

# **Avis du Comité technique de l'innovation en santé et du Conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « As du cœur »**

**Janvier 2025**

Le comité technique de l'innovation est saisi pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « As du Cœur » arrivée à échéance le 24 octobre 2024. Le conseil stratégique de l'innovation en santé a été saisi à son tour le 6 janvier 2025.

L'expérimentation a été autorisée par l'arrêté du 27 mai 2020, modifié par l'arrêté publié le 10 août 2021 pour un réajustement du forfait et une révision de l'effectif cible.

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique a rendu son avis le 23 décembre 2024. Le conseil stratégique a quant à lui rendu son avis le 27 janvier 2025.

## **Contexte**

Une réadaptation cardiovasculaire est recommandée aux patients atteints d'une maladie cardiovasculaire chronique avec facteurs de risque associés, ou après un épisode cardiovasculaire aigu, une chirurgie cardiovasculaire, un acte de cardiologie interventionnelle. A la suite de la réadaptation, une activité physique régulière est recommandée, basée sur des preuves scientifiques établies qui ont montré les effets bénéfiques de l'exercice physique (effets anti-inflammatoires, antioxydants, antithrombotiques, neuro-hormonaux, vasculaires, remodelant musculaire...). Ces effets entraînent une réduction des facteurs de risques et donc une diminution du risque de rechute et d'aggravation ainsi qu'une amélioration des capacités physiques et de la qualité de vie des patients.

Un des freins à la pratique d'une activité physique adaptée (APA) durable après réadaptation est le coût d'un programme d'activité physique adaptée encadré, hors hospitalisation, respectant un protocole « thérapeutique » et favorisant la création d'habitudes et l'autonomisation de la pratique chez le patient.

## **Objet de l'expérimentation**

L'objectif du projet est un programme d'activité physique adaptée « passerelle » de cinq mois, mis en œuvre en lien avec le médecin traitant. Ce programme est complété par des ateliers d'éducation thérapeutique. Il vise à favoriser la pérennisation d'une pratique d'activité physique régulière par le patient après sa prise en charge ainsi que le maillage des territoires d'expérimentation par une offre d'APA de proximité à visée thérapeutique et de qualité.

## **Déroghations mobilisées**

L'expérimentation a nécessité l'instauration de deux forfaits et mobilisé les dérogations aux articles aux articles L. 162-12-2, L. 162-12-9 et aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale.

### **Champ d'application territorial de l'expérimentation**

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale et concerne les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne, Auvergne - Rhône Alpes, Centre - Val de Loire et Occitanie.

### **Durée (prévue et effective) de l'expérimentation**

La durée initiale et effective de l'expérimentation était de 36 mois.  
Elle a débuté le 25 octobre 2021 et s'est terminée le 24 octobre 2024.

