

**Contribution de la
Société Française de Sport Santé (SF2S)
au projet de Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS,
notamment axes 3 et 4)**

La SF2S estime que l'activité physique (AP) voire sportive (S), partie intégrante, est à pratiquer par chacun tout au long de la vie : de même que l'hygiène, le mode de vie, l'alimentation voire les apprentissages sont quotidiens, « tout au long de la vie », l'AP devrait l'être depuis le stade fœtal –donc pour la femme enceinte – jusqu'à la grande vieillesse. C'est de l'AP en plus de comportements d'hygiène et d'alimentation sains, –à bien définir pour une « vraie qualité de vie » et quelle conception de société nous est proposée pour l'assurer, débat conceptuel pour des choix politiques hors sujet ici ?-. L'AP c'est pour chacun avec un vrai mode de vie actif à tous les âges et moments de la vie, même en cas de maladie -si compatible- et quel que soit le cadre de vie. Bien sûr il conviendrait pour assurer du « sport pour tous » -de fait pour chacun-, de réduire les inégalités d'accès à l'AP pour certaines populations (QPV, ZUP, DSN, CL d'insertion ou de santé), alors même qu'elles sont plus exposées aux accidents de santé. Un enjeu important est de faire prendre conscience de son corps physique en permettant à chacun de mieux en connaître les caractéristiques et fonctionnement ce qui passe par une éducation à la santé, adaptée à chaque âge et à chacun. Il s'agit de bien considérer que le corps physique n'est qu'une dimension de la santé, les aspects cognitifs, psychologiques et sociaux, également sollicités par les APS, sont des dimensions essentielles au bon équilibre, à l'harmonie intérieure de chacun (« corps, âme et esprit »), bien inséré en société, avec du lien social.

La Société Française de Sport Santé, à partir de données scientifiques validées, de constats et d'observations de terrain –grâce à sa transversalité, tous les acteurs du sport santé y sont représentés- fait quelques propositions, notamment pour les axes 3 et 4.

A l'état fœtal : l'AP est pratiquée par la femme enceinte. Tout comme la musique entendue par la femme retentit sur l'activité fœtale- l'AP a des répercussions pendant la vie in utero, mesurée par exemple par l'enregistrement de la fréquence cardiaque du fœtus (réf 1) ou sur l'activité cérébrale après la naissance (réf 2, 3).

Proposition (présentée lors de la journée du 11 juin 2018) : les sages-femmes, médecins gynécologues ou obstétriciens pourraient prescrire l'AP pendant les 2 voire 3 trimestres de grossesse (ce serait même mieux si la pratique d'AP débute dès le projet de maternité). Selon l'état de la femme enceinte et la prescription d'AP conséquente, la mise à l'AP serait assurée par des enseignants en APS adaptée (APA) en maternité ou en ville ou en club sportif certifié à cette fin avec formation complémentaire spécifique de l'éducateur sportif. Ce pourrait être aussi réalisé –à discuter- par des sages-femmes spécifiquement formées. Dans tous les cas, quels que soient les encadrants des AP(S), ils auraient une mission d'éducation à la santé des futures mères, en particulier pour les sensibiliser, mieux les former -parce que lors de la grossesse elles ont une meilleure réceptivité aux messages de santé- à bien « faire bouger » les nouveau-nés pour peu après la naissance mettre en condition de mouvements « riches » pour développer au plus tôt les potentialités motrices... au moment de meilleure réceptivité (de la naissance à la puberté). A noter l'existence d'un

groupe de travail « femme et grossesse » au sein de la SF2S et d'une association sur l'AP les 1000 premiers jours.

