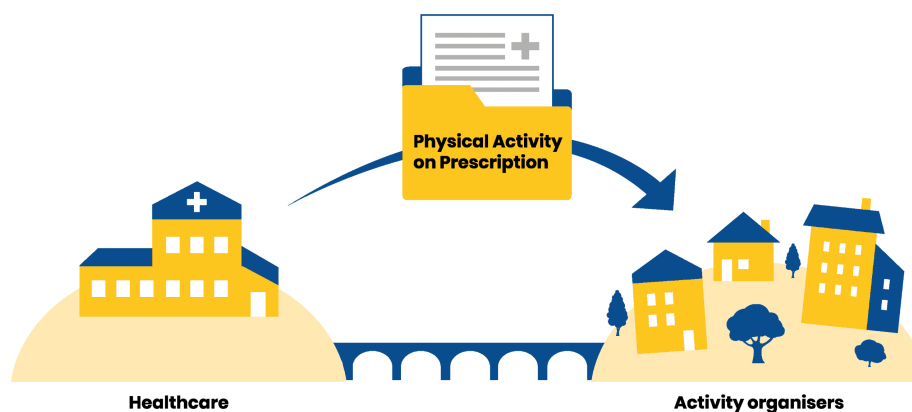
¹³⁴ <https://www.senat.fr/lc/lc288/lc2881.html>

Les cinq éléments clés de la méthode. Adapté de Kallings, 2008.



- Parallèlement au travail d'établissement de la prescription d'activité physique adaptée au sein du système de santé, l'Association professionnelle suédoise pour l'activité physique (YFA), en collaboration avec le SNIPH, a élaboré un manuel factuel sur les effets de l'activité physique sur diverses maladies et diagnostics (*Activité physique dans la prévention et le traitement des maladies*, FYSS). Ce manuel est un outil essentiel lorsque les prescripteurs recommandent une activité physique à leurs patients. Les organisateurs d'activités utilisent également le manuel. L'YFA met à jour le FYSS en permanence et a protégé la marque FYSS® ainsi que FaR® pour s'assurer d'un usage adéquat¹³⁵.

Suède : collaboration entre les soins de santé et les organisateurs d'activités externes.



- Un facteur clé du succès de cette politique est l'implication des parties prenantes aux niveaux national, régional et local. Depuis 2011, les directives nationales aident les décideurs à allouer les ressources en fonction des besoins de la population, se concentrant sur des méthodes efficaces pour changer les habitudes de vie des patients, y compris en matière d'activité physique, et recommandant la prescription. Révisées en 2018, ces directives soulignent la nécessité d'orienter l'action vers les groupes vulnérables pour

¹³⁵ Une partie de ce qui suit est directement inspiré de Lena Hansson, « Physical activity on prescription: Exporting 20 years of Swedish experience », *EuroHealthNet Magazine*, 5 déc. 2019, <https://eurohealthnet-magazine.eu/fr/physical-activity-on-prescription-exporting-20-years-of-swedish-experience/>.

lutter contre les inégalités de santé. Les analyses confirment que, pour réussir, le dispositif doit être adaptée aux contextes régional et local.

Le sport sur ordonnance peut être géré sous certains aspects par une association sportive régionale (*idrott*), notamment ce qui concerne la certification des instructeurs chargés d'encadrer des pratiquants ayant reçu une prescription de sport. En Scanie, par exemple, les associations sportives proposant le sport sur ordonnance doivent avoir au moins un instructeur qui a reçu la formation adéquate auprès de l'association sportive de Scanie (*Skåneidrotten*). En matière d'assurance, cette dernière propose une couverture spéciale pour le sport sur ordonnance : tout opérateur concluant un accord avec *Skåneidrotten* concernant le sport sur ordonnance est automatiquement inclus dans cette assurance sans en payer la prime qui relève de *Skåneidrotten*.

- Activités : le pratiquant doit être proactif dans le choix de son activité.
- Le dispositif a été étendu aux soins de santé spécialisés, pédiatriques et scolaires.
- Coût : l'ordonnance ne donne pas lieu à prise en charge par un système d'assurance maladie. Le fait que les activités physiques prescrites soient réalisées hors des établissements de santé implique le non-remboursement de celles-ci, ainsi que la non-prise en charge par le dispositif de protection contre les hauts coûts (*högkostnadskyddet*). Les bénéficiaires supportent sauf exception les coûts financiers liés à leur activité. La gestion du système de santé suédois étant déléguée à l'échelon régional, ce sont les 20 régions qui doivent mettre en place des partenariats avec les prestataires privés pour octroyer éventuellement des réductions ou exonérations pour les patients s'étant vu délivrer une ordonnance d'activité physique.
- Pour soutenir la mise en œuvre des méthodes recommandées, le gouvernement a néanmoins remboursé les frais de certaines organisations professionnelles destinés à développer différents supports (dont l'Association professionnelle suédoise pour l'activité physique YFA et l'Association suédoise des physiothérapeutes)¹³⁶.

Le dispositif suédois a été adapté dans des pays ayant un système de santé et des caractéristiques similaires : l'Islande, la Norvège mais aussi à des pays plus éloignés comme le Vietnam. L'Agence suédoise de santé publique coordonne un projet européen de trois ans visant à transférer le dispositif dans neuf autres pays européens (projet « Un modèle européen d'activité physique sur ordonnance EUPAP » de 2019 à 2023, cofinancé par le programme de santé de l'UE) : la Suède y était responsable des cours de formation et du matériel d'accompagnement, tandis que les pays participants (Belgique, Danemark, Allemagne, Italie, Lituanie, Malte, Portugal, Roumanie¹³⁷, Espagne) étaient responsables du processus de mise en œuvre.

¹³⁶ Une partie de ce qui suit est directement inspiré de Lena Hansson, « Physical activity on prescription: Exporting 20 years of Swedish experience », *EuroHealthNet Magazine*, 5 déc. 2019, <https://eurohealthnet-magazine.eu/fr/physical-activity-on-prescription-exporting-20-years-of-swedish-experience/>.

¹³⁷ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/physical-activity/eupap-a-european-model-for-physical-activity-on-prescription/> 07-2025.

Au Danemark, la prévention primaire est mise en œuvre à l'école¹³⁸.

En Finlande, le système repose pour l'essentiel sur les actions des collectivités territoriales chargées de promouvoir l'activité physique¹³⁹.

Au Canada, il existe un programme national avec des structures locales remplissant des missions de prévention par l'activité physique, mais ce n'est pas du tout un dispositif équivalent à celui des MSS.