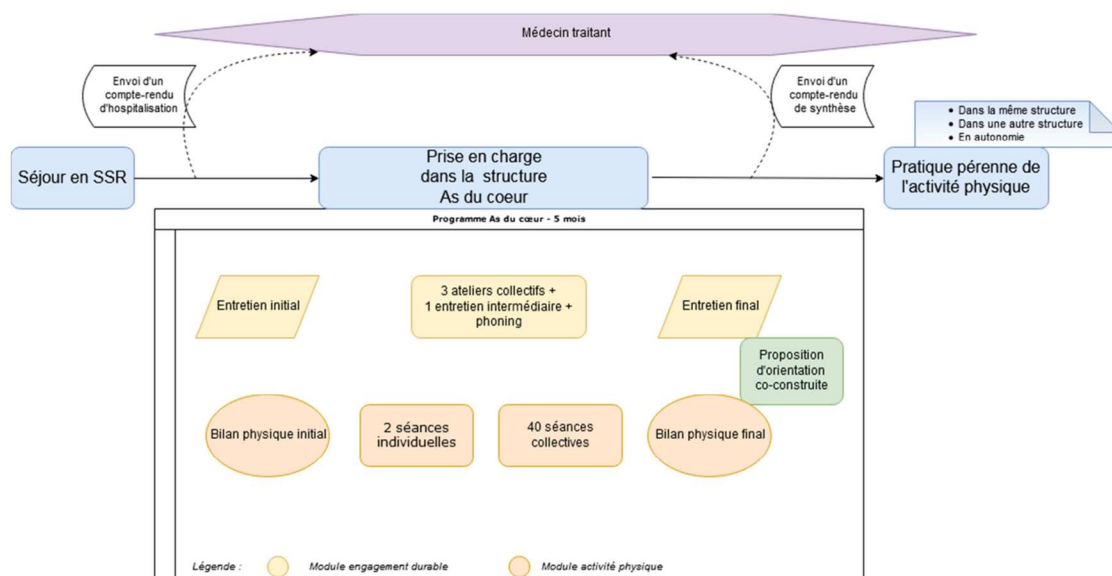
### **Population cible**

L'expérimentation ciblait les patients à haut risque cardiovasculaire (sortant de phase de réadaptation en soins médicaux et de réadaptation (SMR) – proposition d'inclusion pendant le séjour), atteints d'une maladie cardiovasculaire chronique avec facteurs de risque associés ou ayant subi un épisode cardiovasculaire aigu, une chirurgie cardiovasculaire, ou un acte de cardiologie interventionnelle.  
Il était initialement prévu d'inclure 500 patients (après révision du cahier des charges en post crise sanitaire) ; 466 inclusions ont été réalisées.

### **Modèle testé**

Le modèle testé est un programme d'activité physique adaptée s'adressant à des patients en fin de réadaptation cardiaque. Ce programme d'une durée de cinq mois est mis en place après un bilan et une évaluation des capacités physiques. Il comprend un module d'activité physique adaptée, composé de deux séances individuelles et de quarante séances collectives d'activités physiques adaptées, séances encadrées par un enseignant d'activité physique adaptée et un module d'engagement durable comprenant trois entretiens motivationnels et trois interventions éducatives collectives.

**Figure 1 : Parcours As du cœur**



## Modalités de financement du projet

Le modèle de financement est un modèle forfaitaire, il comprend deux forfaits :

- Forfait de 592 euros pour un programme complet et couvrant le bilan, l'évaluation, les entretiens motivationnels ainsi que les séances collectives et individuelles d'activité physique adaptée, et les séances collectives d'éducation thérapeutique.
- Forfait de 213 euros pour un programme incomplet de 2 mois.

## Budget

Coût de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé*	Budget observé au 24 octobre 2024
Prestations dérogatoires (FISS)	664 920€	262 986€
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)	346 167€	346 167€
<b>Total</b>	<b>1 011 087€</b>	<b>609 153€</b>

\* montant maximal en rapport avec l'effectif maximal estimé

## **Principaux résultats d'évaluation**

Dans cette partie sont synthétisés les éléments principaux fournis par l'évaluation externe. Les éventuelles alertes méthodologiques et limites de l'évaluation sont rappelées *en italique dans le corps du texte*.

### Rappel des questions évaluatives :

Déclinant les trois grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations article 51 (faisabilité, efficacité/efficience et transférabilité), les travaux sur l'expérimentation ont cherché à répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de mettre en œuvre et faire fonctionner le "Programme Passerelle As du Cœur" ? (Faisabilité)
- Dans quelle mesure les objectifs de l'expérimentation ont-ils été atteints en matière de qualité du parcours des patients et d'organisation innovante ? Et pour quels coûts ? (Efficacité) (Efficience)
- Dans quelle mesure le dispositif peut-il être transféré, généralisé à d'autres territoires, et quelle est la pérennité de ce modèle innovant d'organisation et de financement ? (Transférabilité)

L'évaluation de l'expérimentation repose sur la mobilisation de méthodes mixtes permettant une analyse combinée de données qualitatives et quantitatives.