En crèche, après la naissance, à partir de 2,5 mois et jusqu'à 3 ans (« La crèche accueille les enfants de 2,5 mois jusqu'à 3 ans... et ne peuvent plus y être inscrits après l'âge de 3 ans sauf si porteur d'un handicap » (4) et non pas comme écrit dans la synthèse du PSNSS de juillet 2018 « *Identifier des programmes d'APS pour les 3 – 6 ans dans les crèches* »). Les « 1000 premiers jours sont déterminants pour la santé de l'enfant » (nombreuses publications, OMS...). Cette période majeure pour la croissance, le développement et l'épanouissement implique l'apprentissage de comportements de santé, notamment nutritionnels et d'AP.

Proposition (présentée le 11 juin) : faire figurer dans le projet d'établissement, avec ses trois volets - social, éducatif, pédagogique, la pratique de jeux adaptés à l'âge des tout-petits, avec le renforcement de la formation sur les AP : plus qu'une sensibilisation, une formation), à tous les niveaux, pour les assistantes maternelles, auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants ou infirmiers en puériculture. Ce serait envisageable en formation initiale ou en formation continue sous forme de stages, de regroupements ou sur site, par exemple par des enseignants en APA, intervenant de façon ponctuelle dans les crèches, à la charge des collectivités territoriales.

La période (péri)scolaire à partir de 3 ans est également très importante en termes de développement de comportements santé, nutrition, AP et lien social ; elle va concerner les parents, le système éducatif et déjà les clubs sportifs peuvent être impliqués dans le temps périscolaire. Il s'agit aussi et cela revient à « tous », d'assurer le dépistage des enfants à risque au plan physique, mental ou social (facteur familial, anomalies de courbes de croissance staturale et pondérale...) en vue de prises en charge adaptées les plus précoces possible. Si les savoirs fondamentaux de l'école -mission essentielle du système éducatif- sont : « lire, écrire, compter et respecter autrui » (5), il ne peut être ignoré son rôle majeur dans l'éducation y compris à la santé dès le plus jeune âge -et pas seulement l'instruction- en vue notamment de l'intégration de jeunes populations issues de la diversité.

Propositions (remise en fin de journée du 11 juin) :

- proposer des formations-actions des enseignants du premier degré en proximité en coordination avec les collectivités locales, les fédérations USEP et UGSEL et les fédérations sportives (programmes pédagogique ad hoc existants ou à développer).
- Inciter les chefs d'établissement à intégrer la promotion des modes de vie actifs dans les projets d'établissement du secondaire en s'appuyant sur les professeurs d'EPS en transversalité avec les autres disciplines (SVT...) et les médecins et infirmières scolaires, en coopération avec l'UNSS et l'UGSEL.
- Compétence EN : revaloriser l'EPS dans les programmes scolaires (volume horaire prescrit par LES JO respectés) et encore mieux maîtriser les dispenses d'EPS en proposant aux élèves de participer aux cours d'EPS à des postes aménagés (organisation, arbitrage...) ou à des classes d'EPS regroupant des enfants en difficulté physique (avec lutte contre la stigmatisation et reconditionnement personnalisé à l'effort). Cela existe déjà, les moyens sont à donner de le diffuser plus largement.

- Compétence Enseignement supérieur : Inciter les étudiants à pratiquer une APS régulière en intégrant des modules sportifs à leur cursus comme cela se pratique dans quelques grands pays (Unité de Valeur Capitalisable).

- Le cadre de vie hors temps scolaire : les conditions de vie mais également l'environnement alimentaire et physique conditionnent fortement les comportements de santé. Des efforts sont faits pour aménager le territoire urbain et péri-urbain mais il sera difficile de modifier les cités HLM ou d'accueil ou les îlots pour les rendre plus conviviaux, notamment pour permettre l'accès par des jeunes filles trop souvent cantonnées dans des logements exigus, aux espaces de jeux. Avec l'aide des collectivités, des gardiens, des animateurs ou des « aînés » permettent déjà d'améliorer ces conditions. Pour les plus jeunes, l'installation d'aires de jeux adaptées à chaque tranche d'âge est un facteur de développement physique, mental et social des enfants tout comme d'évaluation de leurs aptitudes. Nous proposons d'augmenter le nombre d'aires de jeux surveillées dans les zones classées QPV ou assimilées avec la participation des CT, conseils départementaux et DDCS.