Travaillant avec de nombreuses sociétés ou associations médicales¹⁴⁰, la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE / CSEP, organisme bénévole¹⁴¹) recommande 2h30 par semaine d'activité modérée à élevée, précisant que la pratique préconisée permet de contribuer à réduire les risques de décès prématuré, de maladies du cœur, d'accidents vasculaires cérébraux, d'hypertension artérielle, de certains types de cancers, de diabète de type 2, d'ostéoporose et de surpoids et d'obésité. Pour autant, elle ne mentionne pas la notion de prescription d'activités physiques¹⁴². Il en est de même de l'Agence pour la santé du Canada, qui fournit a priori une documentation spécialisée nourrie sur l'intérêt de l'activité physique, mais datée de 2018, où beaucoup de liens sont inactifs et sans mention particulière de prescription¹⁴³.

- Prescription (recommandation) et supervision : les professionnels de la santé réglementés peuvent rejoindre le réseau professionnel de l'EMC en tant que fournisseurs (ou supporteurs): les membres fournisseurs sont les professionnels de la santé réglementés qui peuvent effectuer des évaluations, une prescription d'exercices détaillés, des instructions, une supervision et une référence au besoin (médecins du sport, chiropracteurs, ergothérapeutes, physiothérapeutes et kinésiothérapeutes affiliés ou enregistrés). Les associations ou sociétés liées à des pathologies spécifiques se sont appropriées le modèle : ainsi, dans un guide en ligne détaillé de 10 pages, l'association canadienne de diabète devenue Diabetes Canada¹⁴⁴ développe depuis 2018 l'intérêt de cette prescription et

¹³⁸ Pedersen, N. H., Grøntved, A., Brønd, J. C., Møller, N. C., Larsen, K. T., Debrabant, B., ... & Kristensen, P. L. (2023). "Effect of nationwide school policy on device-measured physical activity in Danish children and adolescents: a natural experiment". *The Lancet Regional Health–Europe*, 26.

¹³⁹ Aalto-Nevalainen, P. (2024). S16-1 Get Finland Moving programme. *European Journal of Public Health*, 34 (Supplement_2), ckae114-270. Korsberg, M., Aalto-Nevalainen, P., Kivisaari, T., Martikainen, M., & Miettinen, M. (2024). Get Finland Moving—a cross-administrative programme to promote physically active lifestyles and functional capacity: Programme document.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165588/VN_2024_24.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Plateforme de suivi des capacités des villes à promouvoir l'activité physique : <https://teaviisari.fi/teaviisari/en/tulokset?view=LI>

¹⁴⁰ Comme la <https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/sclerose-en-plaque/>

¹⁴¹ Organisme bénévole créé en 1957 « formé de professionnelles et de professionnels qui s'intéressent à la recherche scientifique en physiologie de l'exercice, en biochimie de l'exercice, en condition physique et en santé, et qui s'investissent dans ces domaines ». La SCPE est le principal organisme canadien consacré à l'entraînement personnel et à la recherche sur l'activité physique, la santé et la condition physique. « Nous promovons la génération, la croissance, la synthèse, le transfert et l'application de l'excellence en recherche, en éducation et en formation dans les domaines de la physiologie de l'exercice et de la science de l'exercice. Nos membres incarnent notre mission : être la norme par excellence en ce qui concerne la santé et la condition physique ». <https://scpe.ca/about/> (2025).

¹⁴² <https://www.senat.fr/lc/lc288/lc2881.html>

¹⁴³ <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/etre-actif/promouvoir-activite-physique.html> (07-2025)

¹⁴⁴ <https://guidelines.diabetes.ca/ressourcesfrancaises> (07-2025).

renvoie au CSEP¹⁴⁵ ; l'Association canadienne de sclérose en plaques centre, de même, une partie de son information sur l'importance de l'activité physique adaptée à la maladie¹⁴⁶, à destination des pratiquants, sans toutefois mentionner l'existence de séances de sport prescrites et prises en charge dans le cadre du traitement thérapeutique de la maladie.

Un outil de prescription d'exercices et de demande de consultation a été créé, afin d'émettre des suggestions pour réduire les comportements sédentaires et des recommandations d'activités physiques, *outil formel de conseils et de prescription*.

Au Québec, depuis 2015, une initiative conjointe de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Grand Défi Pierre Lavoie encourage les médecins de famille à prescrire des « cubes d'énergie » à leurs patients, un cube (concept créé en 2009 dans les écoles primaires pour encourager les enfants à faire de l'exercice¹⁴⁷) équivalant à 15 minutes d'activité physique¹⁴⁸.

- Effecteurs : depuis 2007, un réseau professionnel d'Exercise is medicine®¹⁴⁹ in Canada / Exercice est un médicament® Canada (EMC)¹⁵⁰ (adapté d'une proposition des Etats-Unis) rassemble des professionnels de la santé et de l'exercice qui font la promotion de l'activité physique comme stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques pour améliorer la santé des Canadiens. Le Guide pour la prescription d'exercices d'EMC aide les professionnels en soins de santé primaires à évaluer et à prescrire des activités physiques pour les personnes en bonne santé et les personnes atteintes d'une ou plusieurs affectations santé chroniques stables¹⁵¹.

¹⁴⁵ Lignes directrices de pratique clinique 2018, Activité physique et diabète, Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada (Ronald J Sigal, M.D., M.H.P., FRCPC, Marni J. Armstrong, PEC, Ph.D., Simon L. Bacon, Ph.D., Normand G. Boulé, Ph.D., Kaberi Dasgupta, M.D., M.Sc., FRCPC, Glen P. Kenny, Ph.D., Michael C. Riddell, Ph.D.) <https://guidelines.diabetes.ca/GuideLines/media/Docs/french/10-Physical-Activity-FR.pdf>, 07-2025.

¹⁴⁶ <https://spanada.ca/exercice-and-physical-activity-ms> .

¹⁴⁷ <https://oldmduq.fmoq.org/archives/2015/5/grand-defi-pierre-lavoie-une-association-marquante-avec-la-fmoq/> (07-2025)

¹⁴⁸ <https://www.senat.fr/lc/lc288/lc2881.html>. Le dispositif n'a pas perdu de sa vigueur dix ans après sa création : « Dès l'automne 2025, 8000 médecins de la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) recevront un bloc d'ordonnances spéciales pour prescrire des "cubes énergie" à leurs patients, dans le but d'inciter à l'activité physique. Ces prescriptions seront adaptées selon l'état de santé de chacun, dans le cadre d'un effort collectif pour faire bouger la population et améliorer la santé publique. Objectif : ce partenariat vise à faire du Québec une société plus active et en santé, en utilisant la prescription médicale comme levier pour encourager la pratique régulière d'au moins 15 minutes d'activité physique, contribuant ainsi à la prévention des maladies liées à la sédentarité » <https://oldmduq.fmoq.org/archives/2015/5/grand-defi-pierre-lavoie-une-association-marquante-avec-la-fmoq/> (07-2025).