Concernant le volet quantitatif, une analyse des données individuelles des parcours des patients a été réalisée à partir des données issues du SNDS avec comparaison de deux groupes témoins issus des patients hospitalisés en SMR et ayant ou non intégré le programme As du cœur.

### Conclusions du rapport d'évaluation :

#### Faisabilité :

L'expérimentation « As du Cœur » : Programme Passerelle d'activité physique adaptée (APA) post Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) » a montré sa faisabilité et son opérationnalité dans un contexte complexe (crise sanitaire, manque de ressources humaines dans les SMR, absence de structure d'APA à proximité, retard dans la mise à disposition du système d'information adapté). Il s'est en effet déployé dans les cinq régions prévues avec une implantation du programme « As du Cœur » dans neuf établissements SMR sur les dix initialement prévus en mobilisant 25 structures d'APA de différents statuts. Entre octobre 2021 et mars 2023, il a atteint 93% de son effectif cible avec 466 patients (après réévaluation de la cible). Si l'implication des médecins généralistes n'a pas pu être obtenue en l'absence de modalités précises sur la prescription de l'APA et l'absence d'outils, celle des partenaires institutionnels tels que les Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES), les comités régionaux olympiques et sportifs (CROS) et les agences régionales de santé (ARS) a été effective et efficace, notamment dans la mobilisation des maisons sport-santé.

#### Efficacité :



L'efficacité est démontrée en termes d'impact :

- sur la capacité à informer, former et accompagner les équipes des SMR et les intervenants en APA ;
- sur la capacité à recruter des patients avec un taux d'inclusion globale de 80% pour les SMR (583 inscrits par les SMR, 466 inclus). Ce taux est variable selon les régions et les établissements ;
- sur la capacité à maintenir les patients dans le programme d'une durée de cinq mois avec un taux d'attrition de 20%. Plus d'un tiers des effecteurs d'APA (37,5%) n'ont constaté aucun abandon ;
- sur le niveau d'activité physique et sa durabilité à distance du parcours (« ancrer la pratique dans le quotidien et le temps »). On note ainsi une évolution de +34% entre le début et la fin de parcours de patients suffisamment actifs avec 84,5% de bénéficiaires toujours actifs à 1 an et 83% à 2 ans versus - 50% sans le programme pour les deux groupes témoins. Ce constat doit cependant être modulé, dans la mesure où peu de patients du bras-témoin avaient renseigné leur niveau d'activité physique en sortie d'hospitalisation en SMR.

Les patients rapportent une expérience positive avec une motivation (re)trouvée et des bienfaits physiques et psychologiques observés (note de satisfaction 9,2/10). Ils notent l'importance de l'encadrement, de la sociabilité (groupes) et l'évolution des capacités physiques comme leviers motivationnels de participation. Les effets sont perçus par les professionnels.

L'efficacité en termes de durabilité de l'activité physique à distance du programme et de service rendu pour les patients (« remotivation », confiance retrouvée et qualité de vie) est également observée.

#### Efficiences :

En matière d'efficiences : L'analyse des données du système national des données de santé (SNDS) montre que les patients « As du Cœur » présentent des dépenses (sur 12 mois) inférieures de 3 224 € par rapport à celle des témoins du SNDS. Cette économie se fait principalement sur le poste « hospitalisations », alors que celui des soins de ville est peu impacté. *Cependant, la distinction des effets propres à la mise en œuvre du programme « As du cœur » de ceux liés à la prise en charge par les SMR est difficile. Ces résultats suggèrent donc que l'expérimentation a permis d'éviter 1,5 M € de dépenses de soins en un an pour l'Assurance Maladie pour les 466 patients inclus.*

#### Reproductibilité :

L'expérimentation a atteint un niveau de maturité suffisant pour envisager un transfert du modèle. En effet, la population cible est bien identifiée. Le caractère multicentrique de l'expérimentation et les conditions de réalisation de celle-ci dans des territoires différents valident la bonne transférabilité du programme « As du Cœur ».