Adultes « en bonne santé apparente » : ils répondent à l'objectif de mode de vie actif, d'APS pour tous, plus de 60 millions devraient pratiquer au moins 30 min par jour d'APS, à titre de loisir pour la plupart. Cela concerne toutes les AP quotidiennes, à domicile, de jardinage, bricolage, lors des déplacements, au travail, de loisirs voire sportives dans la mesure où elles sollicitent suffisamment par leurs volume et intensité les fonctions pulmonaires, cardiovasculaires et locomotrices pour observer des adaptations bénéfiques à la santé. Le constat actuel est, entre autres, un manque de pratique suffisante d'AP, trop de comportements sédentaires (station assise trop prolongée) et pas assez de lieux de pratique d'APS (voir travaux et publications de l'ONAPS, de l'IRMES et du PRN2SBE). La promotion de la santé par les APS passe notamment par un aménagement du cadre de vie, de l'environnement physique, par le développement des déplacements doux et par la prescription ou au moins la recommandation systématique d'AP après un bref questionnaire (type : de Maréchal) lors de toute occasion (visite de travail, certificats divers, vaccinations, passage à la pharmacie ou à la CCAS municipale...). Les Fédérations sportives répondent à ce besoin par le développement du sport loisir, fit, forme et bien-être.

Propositions : - un plan vélo enfin suivi avec une meilleure protection des voies et surtout des carrefours (zone la plus dangereuse et où s'interrompent trop de pistes cyclables), parcs à vélos (ou bicyclettes) et VAE plus nombreux et protégés/sécurisés contre le vol et peu onéreux !), carrefours urbains tous en zone 30, aménagements de grands parcs autos en bout de lignes de bus, cars, trains, métros, tramways et principales stations TER et RER en accès gratuit ou forfait minime. Cela figure déjà dans des « plans régionaux environnement et santé », la convergence des propositions les fera-elle avancer ?

Comme pour les enfants, dans les jardins publics, parcs et bois, installation de parcours sportifs ou espaces de remise en forme en accès libre par les CT.

- Pour les installations sportives (piscines, stades et autres), une place plus importante serait à consacrer aux pratiquants de loisir, souvent laissés de côté au profit des sportifs s'entraînant à la compétition.

- Les zones utilisées en pleine nature ont besoin d'être mieux sécurisées (parcours de course à pied, MN ou VTT dans les parcs et bois) : un éclairage certes coûteux est à plus développer.

- Il y a un écueil reconnu à l'inscription des pratiquants occasionnels de loisirs auprès des Fédérations sportives, avec un taux de pratique hors club (« sauvage ») très élevé (> 90 %

pour les sports de pleine nature) : le certificat médical d'absence de contre-indication (CACI). Nous proposons que les pratiquants occasionnels puissent s'inscrire directement sur Internet auprès des Fédérations sportives (ou via les loueurs de matériel ou d'accès) pour une licence ou carte \pm temporaire sans CACI préalable mais seulement le QS-Sport qui de fait engage et responsabilise l'adhérent (ceci est déjà pratiqué par plusieurs Fédérations multisports ou affinitaires).

Concernant le CACI, l'examen médical préalable est comparable à celui de l'EMNCl antérieur et donc ne devrait pas constituer de surcharge supplémentaire pour les MT s'agissant de conseils simples pour les parcours de sport-santé à titre de promotion de la santé voire, selon les cas, de prévention primaire.

Nous proposons qu'une étude épidémiologique soit effectuée (Santé Publique France et IRMES) pour évaluer les retombées du passage d'annuel à trisannuel du CACI et à son éventuelle suppression pour des pratiques de loisirs temporaires ou occasionnelles mais si possible encadrées et avec accès des inscrits à une offre d'informations, en particulier avec des avertissements de sécurité, sur le site d'inscription à la licence ou carte loisir, fit, forme ou bien-être fédérale (« club service »).