¹⁴⁹ Exercise is Medicine® est une initiative de l'American College of Sports Medicine en 2007 présente dans plusieurs pays. <https://www.exerciseismedicine.org/> (07 2025).

¹⁵⁰ <https://exerciseismedicine.org/canada/fr/emc-detient-des-preuves/guide-pour-la-prescription-dexercice-demc/> (07-2025). A la date de la consultation, le guide n'est pas en ligne.

¹⁵¹ Myles W O'Brien, Madeline E Shivgulam, Haoxuan Liu, Molly K Courish, Yanlin Wu, Jonathon R Fowles, Taniya S Nagpal, "The effectiveness of exercise referral schemes on patient health and their cost: an umbrella review", *Appl Physiol Nutr Metab*, 2025 Jan; 1-12. doi: 10.1139/apnm-2024-0185.

Myles W O'Brien, Nick W Bray, Matthew J Kivell, Jonathon R Fowles, "A scoping review of exercise referral schemes involving qualified exercise professionals in primary health care", *Appl Physiol Nutr Metab*, 2021 Sep;46(9):1007-1018. doi: 10.1139/apnm-2020-1070. Epub 2021 Apr 19.

- Formation des effecteurs : le même réseau EMC Canada distingue deux niveaux de professionnels de l'exercice : ceux de niveau 1 ont au moins 2 ans de formation collégiale ou universitaire en sciences de l'exercice ; ceux de niveau 2 ont un diplôme de premier cycle ou de niveau supérieur en sciences de l'exercice¹⁵².

5 Le dispositif brésilien des *Academias da Saúde* : un modèle antérieur assez proche des MSS¹⁵³

Au Brésil, le programme Academia da Saúde (académies de la santé) est mis en œuvre depuis 2011 et a fait l'objet de nombreuses publications scientifiques.

Le ministère de la santé a le leadership de cette politique nationale qui se déploie jusqu'au niveau local avec la promotion de la santé et la prévention visant la population la plus vulnérable. La politique nationale est mise en œuvre au niveau local car, à la différence de la France, la compétence santé est du ressort des municipalités et communautés communes.

¹⁵² <https://exerciseismedicine.org/canada/fr/emc-en-action/> (07-2025).

« Catégories de patients EMC: 1. Des personnes apparemment en bonne santé sans aucune contrainte pour la participation régulière à l'activité physique et à l'exercice; 2. Les personnes asymptomatiques avec une seule maladie / condition chronique contrôlée par des thérapies prescrites par un médecin; 3. Les patients qui présentent un risque plus élevé que ceux des catégories 1 et 2 ci-dessus, y compris ceux qui ont plus d'une maladie chronique ou qui peuvent nécessiter une surveillance clinique pendant l'exercice.

Comment savoir à quel niveau professionnel de l'EMC me référer? 1. Les professionnels reconnus par l'EIMC de niveau 1 peuvent prescrire de manière sûre et efficace une activité physique aux patients des catégories 1 et 2. Les avantages de l'activité physique l'emportent sur les risques. 2. Les professionnels reconnus de l'EIMC de niveau 2 possèdent des connaissances et une expertise avancées en gestion de l'exercice pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Les professionnels reconnus EIMC de niveau 2 peuvent travailler en toute sécurité et efficacement avec les patients des catégories 1, 2 et 3.

Quels sont les certifications et qualifications professionnelles reconnues par l'EMC? Niveaux 1 et 2 EMC : Société canadienne de physiologie de l'exercice / Entraîneur personnel certifié (CSEP- CPT) Société canadienne de physiologie de l'exercice / Physiologiste de l'exercice clinicien (CSEP-CEP) / Collège américain de médecine du sport / Entraîneur personnel certifié + accréditation EMC niveau 1 (ACSM CPT + EIM Level 1) / Physiologiste de l'exercice ACSM + diplôme EMC niveau 2 (ACSM EP + EIM Level 2) / Alliance canadienne de kinésiologie / Kinésiologue affilié / Collège américain de médecine du sport / Physiologiste de l'exercice clinicien (ACSM CEP) / Physiologiste clinicien enregistré de l'exercice (ACSM RCEP) / College of Kinesiologists of Ontario / Kinésiologue enregistré (RKin)

¹⁵³ Sources : entretien Antoine-Noël Racine, UniCA, 26-07-2025 et note transmise par lui ; résumé de la conférence de Jessyka Barbosa, ministère brésilien de la santé, conférence ISPAH (Congrès international activité physique et santé), « De la politique à la pratique : combler les lacunes en matière de mise en œuvre », Paris, 10-2024 ; Flávio Renato Barros da Guarda, Matheus Koengkan, José Alberto Fuinhas, "Impact of a Health Promotion Program on Hospital Admission Expenses for Stroke in the Brazilian State of Pernambuco", *Journal of Public Health*, vol.32, p. 1385–1400, 2024, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-023-01908-2>; Flávio Renato Barros da Guarda, "Health Promotion Programs can Mitigate Public Spending on Hospitalizations for Stroke: An Econometric Analysis of the Health Gym Program in the State of Pernambuco, Brazil", *International Journal in Environmental Research and Public Health* 2022, 19, <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/19/12174>; Jamile Sanches Codogno, Wendy J Brown, Bruna Camilo Turi-Lynch, Luana Carolina de Moraes, Ítalo Ribeiro Lemes, Henrique Luiz Monteiro, Gregore Iven Mielke, "Primary Health Care Costs Associated with Trajectories of Physical Activity over 10 Years", *Journal of Physical Activity and Health*, 2025 Jul 8; 22(8):1013-1020, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40628385/>; Flávio Renato Barros da Guarda Bárbara Letícia Silvestre Rodrigues Rafaela Niels da Silva Shirley Jackllanny Martins de Faria Paloma Beatriz Costa Silva Redmilson Elias da Silva Júnior Daíze Kelly da Silva Feitosa Nana Kwame Anokye Peter C. Coyte, "Impact of the Health Gym Program on hospital admissions for stroke in the state of Pernambuco, Brazil", *Caderno de Saúde Pública* 39 (1) 2023, <https://www.scielo.org/article/csp/2023.v39n1/e00012922/>.

Les académies de la santé ont pour objectif principal de contribuer à la promotion de la santé et à la production de soins et de modes de vie sains pour la population, grâce à la mise en place de centres dotés d'infrastructures et de professionnels qualifiés. Le programme s'inscrit dans le cadre de l'organisation des actions et services du réseau de santé et vise à garantir l'intégralité des soins, principe du Système unifié de santé (SUS) brésilien.

