



N° 2034

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 octobre 2025.

PROPOSITION DE LOI

visant à développer le sport-santé et l'activité physique adaptée en France,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

M. Belkhir BELHADDAD,

député.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

C'est une problématique qui prend de l'ampleur d'année en année, et qui a de lourdes conséquences.

Cette problématique, ce sont les maladies chroniques. Ces maladies de longue durée, évolutives, ont un impact fort sur la vie quotidienne comme une limitation fonctionnelle des activités sociales et professionnelles, une dépendance vis-à-vis d'un médicament ou la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, comme explicité par le Haut Conseil de la santé publique.

Parmi les catégories de maladies chroniques, peuvent être citées : les cancers, les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque tels que le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, les maladies respiratoires chroniques (asthme par exemple) ou encore celles relatives aux pathologies mentales et psychiatriques.

Ces maladies, par leur ampleur toujours en croissance et leurs conséquences, représentent de véritables enjeux sanitaires, humanitaire et financier en France et au-delà.

Le coût humanitaire des maladies chroniques ne peut qu'interpeller et appelle à prendre des mesures fortes de manière urgente.

Selon le rapport de la mission interministérielle sport-santé Delandre, « *les maladies chroniques sont à l'origine de 41 millions, 17 millions avant 70 ans, de décès chaque année dans le monde, soit 74 % de l'ensemble des décès. En Europe, elles concourent à 86 % des décès annuels et on estime à 10 % le nombre de morts liées à l'inactivité physique. En France, entre 40 000 et 50 000 décès sont annuellement attribuables à la sédentarité et à l'inactivité physique.*

Entre 2020 et 2030, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit 500 millions de malades chroniques de plus au niveau mondial.

En France, les projections du ministère de la santé et de l'accès aux soins annoncent entre 2020 et 2025 de 750 000 à 1 million de malades chroniques en plus. Lesquels patients risquent grandement de déclarer leur maladie chronique plus tôt (30 à 40 ans) que les patients (45-50 ans) actuels ».

Le rapport le relève également, le coût financier des maladies chroniques est tout aussi important : *« Selon l'assurance maladie, en 2020, les pathologies et les traitements chroniques ont représenté 63 % des dépenses de santé du régime général (environ 86 milliards d'euros) et concernent 36 % de la population (soit près de 21 millions de personnes pour le régime général de la sécurité sociale).*

Le coût attribuable des 40 000 à 50 000 décès attribuables à la sédentarité et à l'inactivité physique est de 13,4 milliards d'euros d'après le ministère de la Santé ».

Les causes de ces maladies chroniques sont connues et diverses :

- Le vieillissement de la population française ;
- Des facteurs environnementaux comme la pollution qui contribue notamment à développer les maladies cardiovasculaires et respiratoires ;
- Le déséquilibre alimentaire qui favorise le surpoids et l'obésité qui augmentent eux-mêmes les risques de diabète de type 2 ou les maladies cardiovasculaires ;

Enfin, le manque d'activité physique et la sédentarité, à cause d'une exposition croissante au numérique dans notre quotidien. Ce qui conduit à la dégradation systémique de la condition physique des individus dès le plus jeune âge et fait peser des risques sanitaires majeurs sur la population française.

Pourtant, la démonstration de l'importance de l'activité physique et les bénéfices pour la santé ne sont plus à faire, notamment à tous les stades de la prévention qu'elle soit primaire (avant l'émergence de facteurs de risque) secondaire, tertiaire ou quaternaire.

En ce qui concerne la prévention secondaire et tertiaire, l'activité physique régulière diminue les complications liées aux maladies chroniques, ce qui implique que sa non-prescription aux patients constituerait une privation de chance d'améliorer leur état de santé.

Ainsi, les effets bénéfiques de l'activité physique adaptée (APA) à visée thérapeutique sur plusieurs maladies sont clairement établis. Les impacts médico-sociaux et économiques positifs des programmes d'APA ont été plusieurs fois démontrés récemment, notamment via des expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 51 de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2018.