- Formation des pharmaciens d'officine et des acteurs sociaux à proposer l'AP directement ou via le MT le cas échéant : la SF2S a créé des formations pour ces deux groupes d'acteurs, diffusées dans plusieurs régions de France.

En entreprise : pour diverses raisons démontrées, plus grande efficacité au travail, moindre absentéisme, promouvoir leur image..., des entreprises soutiennent des programmes de « sport en entreprise », de fait souvent en dehors du temps de travail –mais les salariés sont plutôt enclin à rentrer à domicile- voire du lieu de travail –encore des déplacements- !. Des challenges ou compétitions interentreprises sont organisées sensées créer une émulation au sein des entreprises mais aux retombées peu évaluées sur le développement du sport pour la majorité des salariés- et avec un coût non négligeable, parfois objet commercial. Il y a une confusion avec l'AP en atelier ou dans les bureaux, destinée à l'amélioration des conditions de travail et à la prévention des TMS. Cela concerne notamment tous les employés, avec des temps assis trop longs fréquents et des temps de pause restant à optimiser au-delà du passage aux toilettes, à la machine à café, à grignoter une viennoiserie ou à « griller une cigarette ».

Propositions (présentée le 11 juin) : séances de 5 min chaque heure (ou 10 min/2 h) alternées entre AP énergétiques et AP de souplesse, coordination... sous la conduite d'enseignants APA, ayant réalisé au préalable sur place une brève étude ergonomique des postes, postures et contraintes psychologiques (stress, dynamique, environnement) au travail. La difficulté réside dans le tissu des entreprises, la majorité étant des mini voire micro-entreprises, mais un exemple concret : une petite équipe de femmes de service-ménage au moment de la prise du travail le matin à 6h : elles bénéficient d'une séance quotidienne de 15 min, prise sur le temps de travail, de mouvements pour s'échauffer et s'assouplir en vue de meilleures postures et prévention des lombalgies, encadrée et apprise par un enseignant APA inter-entreprise (vacations). Cela est faisable également en atelier ou bureau avec vacations payées directement à l'encadrant sportif (des sociétés servant d'intermédiaires pratiquent des tarifs élevés avec retour insuffisant (10 à 20 %) aux encadrants sportifs de terrain. Les médecins et infirmiers du travail pourraient être sensibilisés et leurs formations initiales et continues renforcées sur les bienfaits de l'AP au

travail avec quelles mesures concrètes à envisager. A signaler que de tels ateliers AP en entreprise sont organisés par la FFEPGV-sport santé.

Au moment du **départ à la retraite**, il semble constaté un erratisme médical significatif, gaspillage en partie maîtrisé par les médecins traitants (MT), à ce tournant important de la vie.

Proposition : un bilan médical au moment du départ à la retraite ou à 62 ans par les centres d'examens de santé des CPAM (peu nombreux) ou des centres d'examens de santé territoriaux, municipaux.... Ils auraient entre autres objets de réaliser des bilans de santé cliniques et biologiques approfondis, de réaliser une évaluation des aptitudes physiques, de dépister des pathologies évolutives infracliniques et de bien préparer aux comportements de santé avec conseils nutritionnels et d'AP adaptés à chacun pour cet âge. Le coût élevé est aussi une économie d'investissement sur les pathologies chroniques à venir.