Entre 2011 et 2023, 5 093 propositions ont été approuvées au Brésil pour la construction de centres du Programme Académie de santé (PAS), répartis entre 3 386 municipalités : au total 3 780 propositions ont été validées et 2 364 sont déjà opérationnelles et fournissent des services à la population.

Les demandes de nouvelles accréditations pour financer les centres PAS doivent être effectuées via le Système d'appui à la mise en œuvre des politiques de santé. 1500 dépendent directement du ministère de la Santé tandis que 1800 dépendent des municipalités ou des communautés de collectivités. Ils ont tous des lieux avec des espaces dédiés.

- Le ministère de la santé finance mensuellement les centres opérationnels, à la demande de la direction municipale ou du district, à hauteur de 3 000 reais (en 2025 463 €, le salaire mensuel minimum étant de 235€) par centre accrédité et approuvé. Les professeurs d'activité physique sont financés par le fonds de la politique nationale de santé. Les villes utilisent une partie de leur budget du 3e « secteur » (associations ou organismes associatifs) pour payer cette activité physique, les diététiciennes, les assistantes sociales...
- Les systèmes d'information utilisés ne sont pas tous uniformes mais la gestion des données paraît bien développée, permettant à la fois la centralisation des données et l'évaluation du dispositif. Le(s) médecin(s) des Académies de santé centralisent toutes les informations des professionnels de santé sur les patients.

L'ampleur du programme (la moitié des villes brésiliennes seraient « couvertes ») et son impact sur la vie de la population brésilienne sont considérés comme remarquables. Des enfants aux personnes âgées, des personnes de tous âges et de tous milieux socio-économiques ont trouvé soutien, environnement et encouragement pour adopter des habitudes de vie plus saines et favoriser des changements de comportement à grande échelle¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Cf. par exemple le *Cahier technique de mise en œuvre* (113p.) publié en 2019, l'année de création des MSS, par le ministère brésilien de la santé : Ministério da Saúde, *Programa Academia da Saúde, Caderno Técnico de Apoio à Implantação e Implementação*, Brasília, 2019 (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/implatacao_academia_saude.pdf). Pour les analyses du dispositif cf. Silva, D. A. S., De Lima, T. R., & Gonçalves, L. (2023). "Academia da Saúde" program: mapping evidence from the largest health promotion community program in Brazil. *Frontiers in Public Health*, 11, 1227899. De Paiva Neto, F. T., Benedetti, T. R. B., Sandreschi, P. F., Manta, S. W., Almeida, F. A., & Rech, C. R. (2025). Empowering Health: Innovative Strategies to Successfully Increase Physical Activity Promotion in Brazilian Primary Health Care Settings. *Journal of Physical Activity and Health*, 1(aop), 1-7.

ANNEXE 7 : Mutuelles et assurances : aperçu sur la prise en charge assurantielle du sport sur ordonnance

D'après les données en ligne sur les sites Internet en juillet 2025

CCMO : selon le niveau de garantie, de 15 à 50 euros par séance pour 10 séances/an. Tous publics.

CNM Santé Mutuelle : rembourse jusqu'à 200 euros par an pour l'activité physique adaptée, selon les revenus de l'adhérent. *EOVI MCD Mutuelle « Santé Vitalité »* : prise en charge d'un bilan complet et personnalisé en vue de la mise en place d'une activité physique adaptée. Pour les + 55 ans.

Harmonie mutuelle : selon la garantie, montant compris entre 60 et 240 € par an et par bénéficiaire en ALD.

MAIF : s'est engagée en 2019 à rembourser jusqu'à 500 € par an et par personne pour les séances de sport prescrites aux patients atteints d'ALD (le dispositif a été suspendu 2020).

M comme Mutuelle : jusque 150 € par an et par bénéficiaire. Tous publics.

MGEN : un bilan de condition physique pris en charge à hauteur de 60€ TTC (remboursement sur présentation de la facture). La pratique d'une activité physique, réalisée dans un cadre médical avec des professionnels spécialisés pour une activité labélisée SSO, prise en charge à hauteur de 250€ par an pendant deux ans maximum.

Mutuelle MNH : 40 euros de remboursé sur une licence dans un club ou association sportive. + 55 ans.

Mutuelle des sportifs : accompagnement prise en charge des frais d'accès à une activité physique et sportive adaptée prescrite médicalement, dans la limite de 500 € sur 2 ans. ALD + victimes accidentées.

Mutuelles du soleil : sur prescription, 1% du forfait PMMS (environ 33 euros / mois). ALD.

Ociane Matmut Mutuelle : rembourse jusqu'à 400 € (selon le niveau de garantie) pour les séances de sport prescrites aux patients atteints d'une ALD, pratiquées par des coachs spécialisés.

Pasteur mutualités (AGMF prévoyance « action ») : forfait de 1 000 euros sur 2 ans. Professionnels de santé.

SwissLife Mutuelle : proposait une aide financière de 50% du bilan physique, avec la possibilité de bénéficier de 3 programmes sportifs (en 2025 on trouve 5 séances max. par an remboursées à 50% pour toutes consultations non remboursées par la Sécurité sociale, en médecines douces et auxiliaires médicaux ou toute autre pratique prescrite sur ordonnance par un médecin).

Groupe VYV (2025) : « Notre approche du sport santé s'appuie sur deux piliers : le sport santé thérapeutique qui permet par la pratique sportive de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des bénéficiaires. Pour cela, le sport santé fait appel à des professionnels de l'activité physique adaptée (APA) ou à des éducateurs sportifs confirmés. En nous appuyant sur l'expertise de VYV3,

notre offre de soins et d'accompagnement, nous développons des parcours de santé coordonnés pluridisciplinaires. Ceux-ci nous permettent d'améliorer l'état de santé de nos publics grâce à un suivi coordonné et adapté à leurs pathologies. Pour construire ces parcours, nous mettons en commun le savoir-faire de nos différentes entités (mutuelles, VYV3) et de nos partenaires (Mon Stade, Vivoptim...) en matière d'activité physique. Et le sport santé bien-être qui a pour ambition d'améliorer l'état de santé de la population par la pratique de l'activité physique et sportive (APS) au quotidien, avec ou sans pathologies ».

ANNEXE 8 : Quelques exemples des modalités de recensement des lieux d'APA et de sport-santé

Dans certaines régions, ce recensement est réalisé par les services régionaux (ARS, DRAJES ou associations délégataire).