Le rapport d'évaluation identifie quelques points de vigilance sur :

- la communication à destination des patients ;

- l'information sur la prescription de l'APA auprès des professionnels de santé à renforcer ;
- l'adressage uniquement porté par les SMR qu'il conviendrait d'élargir ;
- les nécessaires référencement et labellisation des structures effectrices d'APA par les ARS et les DRAJES;
- les qualifications requises pour réaliser l'APA à clarifier.

**NB.** le décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée précise les intervenants autorisés à dispenser des séances d'activité physique adaptée. Il a donc été répondu à cette difficulté relevée dans le cadre de l'expérimentation.

Enfin, le rapport d'évaluation propose des modifications qui pourraient être apportées au modèle testé pour un passage à l'échelle réussi :

- un ajustement du parcours en termes de nombre de séances ;
- une révision des forfaits après ajustement du parcours ;
- les maisons sport-santé pourraient être le maillon central des parcours après SMR pour assurer le lien entre les SMR et les structures effectrices d'APA conformément au cahier des charges défini par l'Arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges des maisons sport-santé et contenu du dossier de demande d'habilitation et de renouvellement;
- les modalités de repérage et d'adressage des patients pourraient être élargies aux cardiologues et aux médecins généralistes (libéral, hospitalier) ;
- la participation au programme « As du Cœur » pourrait être élargie notamment à d'autres acteurs tels que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres de santé (CDS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les associations, les clubs de sports, etc.

### **Avis et recommandations des instances sur la suite à donner sur l'expérimentation « As du cœur »**

Les résultats de l'évaluation finale indiquent que l'expérimentation « As du Cœur » a atteint ses objectifs à l'exception de l'implication du médecin traitant.

En raison de ce qui précède et dans la mesure où l'expérimentation « As du Cœur » a démontré la capacité à organiser et à intégrer l'activité physique adaptée, dans un parcours de maladie chronique, il est proposé que ce modèle soit contributif d'une réflexion sur les modalités d'entrée dans le droit commun de l'activité physique adaptée telle que testée ici et intégrée dans les expérimentations portant sur les parcours de maladies chroniques.

Pour ce faire, une feuille d'orientation relative à l'APA devra s'appuyer sur l'ensemble des expérimentations Article 51 ayant testé des protocoles d'activité physique adaptée dans le cadre de parcours de maladies chroniques pour identifier progressivement les voies d'entrée dans le droit commun qui pourraient être mobilisées. Cette feuille d'orientation pluriannuelle pourrait être initiée dès le premier trimestre 2025 pour incorporer les expérimentations probantes et identifier les pathologies chroniques concernées (pathologies cardiovasculaires, respiratoires, neurologiques, métaboliques, cancers,...), les conditions de mise en œuvre de l'activité

physique adaptée (entretien motivationnel, participation à un programme d'activité thérapeutique,...), la qualification et les modalités d'intervention des intervenants et professionnels de santé, les structures éligibles et notamment le rôle des maisons sport-santé. La feuille d'orientation pluriannuelle aura pour objectif de construire une approche globale concernant l'entrée dans le droit commun, d'identifier le(s) vecteur (s) de financement potentiels et les sécurisations juridiques nécessaires, ainsi que d'établir les éléments de soutenabilité budgétaire comme pour tout autre transposition dans le droit commun ainsi que les modalités de déploiement notamment en veillant à informer les professionnels de santé et les associations de patients.