Signalons qu'il vient d'être créé « une consultation de prévention de 45 minutes : la CSMF signe avec le groupe Klesia » (6) pour un montant de 125 € ; elle est spécifique, ciblant les salariés non-cadres de la branche « transport routier », dès la rentrée de septembre 2018. Cet exemple peut-il servir pour ce projet de consultation de prévention vers 60 ans ? Cette consultation d'une durée de 45 min peut comprendre la consultation de mise à l'AP au vu du prochain « Guide de promotion, consultation et prescription médicale de l'activité physique et sportive pour la santé » de la HAS. Et le progiciel « monbilansportsante » d'examen médical préalable à la mise à l'AP peut y répondre, déjà utilisé par quelques centaines de médecins pour quelques milliers de personnes ou patients. Il est d'accès direct et gratuit sur Internet par les médecins et figure déjà sur le site de quelques Fédérations sportives et CROS (en cours sur celui de la SFMES). Il pourrait être rapproché du futur DMP électronique, de toutes façons incontournable.

Sport santé et pathologies chroniques (ALD ou non) : « la prescription de l'AP par les médecins (MT) est en panne » (voir le rapport de janvier 2018 du député mozellan).

- Pour faire bref et un peu schématique, les MT n'en ont pendant leur consultation à 25 € ni le temps, ni les connaissances spécifiques aux centaines de disciplines sportives, qui plus est plus ou moins adaptées, ni les moyens -aucun financement prévu pour un véritable acte médical complémentaire de la consultation, plus approfondi que le CAC ; ils engagent leur responsabilité en adressant en confiance leurs patients à des encadrants du sport-santé dont la formation est très disparate et qu'ils ne connaissent pas.

- Or le SSSO fonctionne déjà bien, avec des réseaux sport santé efficaces (Midi-Pyrénées, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Picardie, Normandie, Ain, Loire, Strasbourg, Biarritz ...), des recommandations, préconisations et actions portées par l'ONAPS (abréviations en annexe), le PRN2SBE, la SF2S, les DRJSCS et ARS (Bourgogne Franche-Comté, Grand-Est...), en attendant la publication annoncée du guide de prescription médicale de la HAS.

Des millions de patients porteurs de pathologies chroniques ne bénéficient pas actuellement de cette prescription d'AP, alors -et il est inutile d'y revenir- que c'est une thérapeutique non médicamenteuse essentielle validée, reconnue dans de nombreuses pathologies. Il s'agit là d'une véritable perte de chance : combien de morts, évitables ou prématurées, seront attribuables à cette carence de prescription aux causes multiples ? Va-t-on au-devant d'un nouveau scandale sanitaire ?

- Le sport santé est tout de même déjà pratiqué mais le constat est fait que les recommandations (OMS, ACSM, ANSES) sont parfois mal respectées, fréquence et intensité de pratique étant insuffisantes, inefficaces. De plus, les justifications scientifiques des bienfaits avancés sont parfois fragiles : des publications de cliniciens pèchent sur la description précise des contenus d'AP, incomplets, mal renseignés et surtout trop hétérogènes sur leurs effets physiologiques réels (résistance et endurance mélangées). Les résultats peuvent provenir d'études multicentriques, avec une rigueur insuffisante dans la reproductibilité des protocoles de mesures, épreuves et tests.

C'est alors une erreur, voire une tromperie que d'avancer des bénéfices et de faire croire à des pourcentages élevés attendus de rémission, atteints en fait avec des contraintes de pratique d'AP bien plus élevées. Les pouvoirs publics, notamment de santé, se posent de façon justifiée la question de l'efficacité des programmes de sport santé en France pour les patients et attendent des réponses concrètes pour y pallier.

Des cas d' »incompétences » quant à la programmation concrète et à l'animation de sessions d'AP par des encadrants sportifs de clubs référencés sport-santé (mode déclaratif) ont été verbalement rapportés lors de réunions.

Le MédicoSportSanté® et le Vidal® du Sport (en cours), publiés par la CM du CNOSF, sont deux référentiels majeurs pour les médecins et aussi pour les encadrants sportifs sport santé (E3S) des Fédérations mais les niveaux de formation de leurs éducateurs (E3S) sont très disparates

Propositions ; - développement des réseaux sport-santé (présentée le 11 juin) à tous les niveaux, de celui régional à celui territorial voire de quartier ou au sein d'un CMS, avec l'évidente utilité d'une mutualisation des expériences et savoir-faire, d'une coordination de ceux existants. Ils ont été créés sous l'impulsion des CT, conseils départementaux et régionaux, CROS et CDOS, UR et UDPS et associations de patients avec le rôle d'aide et de contrôle des services de l'Etat (ARS et DRJSCS) qui ne devraient à aucun moment se substituer aux prérogatives du secteur civil.