- Ainsi, en Bretagne, un site recense l'ensemble des « structures sportives ayant signé une des deux chartes sport, santé, bien-être (SSBE), proposant des séances d'activité physique adaptée : la charte maladies chroniques, pour les activités à destination des personnes atteintes de maladies chroniques (hors programme d'éducation thérapeutique du patient) ; et la charte Forme Santé, pour les activités à destination des personnes engagées dans une démarche Forme Santé »¹⁵⁵ ;
- en PACA, une cartographie interactive en ligne (« Mon sport santé PACA ») permet la recherche d'activité physique distinguant entre activité physique adaptée thérapeutique (APAT), sport santé bien-être et MSS ; elle propose de rechercher en outre les « compétences/expériences de l'encadrant », proposant sept types de pathologies¹⁵⁶ ;
- à La Réunion, une cartographie interactive est aussi mise en place, sur la base d'une labellisation¹⁵⁷ : des formations régionales sport santé sont obligatoirement suivies par les éducateurs sportifs pour que l'offre figure dans ce recensement (un dispositif efficient qui est une réponse positive à l'isolement et aux difficultés d'aller se former dans l'hexagone) ;
- en Île-de-France, l'ARS a mis en place une carte de localisation, distinguant les lieux labellisés Prescri'Forme pratiquant de l'APA et mettant en place un numéro d'appel pour les médecins souhaitant plus d'informations¹⁵⁸ ;
- Dans la région Grand Est, le dispositif Prescri'mouv, avec le slogan « Bouger plus pour vivre mieux »¹⁵⁹, s'appuie sur « 5 réseaux de professionnels de l'activité physique compétents et

¹⁵⁵ Charte SSBE Maladies chroniques : « encadrant formé maladies chroniques, cycle de 12 semaines min., groupe de 12 pers. max. ; groupé dédié à l'AP adaptée ; lien avec le milieu médical ; entretien préalable avec le patient ; évaluation en début et fin de cycle. Charte SSBE Forme Santé : encadrant formé Sport Santé, cycle de 12 semaines min., groupe de 15/20 pers. max., groupé dédié à l'AP adaptée ; entretien préalable avec le patient ; bilan annuel de l'activité. <https://bretagne-sport-sante.fr/>

¹⁵⁶ Publiée sous le logo de l'ARS mais constituée par l'association Azur Sport santé à qui l'ARS SUD a délégué certaines tâches <https://paca.sport.sante.fr/carte/#pratique> (07-2025). Le recensement est, sur sondage, incomplet. À l'échelon départemental dans la même région, la MSS 83 propose aux effecteurs de sport santé de se faire recenser par son intermédiaire. <https://maisonsportsante83.fr/autres-soignants/> (07-2025).

¹⁵⁷ <https://ssbe.re/labelliser-mon-activite/> (07-2025).

¹⁵⁸ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-maisons-sport-sante-en-ile-de-france> Le dispositif Prescri'Forme « l'activité physique sur ordonnance en Île-de-France » présente « trois particularités franciliennes par rapport au cadre législatif : la possibilité de prescription est étendue aux médecins de toute spécialité, libéraux et hospitaliers ; au-delà des ALD, le dispositif englobe l'obésité et l'hypertension artérielle ; une plateforme téléphonique régionale ».

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prescriforme-lactivite-physique-sur-ordonnance-en-ile-de-france>

¹⁵⁹ « Le dispositif régional Prescri'mouv a pour objectif d'améliorer la santé et la condition physique des patients adultes atteints d'une pathologie de la liste ALD 30, souffrant d'un trouble musculo-squelettique,

qualifiés pour assurer une pratique en toute sécurité » et fournit une cartographie de localisation¹⁶⁰.

Enfin, ponctuellement, la mission a rencontré des MSS réalisant directement le recensement de leur offre de proximité ou la testant.

de troubles persistants suite à une infection à la covid et/ou en situation d'obésité grâce à la pratique d'une activité physique ou sportive ». <https://www.grand-est.ars.sante.fr/dispositif-prescrimouv-ameliorez-votre-sante-et-votre-condition-physique-grand-public>

¹⁶⁰ Les cinq réseaux sont : CARÉDIAB, dispositif de prévention des complications des pathologies chroniques en Champagne-Ardenne, créé par des médecins généralistes et qui déploie des sessions d'échanges pluriprofessionnelles, des formations et des programmes d'accès aux soins » (départements 08, 10, 51, 52); le comité régional olympique et sportif (CROS) Grand Est, habilité « Maison Sport-Santé » en 2023, qui, « soucieux de renforcer les compétences des professionnels », pilote « la création et l'organisation de formations Sport-Santé, garantissant ainsi une prise en charge de qualité » (54, 55, 57) ; Activité physique santé (APS) Vosges ; la MSS de Strasbourg et le Pôle Accompagnement, prévention, santé Alsace (APSA) qui propose son « appui, au moyen de ses compétences et expériences, à tout organisme ou professionnel concerné par la santé » (4 sites sur les deux départements 67 et 68). Cf. <https://www.prescrimouv-grandest.fr/qui-sommes-nous/> (07-2025).