La sollicitation du Conseil stratégique de l'innovation en santé a conduit à la réception de huit avis favorables sur les huit avis exprimés (voir annexe) ; les autres membres ont réputé avoir donné leur accord sur le contenu de l'avis proposé (procédure de « silence vaut accord »). Le passage rapide dans le droit commun de l'expérimentation « As du Cœur » est demandé ainsi que l'élargissement de l'adressage aux cardiologues, médecins généralistes en ville et en établissements et l'introduction de l'APA dans le parcours des patients présentant d'autres maladies chroniques. Sont réaffirmés le positionnement des maisons sport et santé, la mobilisation possible des rééducateurs tels que les kinésithérapeutes (et ergothérapeutes et les psychomotriciens), le nécessaire engagement des médecins traitants qui devront être sensibilisés et formés, l'indispensable coordination des acteurs locaux, le référencement des structures d'activité physique adaptée. Un suivi et une évaluation continue sont préconisées dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé émettent un avis favorable à la transposition dans le droit commun de certaines modalités organisationnelles d'Activité physique adaptée en s'inspirant notamment de l'expérimentation « As du Cœur » et qui doit s'inscrire dans le cadre d'une réflexion globale intégrant également les autres expérimentations du dispositif de l'Article 51 avec les recommandations précisées ci-dessus.

**Pour le comité technique de l'innovation en santé et pour le Conseil stratégique de l'innovation en santé,**  
Cécile Lambert  
Rapporteuse Générale

# Annexe

## **Conseil national de l'Ordre des médecins**

La littérature valide l'APA sur trois mois, trois fois par semaine pour valider la reprise de l'adaptation à l'autonomie personnelle, la qualité de vie et la récupération de l'autonomie physique. Pourquoi en faire 5 mois ? et quelle poursuite des prises en charge dans le territoire de vie du patient ?

Le CNOM exprime sa réserve sur les éléments « mono-thématiques » au détriment de la globalité et de la polyopathie. Cet écueil est aujourd'hui une réalité notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique qui est un véritable échec quand elle intéresse « un organe ou une seule pathologie » et non l'individu dans sa globalité et son territoire. De le permettre en même temps n'est pas foncièrement une réussite s'il n'y a rien de structuré après le temps de l'expérimentation.

Le CNOM émet un avis favorable pour la généralisation de l'APA sous toutes ses formes sur prescription médicale mais pas foncièrement exclusivement et uniquement pour les problèmes cardiologiques car cela stériliserait tous les autres projets.

## **Directeurs généraux des Agences régionales de santé**

L'ensemble des directeurs généraux (DGARS) qui se sont exprimés quant à la généralisation du projet « As du coeur » ont émis un avis favorable à l'entrée dans le droit commun du dispositif « As du coeur ».

Au total, ce sont onze ARS qui ont émis un avis sur la généralisation du projet.

## ***Les points clés concernant l'opportunité de généraliser l'expérimentation sont les suivants :***

- Favoriser le maintien d'une activité physique en post SMR pour les patients porteurs d'une pathologie cardio-vasculaire est pertinent pour accompagner les patients et maintenir les bénéfices de la rééducation.
- L'intérêt du financement d'un parcours APA en aval du parcours est une valeur ajoutée compte tenu de la prévalence régionale des AVC.
- La réduction des hospitalisations dans le groupe As de Coeur est un résultat clé de l'expérimentation.
- Les résultats positifs observés, notamment en termes d'amélioration physique, psychologique, d'adhésion et d'engagement des participants dans des contextes variés, démontrent l'efficacité et la transférabilité du programme à une échelle plus large. La reproductibilité du parcours a été démontrée avec une implémentation

réussie dans les territoires expérimentateurs, malgré les divers contextes de déploiement du parcours.

- Il convient, en vue de la transposition dans le droit commun, de capitaliser sur les enseignements dégagés sur toutes les expérimentations ayant testé des programmes d'APA dans le cadre de parcours de maladies chroniques. La déclinaison de cette expérimentation pourrait s'envisager de façon corollaire à d'autres pathologies chronique comme le diabète, les cancers, etc. La présence des réseaux sports santé dans les territoires est soulevée comme primordiale à la bonne organisation du parcours.