- **consultation d'inclusion** pour la mise à l'APSA, de 45 min à 1 h, par exemple 20 min médecin et 40 min enseignant APA (E-APA), comprenant l'examen clinique... et le remplissage de « mon bilasportsante » par le MT et par le patient et l'E-APA, les questionnaires, bilans (éducatif, motivation...), tests d'évaluation, ateliers d'AP d'essai et programme d'APSA avec adressage à un club sportif référence SS. Le montant de 125 € proposé précédemment pourrait ici aussi être appliqué.

- **formation des médecins à la prescription** de l'AP en formation continue : la SF2S, parmi bien d'autres maintenant, a publié des contenus de formation en e-learning pour les MT, validés par une ARS. Le soutien est à envisager des URPS et CDOM pour une diffusion plus large, une fois la revalorisation financière de l'acte médicale de prescription obtenue.

- **harmonisation des formations sport santé** permettant le référencement ou la certification des clubs sport santé au niveau des régions ou départements ou la labellisation par les Fédérations sportives. Par exemple, la SF2S s'est rapprochée de plusieurs réseaux régionaux pour mettre en commun des contenus de formation sport santé de niveau 1 (minimum requis par la CM CNOSF pour la labellisation) ainsi que de niveau 2, compléments de formation pour des prises en charge spécifiques de certains patients (« pratique avancée pour les séniors, en oncologie, pour les BPCO,...) ; tous ces programmes ont été validés par des ARS ou DRDJSCS. Un groupe de travail pourrait renforcer sur ce sujet la CM du CNOSF.

- **harmonisation des mesures, tests et épreuves et création d'une base nationale de données (big data et intelligence artificielle IA)** (présenté le 11 juin) : pour pallier au manque de données concrètes, observationnelles, en France -notamment pour les autorités de santé-, nous proposons la création d'un groupe de travail, avec des représentants des personnels de santé, des enseignants APA et des Comités sport santé des Fédérations. Ils auraient pour mission de définir pour chaque groupe de pathologies, une liste limitative et commune -ou au moins un socle- (batterie) de mesures de santé, de tests et épreuves d'évaluation des aptitudes énergétiques et motrices -si possible croisées avec les éventuels tests préconisés par les Fédérations-, avec des indications, contre indications et protocoles précis s'imposant à tous. Ils seraient associés à des données de santé (cliniques et biologiques) et de contenus codifiés d'APSA (type, durée, intensité, volume et progression). Toutes ces données anonymées seraient conservées aux fins d'études d'efficacité des APSA au sein de Santé Publique France et/ou de l'IRMES. Le rapprochement avec le futur DMP électronique coordonné par le MT, réalisé à titre individuel avant l'anonymat, est évident (avis CNIL). Cette banque nationale de données pourrait, localement, être abondée ou coordonnée par les futures « maisons sport santé ». Sur ce sujet, très brièvement, la SF2S est attachée à la prise en charge de proximité des patients depuis le MT prescripteur de l'AP jusqu'au club sportif : réseau autour du patient coordonné par le MT.

- **Proposition de création de « CLAP » hospitaliers** (présenté le 11 juin) : les patients en ALD séjournant à l'hôpital ou en clinique peuvent bénéficier dans des services, \pm sur initiative individuelle, d'ateliers de mise à l'AP avec prescription d'AP \pm suivie lors du retour à domicile. Les encadrants d'AP sont très divers : personnels de santé et de l'enseignants APA à l'E3S, avec des statuts très hétérogènes.