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministères

Premier ministre

Dimitri Grygowski, conseiller pour le sport, la jeunesse et la vie associative

Benjamin Henreresse, DITP

Margaux Boulanger, DITP

Clea Frambourg, consultante DITP

Ministère du Travail, de la Santé, de la Solidarité et des Familles

Laurence Cate, DGS

Adeline Croyère, DGS

Isabelle de Guido, DGS

Nathalie Joannard, DGS

Lilia Sfihi, DGS

Julie Vanhecke, DGS

Camille Castiel, DGCS

Florian Kastler, DGCS

Eleonore Kerouedan, DGCS

Arnaud Flanquart, DGCS

Jérémie Casabielhe, DSS

Yann Lhomme, DSS

Marion Mathieu, DSS

Clara Tillaud, DSS

CNAM

Olivier Obrecht,

Anne Isabelle Puteaux,

Baptiste Pluvinat

Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative

Damien Combredet-Blassel, Directeur de cabinet

Fabrice Dugnat

Jean-François Hatte, Direction des sports

Pierre-Alexis Latour, Direction des sports

Alexis Ridde, Direction des sports

Emmanuelle Sarron Rangonnet, Direction des sports

Pôle ressources national sport santé bien-être, Vichy

Leidy Culma

Thierry Fauchard

Espérance Fève

Delphine Laborde

Marie Mullot

Cynthia Taillandier

Ministère de l'Éducation nationale

Philippe Limouzin, DGESCO

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Pascal Kiefer, DGESIP

Pascale Duché, DGESIP

Agence nationale du sport

Lucie Le Gall,

Virginie Lamotte

Anne-Lise Titon

Sophie Dufour

ONAPS

Lucile Bruchet, ONAPS, Clermont-Ferrand

Alicia FILLON, ONAPS, Clermont-Ferrand

IGESR

Carole Sève

André Canvel

Administrations en région

Région Bretagne

ARS Bretagne

Elise Noguera,

Nathalie Le Formal,

Hélène Kurz,

DRAJES Bretagne

Alexandre Morel,

Fabrice Daumas, chef du Pôle sports DRAJES Bretagne

Responsables et personnels de MSS

Marie Tiercelin, MSS d'Armor VYV3, 22

Vincent Boucherot, MSS de Cornouailles, Quimper, 29

Laure Jacolot, MSS de Cornouailles, Quimper, 29

Olivier Rabin, UFO3S, UFOLEP, MSS Brest, 29

Claudine Bacquelin, MSS CHU Rennes, 35

Laurence Bauduin, MSS Patis F'orm, 35

Thomas Blossier, MSS Redon, 35

Pierre Le Gal, MSS Ker sport santé, Bruz, 35

Stéphanie Legrand, MSS Marches de Bretagne, 35

Charline Lemaire, MSS CHU de Rennes, 35

Benoît Quelard, adjoint au maire de Redon, MSS Redon, 35

Pierre Redou, MSS Bain-de-Bretagne et coordination de réseau, 35

Darius Bekeris, MSS en Brocéliande à Mauron, 56

Maëlla Guigoures, MSS Bretagne Sud Lorient, 56
Sandrine Joubert, MSS itinérante Vannes, 56

Autres personnalités et experts

Prof François Carré, cardiologue, expert MSS,
Annick Durny, VP sport santé bien-être du CROS et membre du CRDS

Collectivités

Benoît Quelard adj au maire de Redon, chargé des sports, MSS Redon 35

Région Grand-Est

ARS

Dr Arielle Brunner,
Frédéric Remay,
Nathalie Simonin,
Jeanne Chatry-Gisquet, DD54
Amélie Derotte, DD 54
Cecile Gailliard, DD 54
Marianne Villaume, DD 54
Stéphanie Jaeggy, DD 67
Olivia Spinner, DD 67

DRAJES

Emmanuel Thiry,
Dr Patrick Laure,
Damien Kleinmann, SDJES Strasbourg, 67

MSS

Jouan François, MSS Strasbourg, 67
Marie Druart, MSS Strasbourg, 67
Benjamin Veyland, MSS Terres toulouses, Centre aquatique O'Vive, Écrouves, 54
Dominique Nowak, MSS Terres toulouses, Centre aquatique O'Vive, Écrouves, 54
Mélanie Planchais, MSS Terres toulouses, Centre aquatique O'Vive, Écrouves, 54
Dr Marc Pfindel, MSS Nord Alsace, Haguenau 67
Cindy Leobold, MSS Nord Alsace, Haguenau, 67

Autres personnalités et experts

Dr Feltz, adjoint au maire, Strasbourg, MSS Strasbourg

Collectivités

Dr Feltz, médecin généraliste et adjoint au maire de la ville de Strasbourg, chargé de la santé,
Ludovic Huck, directeur des sports, ville et agglomération, Strasbourg

Région Île-de-France

ARS

Yann Hemon, DSP
Audrey Hou-Hen-Pen, DSP
Jean Fabre-Mons, DSP

Dr Roberta Zanchi, DSP
Delphine Caamano, DS 77
Céline Faye, DD 77
Adeline Barchan, DD 93
Sabrina Belhadj, DD93
Pierre Maréchal, DD 95
Diane Pires, DD 95

DRAJES

Cécile Nicole
Mylène Séchaud
Virginie Thebor,

Rectorat de l'académie de Créteil

Bruno Reibel, Délégué académique, Conseiller du recteur

MSS

Amélie Emond, MSS Curial, Paris 19^e, 75
Stéphane Suzzoni, Mon stade, Paris 13, 75
Guillaume Gauthier, responsable des sports mairie de Fontainebleau, MSS de Fontainebleau, 77
Aurélie Loiseau, MSS de Fontainebleau, 77
Claudio Sucami-Tumba, MSS Fontainebleau, 77
Dr Xavier Billard, médecin conseil DRAJES, MSS Meaux, 77
Noémie Prudhomme, MSS Meaux, 77
Nadia Chaumartin, MSS « Partage et Pratique Sportive », Centre d'Activités Adaptées du Pôle Clamart Centre hospitalier Paul Guiraud, Clamart, 91
Agnès Hélias Péan, MSS «Partage et Pratique Sportive», Centre hospitalier Paul Guiraud, Clamart, 91
Marie Houssel, MSS « Partage et Pratique Sportive », Centre hospitalier Paul Guiraud, Clamart, 91
Alexis Lavaine, MSS « Partage et Pratique Sportive », Centre hospitalier Paul Guiraud, Clamart, 91
Auardia Otmani, MSS « Partage et Pratique Sportive », Centre hospitalier Paul Guiraud, Clamart, 91
Isabelle Petit, MSS « Partage et Pratique Sportive », Centre hospitalier Paul Guiraud, Clamart, 91
Catherine Montant, MSS La force d'Epione, Centre d'activité physique et de bien-être, Le Blanc-Mesnil, 93
Maxence Taureau, MSS La force d'Epione, Centre d'activité physique et de bien-être, Le Blanc-Mesnil, 93
Lamine Camara, MSS Défi-forme santé, Saint-Denis La Courneuve, 93
Nathan Colaviti, coordination départementale, Fédération sportive et gymnique du travail (FSGT), Bobigny, 93
Anthony Filin, MSS APA de géant, Épinay-sous-Sénart 91 et Saint-Maur, 94
Annabelle Grousset, MSS APA de géant, Épinay-sous-Sénart 91 et Saint-Maur, 94 et UNMSS
Aude Jacquemard, MSS APA de géant, Épinay-sous-Sénart 91 et Saint-Maur, 94

Autres personnalités et experts

Collectivités

Dr Valérie Gignoux, projet de développement des MSS, Ville de Paris
Caroline Izambert, service promotion de la santé et réduction des risques, Ville de Paris
Guillaume Gauthier, responsable des sports mairie de Fontainebleau,

Région Sud

ARS

Margaux Gianfranceschi
Sophie Monteil
Olivier Reilhes
Emilie de Nardo

Région académique

Benoît Delaunay, Recteur

DRAJES

Madjid Bourabaa
Audrey Giannattasio
Andy Collet (stagiaire)
Bertrand Rigolot
Corinne Botta, SDJES 05
Agnès Chabot, SDJES 05