***Les principales remarques et points de vigilance portent sur :***

- L'ancrage du dispositif dans le parcours de soins global

Le programme As du Cœur intègre l'APA à la suite d'une réadaptation cardiaque. Comme indiqué dans l'avis CTIS, il est essentiel de consolider ce lien et de l'inscrire durablement dans le parcours du patient, au-delà de la phase SSR, afin d'éviter une rupture dans la continuité des soins. Cette intégration devrait tenir compte des évolutions récentes des recommandations HAS et des autres expérimentations Article 51 en cours qui abordent, au moins en partie, l'APA (Walk'hop et les SLL notamment) afin de créer une cohérence globale.

- Le rôle des Maisons Sport-santé

Le besoin de réaffirmer le positionnement des Maisons Sport-Santé et de redynamiser l'élan de la stratégie nationale sport-santé 2019-2024 dans ce type de parcours avec pour cible permettre aux publics éloignés de l'activité physique et sportive de commencer ou de reprendre une activité physique adaptée, sécurisée et encadrée par des professionnels formés aux activités physiques adaptées (APA).

- Le rôle et engagement du médecin traitant

L'absence d'implication concrète du médecin traitant est un point faible mis en avant. Dans une optique de généralisation, il est important de définir clairement le rôle du médecin traitant, de l'informer et de le former au protocole APA, et de lui fournir des outils simples de prescription (référentiels, check-lists, modules e-learning). L'adoption d'un cadre réglementaire pourrait soutenir leur engagement.

- La coordination interprofessionnelle et mobilisation des acteurs locaux

Le succès du programme dépendra d'une orchestration efficace entre les établissements de soins, les structures APA, les maisons sport-santé, les ARS, les DRAJES, les MSS, CPTS, CDS et MSP. La mise en place de procédures de référencement et de labellisation homogènes assurera le niveau de qualité et une meilleure lisibilité pour les patients et les professionnels. Par ailleurs, il est souligné l'importance de définir la position et l'implication des kinésithérapeutes de SMR et libéraux dans le suivi des patients et leur relation avec les structures d'APA (problématique déjà soulevée par les SLL).

- La qualité et la standardisation des pratiques APA

Un travail reste à faire pour clarifier les qualifications requises et garantir un standard qualitatif sur le territoire. Des référentiels, des formations spécifiques et un suivi des

indicateurs de qualité pourraient être envisagés. L'uniformisation des pratiques est indispensable pour assurer l'équité d'accès et de qualité des soins. La perspective d'une réflexion autour d'une feuille de route relative à l'APA est nécessaire.

- La pérennité financière et impact économique

Les résultats économiques montrent des économies substantielles liées à la diminution d'hospitalisations. Un travail d'ajustement des forfaits, lié au nombre et à la nature des séances, et à l'implication du médecin traitant dans le parcours est recommandé.

- La communication adaptée aux patients et repérage précoce

La motivation du patient joue un rôle clé dans le maintien de l'activité physique. Il est nécessaire de développer des supports pédagogiques accessibles et motivants, de former les professionnels à la communication motivationnelle et de prévoir des points d'étape réguliers. Le ciblage des patients pourrait être étendu (cardiologues de ville, médecins généralistes, autres spécialistes) pour élargir le nombre de personnes d'inclusion et renforcer l'impact populationnel.

- L'adaptabilité à d'autres maladies chroniques et contextes locaux

Le programme a démontré sa transférabilité, mais il faut anticiper les adaptations nécessaires à d'autres pathologies (respiratoires, neurologiques, métaboliques, cancéreuses) et aux différentes configurations territoriales. L'élaboration de guides et l'identification de modèles pivot pourraient faciliter cette extension.

- Le suivi, l'évaluation continue et l'amélioration progressive

En vue d'une généralisation, un dispositif d'évaluation en continu doit être instauré pour mesurer l'efficacité, l'efficacité, l'adhésion des professionnels et la satisfaction des patients. Cela permettra d'ajuster régulièrement l'offre, les forfaits et les modalités de déploiement.