Tout comme il existe des CLIN, CLAN et CLUD, nous proposons la création de « CLAP » « Comité locaux de liaison activité physique » pour mieux coordonner et optimiser, voire mutualiser, les acteurs du sport-santé d'un centre hospitalier et améliorer les relations hôpital-ville. Ces CLAP seraient sous la responsabilité des directions des soins et des services de rhumatologie ou de médecine physique. Presque toutes les spécialités médicales et quelques chirurgicales (ré-entraînement à l'effort des greffés) sont concernées.

Que ce soit en hôpital de jour ou de semaine, les équipes médicales et paramédicales peuvent programmer le temps -comme le font celles de maladies métaboliques avec bilan alimentaire, conseils nutritionnels et atelier cuisine par une diététicienne- pour mettre en place des bilans, conseils (programme, planification, suivi à la sortie de l'hôpital) et atelier d'APA, pour un parcours personnalisé sport-santé, transmis au MT. Celui-ci est le coordonnateur du parcours ; sa tâche sera allégée. Les intervenants spécialisés seront les personnels de santé (MK...) et encadrants APSA en particulier enseignants APA ou E3S en pratique avancé dans la spécialité.

Un tel projet de (re)structuration pourrait ne pas entraîner de surcoût particulier, à moyens constants, s'agissant d'optimiser les moyens existants. Mais ce peut être l'occasion de créer des postes pour des encadrants sportifs, E-APA..., avec le soutien des ARS.

- **proposition de la création d'un dispositif « physivigilance »** (présentée le 11 juin) ; en complément de l'évaluation des retombées du changement des modalités du dispositif médical accompagnant la délivrance de licence sportive (pour et hors compétition, notamment pour le loisir), il y a le manque actuel de connaissances précises sur les accidents

lors des APS (voir cependant les publications de l'InVS sur les accidents domestiques...), en particulier hors pratique fédérale : pour certains sports de pleine nature, plus de 90% des accidents sont observés avec du matériel de loueurs ou en « pratique sauvage ou libre » et mal ou non répertoriés.

De même qu'il existe les dispositifs « pharmacovigilance » et « nutrivigilance » (ce dernier créé sur l'idée d'un responsable de la SF2S), nous proposons la création d'un dispositif de « physivigilance », site de déclaration de tout événement indésirable lors des APS, de la compétition à la pratique d'APSA observé par le professionnels de santé ou l'encadrant sportif (signalement anonyme ?), sur le modèle de la nutrivigilance développée par l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire pour l'alimentation, l'environnement et le travail). En plus des accidents observés, les causes établies seraient à bien décrire, notamment du fait d'un mésusage (technopathie) ou d'un défaut d'appareil, de matériels, d'installation, d'organisation ou de programme d'APSA inadapté au patient voire à l'incompétence supposée d'un encadrant. Une réflexion sera à mener au plan éthique. Ce projet pourrait relever de Santé Publique France.

- **élargir l'offre sportive sport santé référencée aux salles de remise en forme** (présentée le 11 juin) : l'offre de lieux de pratique d'APS devrait concerner 12 à 20 millions de personnes et patients. Elle est insuffisante en théorie : de fait actuellement moins -et jusqu'à quand- moins puisque les MT prescrivent peu l'AP. Elle a besoin d'être étendue. Nous proposons le référencement des salles de remise en forme et centre de fitness labellisés sport santé (label délivré par la SF2S) selon un cahier des charges très strict. Les qualifications et compétences des encadrants coachs sportifs sport santé (C3S), souvent des enseignants STAPS APA, et la conformité des installations pour recevoir des patients sont contrôlées lors d'une visite sur place d'un expert de la SF2S (et non pas du déclaratif sans contrôle réel comme trop souvent pratiqué en région pour le référencement des clubs SS). L'intérêt pour les patients est aussi l'ouverture de ces salles labellisées du lundi matin au dimanche soir avec présence d'un C3S SS au moins sur 35h. Ils sont formés notamment par la SF2S pour assurer la coordination des parcours de santé ou de soins par les APS tant en salle que dans d'autres lieux de pratique d'APSA et dans la vie de tous les jours.