MSS

Jean-Philippe Bartolotta, MISS Provence Verdon, 04
Virginie Caupinx, MISS du Verdon (Maison Intercommunale Sport Santé du Verdon) 04
Olivier Brisse, MSS Dévoluy (Laragne), 05
Alizée Chaillan MSS Marseille en forme, 13
Arnaud Gebleux, OMS Istres, MSS Treiz'en forme, 13
Alicia Jourdan, MSS Miramas, 13
Morgan Laury, MSS Treiz'en forme multisite, CDOMS13
Isabelle Petit, MSS SMUC (Stade Marseillais Université Club, Marseille, 7^e, 8^e, 9^e), 13
Cécilia Revol, Chargée de Mission Sport Santé, Comité Départemental des Offices Municipaux des Sports 13 (CDOMS13), Responsable technique MSS « Treiz'En Forme », 13
Mikael Richaud, MSS Ville de Marseille, 13
Perrine Roux, MSS Ville de Marseille, 13
Cécile Rochereux, MSS Pays salonais, 13
Garoussi Sakaïna, MSS PAC 13 sud (Marseille, arrondissements 1^{er}, 2^e, 3^e, 13^e, 14^e, 15^e, 16^e et Aubagne), 13
Fanny Dagoumel, MSS Pays d'Apt, Apt, 84
Agathe Martinez, MSS ASSER (Association Sportive Sorgues Éducation et Réhabilitation), Sorgues, 84
Jade Russo, MSS Luberon et Pays de Sorgues, Cavaillon, 84
Garoussi Sakaïna MSS (Marseille 14^e, 15^e, 16^e arrondissements)

Partenaires de la MSS Ville de Marseille

Frédéric Lalles, Association Fitzform
Aurélien Guillois, Association « Refaire surface »
Alice Blin, APHM centre de coordination en cancérologie
Llucia Adrover, CPTS Activ'santé 4e 5e arr,
Sybil Giacomoni, CPTS Activ'Santé

Personnalités, associations et collectivités

Bruno Brignone, ville de Marseille
Corinne Drihen, ville de Marseille
Georges Maguerez, ville de Marseille
Michèle Rubirola, ville de Marseille
Emeline Tur, ville de Marseille
Christian Guibert, CROS Sud
Véronique Lopez, CROS Sud

Experts et universitaires

Alain Fuch, Association Azur Sport Santé, Nice
Charlène Falzon, Azur Sport Santé, MSS, Nice
Coline De George, Association Azur Sport Santé, Nice
David Fuente Association Azur Sport Santé, Nice
Amadou Ouattara, Association Azur Sport Santé, Nice
Julien Monnier, Association Azur Sport Santé, Nice
Antoine-Noël Racine, LAMHESS, EUR HEALTHY, UCA
Charlène Goetgheluck Villaron, UFR STAPS, département APAS, AMU ; Consortium national en
Activité physique adaptée CNAPAS

Région AURA

ARS

Patricia Salomon
Aurélie Roux-Raquin

MSS

Mélanie Rance, MSS du CREPS de Vichy

Région Centre Val de Loire

DRAJES Orleans-Tours

Rodolphe Legendre,
Maxence Léon-Leverd
Yassire Bakhallou

Guadeloupe

ARS

Malika Conseil
Jean-François Cayet

DRAJES

Philippe Le Jeannic
Stéphanie Thomson
Rémy Leonard

Guyane

ARS

Dorothée Alexandre
Pôle sport préfecture de Guyane
Roland Monjo

La Réunion

ARS

Etienne Billot

Stelly Chopinet-Dijoux

DRAJES

Vincent Hoareau

Nicolas Vouillon

Martinique

ARS

Yves Servant

DRAJES

Michel Destin

Charles-Eric Privat

Mayotte

ARS

Fatiha Djabour

Guy Nassim

DRAJES

Madeleine Delaperrière

Elodie Alves

Rectorat

Jacques Mikulovic, recteur

Fédérations

Fédération française d'athlétisme (FFA)

Thibault Deschamps

Lucas Goustiaux

Adrien Tarenne

Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV)

Wara Briet

Union française des œuvres laïques d'éducation physique (UFOLEP)

Adil El Ouadehe

Chloé Malet

Mutualité française

Laure Marie Issanchou

Priscilla Hamon

Universitaires et experts

Guillaume Bodet, C3D, UFR STAPS, Lyon 1

Damien Vitiello, C3D, UFR STAPS, Paris Cité

Clément Perrier, Université de Nîmes

Antoine-Noël Racine, UniCA

Cedric Fretigne, UFR sc éd sco staps, UPEC

Jérôme Frigout, département STAPS, UPEC

Kristell Sanquer, département STAPS, UPEC

SIGLES UTILISÉS

ALD : affection de longue durée
ANCT : Agence nationale de la cohésion des territoires
ANS : Agence nationale du sport
ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AP : activité physique
APA : activité physique adaptée
APAS-S : activité physique adaptée et santé
APAT : activité physique adaptée thérapeutique
AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris
APS : activité physique santé
APSA : Accompagnement, prévention, santé Alsace
APS-A : activités physiques et sportives adaptées
ARS : Agence régionale de santé
AURA : Région Auvergne Rhône Alpes
BeLa : BewegungsLandkarte
BPJEPS : brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
C3D STAPS : association des directeurs d'UFR STAPS
CDD : contrats à durée déterminée
CFPPA : Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CROS : comité régional olympique et sportif
DAPAP : dispositif d'accompagnement à la pratique d'activités physiques
DBS : Deutschen Behinderten-Sportverband
DEJEPS : diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
DESJEPS : diplôme d'État supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
DGCS : direction générale de la cohésion sociale
DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGPR : Société de prévention des maladies cardiaques (Allemagne)
DOSB : Deutscher Olympischer Sportbund
DRAJES : Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
DU : diplôme universitaire
EAPA : enseignant en activité physique adaptée
EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMC : Exercise is medicine in Canada / *Exercice est un médicament* Canada
EPCI : établissement public de coopération intercommunale
EPICES : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé
EPS : éducation physique et sportive
ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux
ETP : équivalent temps plein
FIR : Fonds d'intervention régional
FRR : France ruralités revitalisation
FYSS : activité physique dans la prévention et le traitement des maladies (Suède)
GoPA: Global Observatory for Physical Activity