## **France Assos Santé**

France Assos Santé est très favorable au projet.

La démonstration de l'efficacité de l'activité physique adapté APA dans le cadre de la réadaptation cardiovasculaire post-SMR s'appuie sur une méthodologie d'évaluation particulièrement robuste.

Elle combine des méthodes mixtes associant données qualitatives et quantitatives, une analyse comparative avec deux groupes témoins (groupe contrôle en SMR et échantillon apparié via les données SNDS).

L'efficacité clinique est attestée par une augmentation des patients actifs dans As de Cœur comparée à des patients sans le programme et la durée de leur engagement : 84,5% des patients sont toujours actifs à un an. La validité de ce critère de substitution repose sur les résultats de l'essai clinique ayant conduit à l'expérimentation As de Cœur. Ces résultats sont confortés par l'étude de PROMS (Qualité de vie, EQ-5D) et une satisfaction élevée tant des patients (9,2/10) que des professionnels. Le caractère multicentrique de l'expérimentation, déployée dans cinq régions différentes, renforce la validité externe des résultats.

La comparaison indirecte avec les deux groupes témoins a permis d'évaluer l'impact du programme ADC en faisant ressortir un taux plus faible de passage aux urgences et une réduction du nombre des hospitalisations pour les patients ADC (avec un taux

d'hospitalisation plus faible pour les patients ayant suivi le plus de séances dans le groupe ADC). Les comparaisons n'ont pas fait apparaître de différence pour le recours aux soins de ville et aux traitements médicamenteux dans les 6 et 12 mois suivant l'inclusion. La comparaison indirecte avec l'échantillon apparié tiré du SNDS a permis d'évaluer l'impact sur la consommation et les soins associés avec des économies moyennes de 3 224€ par patient sur 12 mois.

Malgré les limites de la démonstration reposant sur des comparaisons indirectes ne permettant pas d'éliminer tout risque de biais, la qualité de la démonstration de l'efficacité et de l'efficience de la prise en charge de la réadaptation cardiovasculaire dans le programme ADC est d'excellente qualité. Elle milite en faveur d'un passage rapide dans le droit commun. Pour FAS, la recherche logique d'une intégration dans un cadre plus large justifiant éventuellement l'introduction de l'APA dans le parcours des patients présentant d'autres maladies chroniques ne doit pas aboutir à freiner l'implémentation de ce type de programme spécifique. L'engagement de la CNAM est fondamental et ne devrait pas être retardée.

### **FEHAP**

La FEHAP soutient l'avis favorable attribué par le CTIS, et rejoint l'ensemble des conclusions de l'évaluation de l'expérimentation visant sa faisabilité, son opérationnalité, la transférabilité du modèle, ainsi son efficacité et efficience. Nous nous permettons également de rappeler et souligner l'impact économique favorable de l'expérimentation qui a permis 1,5M€ de dépenses évitées à l'Assurance Maladie, sur un an, dans le cadre de la prise en charge de 466 patients.

Nous regrettons cependant que l'avis du CTIS conditionne la généralisation de certaines modalités organisationnelles d'activité physique adaptée à une réflexion plus globale intégrant les autres expérimentations du dispositif Article 51, engendrant ainsi un report de la transposition dans le droit commun.

Compte-tenu des résultats de l'expérimentation, il nous semblerait ainsi plus logique d'envisager une transposition immédiate de l'expérimentation, sous toutes ses modalités, et de poursuivre les réflexions pour ajouter d'autres maladies chroniques en fonction des futures évaluations et constats (avec d'éventuelles adaptations possibles).

### **Haute Autorité de santé (HAS)**

La HAS est favorable à la transposition dans le droit commun de certaines modalités organisationnelles d'Activité physique adaptée en s'inspirant notamment de cette expérimentation, elle doit s'inscrire dans le cadre d'une réflexion plus large de prescription d'APA pour l'ensemble des maladies chroniques pour laquelle celle-ci a démontré son efficacité. Les travaux de la HAS sur le sujet s'inscrivent pleinement dans cet objectif (lien vers : Haute Autorité de Santé - Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé).

