

ASSEMBLÉE NATIONALE

20 octobre 2023

PLFSS POUR 2024 - (N° 1682)

Commission	
Gouvernement	

RETIRÉ AVANT DISCUSSION**AMENDEMENT**

N ° 3292

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

I. – Le chapitre III du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6323-1-1 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Mettre en œuvre le programme d'activité physique adaptée prévu à l'article L. 162-63 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 6323-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les maisons de santé constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires mentionnées à l'article L. 4041-1 peuvent mettre en œuvre le programme d'activité physique adaptée prévu à l'article L. 162-63 du code de la sécurité sociale. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 160-8, dans sa rédaction des articles 19, 22 et 38 de la présente loi, est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° La couverture des frais relatifs à l'activité physique adaptée dans le cadre du programme défini à l'article L. 162-63. » ;

2° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, après la référence : « 8° », sont insérés les mots : « et 11° » ;

3° Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complété par une section 15 ainsi rédigée :

« *Section 15*

« *Prise en charge de l'activité physique adaptée*

« *Art. L. 162-63. – I. – Les assurés sociaux traités pour un diabète ou un cancer, bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale et remplissant des critères définis par décret simple peuvent se voir prescrire par un médecin un programme d'activité physique adaptée comprenant des bilans et des séances d'activité physique adaptée. Ce décret précise également la durée de la prise en charge, le nombre de bilans et de séances pouvant être prescrits pour un patient et les modalités d'inscription de ce programme dans le parcours de soins du patient.*

« *II. – Le programme d'activité physique adaptée est mis en œuvre et coordonné sous la responsabilité de l'une des structures volontaires suivantes, après candidature auprès du directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au III du présent article :*

« *1° Les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22 ;*

« *2° Les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ;*

« *3° Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires mentionnées à l'article L. 4041-1 du même code.*

« *Ces structures respectent un cahier des charges défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*

« *Elles peuvent conclure, pour la réalisation des séances d'activité physique adaptée, un contrat avec des professionnels de l'activité physique, adaptée au sens de l'article L. 1172-1 du code de la santé publique, ou avec une maison sport-santé mentionnée à l'article L. 1173-1 du même code. Ce contrat est conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il prévoit notamment les engagements de bonnes pratiques des professionnels et les conditions de retour d'information à la structure. Les critères d'éligibilité des professionnels de l'activité physique adaptée volontaires auprès des structures responsables pour participer au programme sont fixés par décret, notamment au regard des diplômes et de l'expérience professionnelle en matière d'activité physique adaptée.*

« *Les professionnels intervenant dans le cadre du programme sont signataires d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de leur lieu d'exercice, après enregistrement auprès de l'agence régionale de santé dans des conditions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.*

« *III. – La structure responsable transmet une demande d'agrément au directeur général de l'agence régionale de santé afin de bénéficier du financement du programme d'activité physique adaptée prévu au IV du présent article pour ses activités et, le cas échéant, celles des professionnels avec*

lesquels elle a contracté. Cette demande précise notamment la liste des professionnels participant à la mise en œuvre du programme d'activité physique adaptée.

« La demande d'agrément est réputée validée, sauf si le directeur de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande en se fondant sur le non-respect des dispositions du cahier des charges mentionné au II du présent article ou des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique.

« Lorsqu'il constate un manquement au cahier des charges mentionné au II du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé met en demeure la structure responsable de se mettre en conformité dans un délai de six mois à compter de la notification de cette mise en demeure. En l'absence de mise en conformité dans ce délai, il en informe la caisse primaire d'assurance maladie, qui met fin au financement du programme d'activité physique adaptée et suspend les remboursements facturés au titre du programme après la notification de cette décision.

« IV. – Par dérogation aux règles de facturation prévues au présent titre, les frais relatifs à la prise en charge du patient dans le cadre du programme d'activité physique adaptée sont financés dans des conditions précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La structure responsable transmet les informations nécessaires à la facturation à l'organisme local d'assurance maladie. L'organisme local d'assurance maladie verse les sommes correspondantes à chaque professionnel intervenu ou, le cas échéant, à la structure qui l'emploie ainsi qu'à la structure responsable.

« Le patient ne peut être redevable au titre du programme d'autres montants que ceux mentionnés au présent article et bénéficie du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10.

III. – Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de la sécurité sociale de Mayotte est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° La couverture des frais relatifs à l'activité physique adaptée dans le cadre du programme défini à l'article L. 162-63 du code de la sécurité sociale. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans un contexte de forte progression de la prévalence des maladies chroniques, il est démontré que l'activité physique apporte des bénéfices importants sur la réduction des complications, l'amélioration de la qualité de vie et l'autonomie des personnes atteintes de pathologies chroniques.

En 2022, la HAS a défini les conditions précises de prescription et de réalisation d'un programme d'activité physique adaptée (APA), sous-ensemble de l'activité physique. Engager la prise en charge de cette thérapie non médicamenteuse par l'assurance maladie pour les patients atteints d'un cancer ou d'un diabète, et selon des critères ciblés, doit donc permettre de déployer à plus large échelle l'APA et s'inscrit en cohérence avec des actions d'ores et déjà engagées, comme le parcours de soins post cancer.

Ce programme thérapeutique complémentaire s'organisera de manière à assurer une coordination de la prise en charge globale des patients concernés, dans le cadre de véritables parcours de soins.

Alors que la promotion de l'activité physique et sportive a été déclarée Grande Cause Nationale 2024 par le Président de la République, cette mesure, en complément de l'article 22 de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, marque une volonté forte du Gouvernement de promouvoir l'activité physique comme un véritable levier d'amélioration de la santé de nos concitoyens.