HAS : Haute autorité de santé
HCSP : Haut conseil de la santé publique
HEPA : Health Enhancing Physical Activity
ICAPS : intervention Centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGESR : Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
IME : institut médico-éducatif
IMS : institut médico-social
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
LEA : niveaux de Soins Essentiels (Italie)
MESR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MSJVA : Ministère des sports de la jeunesse et de la vie associative
MSS : maison sport-santé
MTSSF : Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles
NERS : National Exercise Referral Scheme (Pays de Galles)
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONAPS : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
PACA : Région Provence Alpes Côte d'Azur (Sud)
PAP-S : Fysisk aktivitet på recept FaR (Suède)
PCR : projets de contrats de retour
PHW : Public Health Wales
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PRN 2S : Pôle ressources national sport santé bien-être
QPV : Quartiers prioritaires de la politique de la ville
RGPD : Règlement général sur la protection des données
SCPE / CSEP : Société canadienne de physiologie de l'exercice
SDJES : Services départementaux à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
SFP : Société française des professionnels
SI : système d'information
SMR : soins médicaux et de réadaptation
SNSS : Stratégie nationale sport santé
SSBE : sport, santé, bien-être
SSR : Système régional de santé (Italie)
STAPS : sciences et techniques des activités physiques et sportives
SUS : Système unifié de santé (Brésil)
UFR : unités de formation et de recherche
UNMSS : Union nationale des maisons sport-santé
VAE : validation des acquis de l'expérience
YFA : Association professionnelle suédoise pour l'activité physique
ZRR : Zones de revitalisation rurale

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SPORTS ET DES JEUX
OLYMPIQUES ET PARALYMPIQUES

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

Paris, le 15 MARS 2024

La ministre des Sports et des Jeux
Olympiques et Paralympiques

Le ministre délégué chargé de la Santé et de
la Prévention

à

Monsieur Thomas AUDIGE
Chef de l'Inspection générale des affaires
sociales (IGAS)

Madame Caroline PASCAL Cheffe de
l'Inspection générale de l'éducation, du
sport et de la recherche (IGESR)

Objet : Mission conjointe relative au modèle économique des maisons sport-santé

Le déploiement de maisons sport-santé (MSS) sur l'ensemble du territoire est une mesure phare de la Stratégie nationale sport-santé (SNSS) 2019-2024, qui compte désormais près de 500 structures habilitées, conformément à l'objectif fixé dès 2017 par le président de la République.

La loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France leur a donné un statut légal dans le code de la santé publique et a conduit à passer d'une logique de reconnaissance des MSS par appels à projet nationaux à un régime d'habilitation conjointe au niveau régional par les Agences régionales de santé (ARS) et les Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)¹.

Selon leurs missions fixées par arrêté², les MSS sont des lieux ressources d'information, d'accompagnement et d'orientation des publics vers la pratique d'activité physique ou d'activité physique adaptée, et de mise en réseau et de formation des professionnels de la santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée. Elles ont pour objectif de favoriser un mode de vie actif en concourant, notamment, à l'élaboration d'un programme (ou parcours) d'activité physique à des fins de

¹ Décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des maisons sport-santé.

² Arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges des maisons sport-santé et contenu du dossier de demande d'habilitation et de renouvellement d'habilitation

IGAS 2024-092R/IGESR 2023-24 183B
IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IGESR : Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
IGAS : Inspection générale des affaires sociales

santé pour chaque personne accueillie, à savoir des patients en affection de longue durée, souffrant de maladies chroniques, présentant des facteurs de risques, ou en perte d'autonomie, pour qui la pratique d'une activité physique adaptée est prescrite ; mais aussi des 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.

Au sein des publics accueillis, les personnes domiciliées en territoires inscrits en géographie prioritaire (quartiers politique de la ville, zones de revitalisation rurale), en situation de précarité socio-économique, fortement sédentarisées, constituent un public cible prioritaire.

Les maisons sport-santé s'appuient sur une diversité de financements représentatifs de la multiplicité des statuts juridiques et modèles économiques des structures porteuses (association, établissement de santé, collectivité territoriale, établissement public, société commerciale).

Le déploiement du dispositif s'est accompagné de financements des pouvoirs publics pour aider les MSS dans leur phase d'amorçage. Ainsi, le ministère chargé des sports a consacré un million d'euros en 2019, puis 3 millions d'euros en 2020, 2021, 2022 et 4 millions d'euros en 2023 au programme MSS sur le P 219 (excluant les structures privées marchandes à l'exception de celles relevant de l'économie sociale et solidaire éligibles aux subventions publiques). Le ministère chargé de la santé intervient également dans ce financement au travers des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) alloués par des ARS en fonction de priorités régionales. D'autres sources de financement ont pu être mobilisées par les MSS de manière très hétérogène en volume et en origine (collectivités territoriales, caisses de sécurité sociale, complémentaires santé, cotisations des usagers...).

Ces financements composites et l'absence de garantie de soutiens institutionnels durables et homogènes sur le territoire constituent une fragilité qui pénalise l'ancrage et la pérennité de ces structures. Elle est régulièrement soulevée par les MSS et les acteurs du sport-santé, d'autant que la viabilité du modèle économique constitue désormais une condition de l'habilitation par l'Etat et de son renouvellement.

Dans ce contexte, il vous est demandé de :

- dresser un état des lieux des différentes activités conduites par les MSS et des dépenses qu'elles représentent ;
- au regard de cet état des lieux, identifier les différents financements et modèles économiques mis en place, en analysant leurs forces et faiblesses ;
- analyser les moyens humains et financiers mobilisés par les MSS en fonction de la nature et de leur niveau d'activité ainsi que de l'étendue de leur périmètre d'intervention ;
- formuler des recommandations et propositions concernant :
 - o l'offre de service des MSS, en fonction d'une typologie que vous établirez et, le cas échéant, les évolutions nécessaires de cette offre ;
 - o les moyens (humains, techniques, partenariaux...) nécessaires pour permettre de déployer cette offre de services en fonction des types de MSS identifiés et de leurs caractéristiques (type d'activité, volume d'activité, file active, ...). Ces recommandations devront permettre au besoin d'identifier s'il est nécessaire de définir des caractéristiques « socles », identiques entre les MSS (équipe type, socle minimal en ETP, ...) ;
 - o le/les types de modèles économiques apparaissant les plus pertinents au regard des missions, services rendus (prévention primaire / secondaire et tertiaire) et publics cibles. En particulier, il est attendu un focus sur la politique tarifaire appliquée aux usagers (gratuité, tarification sociale graduée selon les ressources, reste à charge...) au regard notamment des publics prioritaires ciblés ;

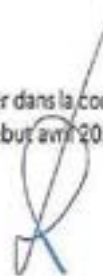
- o les modalités de financement de ces structures : modalités et estimation du montant de financement nécessaire du dispositif pour en garantir la pérennité et assurer un déploiement équitable sur le territoire et auprès des publics concernés, part et critères d'attribution du financement provenant de la solidarité nationale au regard du financement total et de la coexistence ou non d'autres financements publics et privés, identification d'autres sources de financement le cas échéant.

La remise du rapport est attendue pour le mois de juin 2024.

Nous vous demandons de nous alerter sur toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la conduite de cette mission et de nous transmettre un point d'étape aux environs de fin mars/début avril 2024.



Amélie OUDEA-CASTÉRA



Frédéric VALLETOUX