### **Président du Conseil de la Cnam**

Notre rapport « Charges et Produits » pour 2024 a dédié un chapitre à l'évaluation des impacts socio-économiques du sport-santé. Les travaux montrent qu'il existe un haut niveau de preuve scientifique sur les effets bénéfiques sur la santé des activités

physiques et/ou sportives en prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'expérimentation « As du cœur » s'inscrit globalement dans un contexte de prévention tertiaire visant à réduire les facteurs de risques et à diminuer le risque de rechute et d'aggravation après un évènement de santé cardiovasculaire. De par sa durée (5mois) et sa densité (deux séances individuelles et quarante séances collectives d'activités physiques adaptées), le programme « As du cœur » favorise la pérennisation d'une pratique d'activité physique régulière, ce qui est un gage d'autonomisation de la pratique sportive chez le patient.

Malgré un contexte sanitaire difficile, le programme a atteint 93 % de son effectif cible avec 466 patients, ce qui constitue un critère important de faisabilité. Les retours des patients sont positifs en matière de bienfaits physiques et psychologiques. Ces éléments constituent une source de motivation pour inscrire l'activité physique dans la durée, condition essentielle d'autonomisation de la pratique sportive au-delà de l'accompagnement proposé par ce programme. Par ailleurs, l'expérimentation génère des gains d'efficacité importants, puisque les résultats suggèrent que l'Assurance Maladie a économisé 1,5M € de dépenses de soins en un an pour les 466 patients inclus. En outre, l'expérience « As du cœur » s'inscrit pleinement dans les recommandations et les réflexions du rapport « Charges et Produits » pour 2025 en matière d'approche globale des maladies cardiovasculaires et associées (MCVA) au regard des facteurs de risque. Nous relevons toutefois que la limitation de l'adressage peut constituer un frein à la généralisation de cette expérimentation, c'est pourquoi il convient d'élargir cette possibilité aux cardiologues et aux médecins généralistes en ville et en établissement.

Compte tenu de ces différents éléments, le Président du Conseil de la CNAM émet un avis favorable à la transposition dans le droit commun de l'expérimentation « AS du cœur ».

## **UNPS**

L'expérimentation offre une opportunité intéressante de rendre plus accessible l'activité physique adaptée (APA) pour des personnes fragiles ou des patients atteints de pathologies chroniques parfois graves.

Une réserve majeure est cependant émise concernant les acteurs impliqués dans cette expérimentation. En effet, il n'est jamais mentionné la notion de professionnels de santé, ce qui laisse entendre que la dispensation de l'APA relèverait exclusivement des enseignants en APA. Or, il est important de rappeler que :

- les rééducateurs, tels que les kinésithérapeutes (et ergothérapeutes et les psychomotriciens), sont également habilités à dispenser l'APA.
- Les enseignants en APA ne peuvent intervenir seuls lorsque les limitations fonctionnelles des patients sont considérées comme sévères.

Cette omission pourrait engendrer des risques significatifs pour les patients si les rééducateurs ne sont pas intégrés en tant qu'acteurs potentiels de cette expérimentation.

L'UNPS émet donc un avis favorable sous réserve d'ajuster le dispositif pour inclure explicitement les rééducateurs comme acteurs potentiels mobilisables dans le cadre du dispositif, garantissant ainsi la sécurité et la qualité des soins pour l'ensemble des patients.



**Mutualité française**

La Mutualité Française est favorable à la transposition dans le droit commun telle qu'indiquée dans l'avis CTIS.

La Mutualité Française apportera volontiers son concours à la construction de la feuille d'orientation pluriannuelle transposant dans le droit commun certaines modalités organisationnelles d'Activité physique adaptée dans le cadre des parcours de maladies chroniques.