Peut être citée ici l'expérimentation As du cœur multicentrique portée par Azur sport santé, menée dans 5 régions, 9 centres de soins de suite et de réadaptation cardiaque expérimentaux, 44 effecteurs d'activité physique adaptée et près de 500 patients. Entre octobre 2021 et décembre 2022, ces patients ont bénéficié du programme d'activité physique adaptée thérapeutique « ADCM » pris en charge par l'Assurance maladie à l'issue de leur réadaptation. Cette expérimentation a atteint quasi l'ensemble de ses objectifs et a démontré l'efficacité et l'efficience de la pérennisation et de la prise en charge de l'activité physique adaptée hors hospitalisation. Il en est de même de plusieurs autres dispositifs expérimentés au titre de l'article 51 intégrant des programmes d'APA au parcours de soins des personnes malades.

Afin de mettre au cœur des politiques publiques les différentes dimensions de la politique de prévention sport-santé et singulièrement de l'activité physique adaptée, des mesures ont été prises, tant au niveau législatif que réglementaire : la loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France avec la création des maisons sport-santé ou le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin.

Ma communication sur la mission « flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques a contribué, comme d'autres rapports parlementaires, à mettre cette politique nationale et son volet thérapeutique – l'activité physique adaptée – au cœur des réflexions du Parlement et du Gouvernement pour les développer en France.

Malgré ces avancées, il reste de nombreuses mesures à prendre et c'est l'objet de cette proposition de loi. Porter des mesures ambitieuses et concrètes pour le bien des patients atteints de maladies chroniques.

Ainsi l'**article 1^{er}** propose la création d'un chapitre consacré au sport-santé dans le code du sport afin de donner une définition législative à cette politique nationale pour l'inscrire au même niveau de reconnaissance que le sport de haut niveau ou le sport professionnel dans le code du sport. Cette reconnaissance législative permettra au sport-santé d'être identifié pleinement comme une véritable politique publique. Afin de donner les moyens et de coordonner une politique publique du sport-santé, l'article 1er crée également la conférence nationale sport-santé. Placée auprès du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé, elle associera l'ensemble des acteurs participants au développement et à la promotion du sport-santé. Ses missions seront de contribuer à l'animation et à la coordination d'un réseau sport-santé, de proposer des recommandations

visant à la structuration et à la promotion de cette politique nationale essentielle en matière de prévention des pathologies chroniques et de l'amélioration du capital santé individuel et collectif, et de dresser un bilan annuel sur son activité.

L'article 1^{er} précise enfin au niveau législatif que les fédérations délégataires contribuent aux politiques publiques en matière de sport-santé. Bien que de manière volontaire, les fédérations délégataires sont déjà impliquées, à des degrés divers, dans le sport-santé, cette précision au niveau législatif permettra d'en faire une priorité, et de la voir figurer clairement notamment dans les contrats de délégation conclus entre l'État et les fédérations délégataires.

L'article 2 propose à titre expérimental la prise en charge des programmes d'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, notamment dans le cadre des parcours coordonnés renforcés. La prise en charge de l'activité physique adaptée est la dernière étape à franchir pour intégrer pleinement l'APA dans les politiques publiques en matière de soins et d'accompagnement des patients. Cette expérimentation permettrait ainsi d'évaluer, outre les bienfaits physiques, les modalités de financement de l'APA et de mesurer effectivement les économies réalisées pour l'Assurance maladie sur le moyen terme.

L'article 3 prévoit l'inscription au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) des maisons sport santé prévue à l'article L. 1173-1 du code de la santé publique. Alors qu'elles font désormais partie des domaines sanitaire et médico-social à part entière, les maisons sport-santé ne sont pas enregistrées au FINESS. Cet article propose leur inscription dans ce répertoire sectoriel de référence afin qu'elles puissent bénéficier des différents usages du FINESS et être reconnues administrativement pour leurs activités.