*** Abréviations :**

ACSM : American College of Sport Médecine

ALD : affection de longue durée

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APSA : activité physique ou sportive adaptée

ARS : Agence régionale de santé

C3S : Coach sport santé

CACI : certificat d'absence de contre-indication

CCAS : Centre communal d'action sociale

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLS : Contrat local de santé

CLUD : Comité Local de Lutte contre la Douleur

CM : commission Médicale

CNOSF ; Comité national olympique et sportif
CQP : Certificat de Qualification Professionnelle
CROS : Comité régional olympique et sportif
DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale
DSN : Défi santé nutrition
DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
E-APA : Enseignant en activité physique adaptée
E3S : Educateur sportif sport santé
FFEPGV Sport Santé : Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire sport santé
HAS : Haute autorité de santé
IRMES : Institut de recherche en médecine et épidémiologie du sport
MK : masseur-kinésithérapeute
MT : médecin traitant
OMS : organisation mondiale de la santé (WHO)
ONAPS : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
PRN2SBE : Pôle ressources national sport santé bien-être
QPV : quartier politique de la ville
SF2S : Société française de sport santé
SS : sport santé
SVT : sciences de la vie et de la terre
UGSEL : Union générale sportive de l'enseignement libre
UNSS : Union Nationale du Sport Scolaire
USEP : Unions sportive de l'enseignement du premier degré
VAE : validation d'acquis d'expérience
ZUP : zone urbaine protégée

Références :

- 1) <http://www.sports.gouv.fr/IMGArchivespdfsport-mater4-2.pdf>
- 2) <http://www.metronews.fr/info/l-etude-sante-du-jour-le-sport-pendant-la-grossesse-stimule-le-cerveau-de-bebe/mmkm!4ujyMaBtX0NeM/>
- 3) <http://www.lapresse.ca/sciences/medecine/201311/10/01-4709206-lexercice-physique-pendant-la-grossesse-est-benefique-pour-le-cerveau-de-bebe.php>
- 4) <https://www.notrefamille.com/maman/quel-est-l-age-maximum-pour-la-creche-quel-est-l-age-maximum-pour-la-creche-o281088.html#PijQRKI3E8gkdPwl.99>
- 5) <http://www.education.gouv.fr/cid129644/4-priorites-pour-renforcer-la-maitrise-des-fondamentaux.html>
- 6) https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/05/125-euros-pour-une-consultation-de-prevention-de-45-minutes-la-csmf-signe-avec-le-groupe-klesia-_858499?xtor=EPR-4-%5BNL_weekend%5D-20180609&utm_campaign=NL_weekend&utm_source=qdm&utm_content=20180609&utm_medium=newsletter

Et, tout particulièrement :

- Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive (Pr JF TOUSSAINT, 2008). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Retrouver_sa_liberte_de_mouvement.pdf
- ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (Tenth Ed, Wolters Kluwer, feb 2017, ISBN/ISSN 9781496339065)
- Sport santé sur ordonnance. Contexte et exemples de mises en œuvre. Jacques BIGOT, Benjamin LARRAS, Corinne PRAZNOCZY. Octobre 2017. http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_PRN2SBE_Sport-sur-ordonnance.pdf
- Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé : Rapport de Stéphanie DUPAYS, Fabienne BOURDAIS, Abdelkrim KIOUR, Jean-Pierre DE VINCENZI, Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de la jeunesse et des sports. N°2017-126R et N°2018-I-07. Mars 2018. <http://www.sports.gouv.fr/autres/RapportIGASIGJSAPSMars2018.pdf>
- More active people for a healthier world : WHO – OMS : global action plan for 2018-2030. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>.