Afin de contribuer à la structuration au niveau local de l'offre de sport-santé et d'activité physique adaptée, et de prendre en compte une situation déjà existante sur les territoires, il prévoit également la création de deux statuts de maisons sport-santé, l'un d'effectrice, l'autre de coordinatrice. La création de ces deux statuts, précisée par le rapport de recherche d'avril 2025 « *Mailler les réseaux sport-santé* » de M. Clément Perrier et de Mme Claire Perrin, permet de clarifier les missions de chaque maison sport-santé, en fonction de leurs moyens et actions, dans leur territoire respectif.

L'**article 4** vient gager la proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Le code du sport est ainsi modifié :
- ② 1° Le livre III est complété par un titre IV ainsi rédigé :
- ③ « *TITRE IV*
- ④ « ***SPORT-SANTÉ***
- ⑤ « *CHAPITRE I^{er}*
- ⑥ « ***Activités et pratiques du sport-santé***
- ⑦ « *Section 1*
- ⑧ « ***Dispositions générales***
- ⑨ « *Art. L. 336-1.* – Sont appelés de sport-santé les programmes d'activités physiques à sportives qui contribuent à la préservation et à la restauration de la santé et du bien-être moral et physique des individus.
- ⑩ « La politique nationale sport-santé contribue au maintien de la santé dans le cadre de la prévention primaire et à l'amélioration de l'état de santé dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire.
- ⑪ « Il est un facteur de santé publique. »
- ⑫ « *CHAPITRE II*
- ⑬ « ***Conférence nationale sport-santé***
- ⑭ « *Art. L. 337-1.* – I. – Il est institué une conférence nationale sport-santé, placée auprès du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé, qui associe l'ensemble des acteurs participants au développement et à la promotion du sport-santé.
- ⑮ « Elle a pour missions de contribuer à l'animation et à la coordination d'un réseau sport-santé, de proposer des orientations et recommandations visant à la structuration, à la promotion et au déploiement des différentes dimensions du sport-santé, et dresse un bilan annuel sur son activité.

- ⑫ « Le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche est membre de droit de la conférence.
- ⑬ « La conférence comprend parmi ses membres un député et un sénateur.
- ⑭ « II. – Un décret précise la composition, le fonctionnement et les missions de cette conférence. »
- ⑮ 2° Après l'article L. 131-15-3, il est inséré un article L. 131-15-4 ainsi rédigé :
- ⑯ « *Art. L. 131-15-4.* – Les fédérations délégataires, le cas échéant en coordination avec les ligues professionnelles qu'elles ont créées, contribuent aux politiques publiques en matière de sport-santé et élaborent, dans le cadre des orientations et recommandations de la conférence nationale du sport santé mentionnée à l'article L. 337-1, une stratégie nationale visant à promouvoir le sport-santé. »

Article 2

- ① Une expérimentation, portant sur la prise en charge de programmes d'activité physique adaptée mentionnée à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique, dès lors qu'ils sont prescrits pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, notamment dans le cadre des parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 du même code, est mise en œuvre pour une durée de trois ans à compter de la publication du décret en Conseil d'État mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article.
- ② Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation ainsi que les territoires dans lesquels elle sera mise en œuvre et ses modalités d'évaluation.
- ③ Un rapport d'évaluation est transmis au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin 2029.

Article 3

- ① La première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Le dernier alinéa du I de l'article L. 1173-1 est ainsi modifié :

- ③ a) Au début, est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Elle peut avoir le statut de maison sport-santé effectrice ou de maison sport-santé coordinatrice. »
- ④ b) Après le mot : « défini », sont insérés les mots : « , pour chaque statut de maison sport-santé, »
- ⑤ 2° Le chapitre 1^{er} du titre VII du livre IV est complété par un article L. 1470-4-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 1470-4-1.* – Les établissements habilités maison sport-santé dans les conditions mentionnées à l'article L. 1173-1 sont enregistrés dans le répertoire sectoriel de référence des personnes morales mentionné à l'article L. 1470-4. »

Article 4

- ① I. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ② II. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.