

Cahier des charges pour la certification de programmes passerelles « Prescri'Forme »

**Programmes de (re)mise à l'activité physique adaptée
pour des personnes vivant avec une affection de longue durée,
et/ou une hypertension artérielle, et/ou une obésité**

PLAN REGIONAL SPORT SANTE BIEN-ETRE ILE-DE-FRANCE 2017-2020

Juin 2018

**Appel à candidatures 2018 à la certification
de programmes de (re)mise à l'activité physique
adaptée**

« Programmes passerelles Prescri'Forme »

Date de l'ouverture de l'appel à candidatures :
1^{er} juin 2018

Date de clôture de l'appel à candidatures :
15 juillet 2018

Adresses de publication de l'appel à candidatures :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

<http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr>

Table des matières

Préambule.....	page 4
PARTIE 1 : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION DE LA CERTIFICATION DES PROGRAMMES PASSERELLES PRESCRI'FORME.....	page 5
1) Définition du programme passerelle « Prescri'Forme »	page 5
2) Recommandations pour l'élaboration d'un programme passerelle	page 6
PARTIE 2 : ENGAGEMENTS A RESPECTER PAR LES STRUCTURES DISPENSANT LE PROGRAMME PASSERELLE PRESCRI'FORME.....	page 8
1) Définition du demandeur.....	page 8
2) Recommandations aux structures déposant une demande de certification d'un programme passerelle « Prescri'Forme - l'activité physique sur ordonnance en Ile-de-France »	page 8
PARTIE 3 : MODALITES POUR LA DEMANDE DE CERTIFICATION DE PROGRAMME PASSERELLE PRESCRI'FORME ET DOSSIER A CONSTITUER.....	page 9
Demande d'engagement dans le dispositif « Prescri'Forme » : programme passerelle	page 10
1) Description de la structure candidate à la certification du programme passerelle « Prescri'Forme ».....	page 11
2) Description du programme passerelle « Prescri'Forme » mis en place par la structure candidate.....	page 15
3) Dépôt et éligibilité des candidatures.....	page 17
Annexe : Le parcours patient.....	page 19

Préambule

Un constat global incontournable : la sédentarité augmente

Ainsi, en Ile-de-France, seuls 14% de la population pratiquent une activité physique au niveau des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Or, pratiquer une activité physique a plusieurs impacts bénéfiques pour la santé :

- réduction du risque d'apparition et d'aggravation de nombreuses pathologies chroniques ;
- effets sur la santé mentale : diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression ;
- limitation de la perte d'autonomie et du risque de chute chez la personne âgée.

Une orientation nationale, la prescription d'activité physique adaptée

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé représente une avancée majeure, l'article 144 stipule que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »

Déclinée au plan régional

Depuis la parution de l'instruction DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012, la démarche régionale vise à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par la promotion de l'activité physique (AP) pour la santé, s'appuyant plus particulièrement sur les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé (CLS). Cette démarche s'inscrit plus largement dans le second Projet Régional de Santé d'Ile de France qui insiste sur une meilleure prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, notamment à travers l'aménagement urbain (objet de recommandations dans le Plan national d'activité physique en 2008) et la construction d'environnements favorisant la pratique de l'AP, essentiellement en termes d'accessibilité à une pratique d'activité physique adaptée (APA), y compris pour les publics en situation de précarité.

En Ile-de-France, le Plan Régional Sport Santé Bien Etre (2017-2020) repose sur une stratégie fondée sur une collaboration forte entre Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France – Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS). Il a pour objectif de lutter contre la sédentarité et d'augmenter la pratique d'AP régulière des franciliens, notamment en développant la mise en place de la prescription d'APA par les professionnels de santé comme thérapie non médicamenteuse, via le dispositif Prescri'Forme.

« Prescri'Forme - l'activité physique sur ordonnance en Ile- de-France » vise :

- spécifiquement, à l'aide d'une prescription médicale et d'un carnet de suivi du patient, à accompagner et à soutenir les personnes vivant avec une affection de longue durée (ALD) et/ou une hypertension artérielle (HTA) et/ou une obésité et souhaitant améliorer leur santé par une pratique d'APA dans un cadre sécurisé ;
- à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Afin de se conformer au Plan Régional Sport Santé Bien-Etre, signé le 27 septembre 2017 par le Préfet de région et le Directeur général de l'ARS Ile-de-France, l'agrément Prescri'Forme de centres de référence-ressources (CRR) puis la certification Prescri'Forme de structures dispensant des APA encadrées (par des professionnels formés) ont été réalisés.

Le présent cahier des charges a pour objet de définir les conditions d'éligibilité en vue de la certification de **programmes de (re)mise à l'activité physique adaptée : programmes passerelles** « Prescri'Forme » pour les franciliens vivant avec une ALD, et/ou une HTA, et/ou une obésité. Cette troisième procédure, menée par l'ARS et la DRJSCS, s'inscrit dans la continuité du dispositif Prescri'Forme. Une fois certifié, le programme passerelle sera référencé sur le site www.lasanteparlesport.fr (LSPLS).

L'ensemble de ces procédures devraient rendre le dispositif Prescri'Forme (offre APA existante, et à venir) davantage lisible, sécurisé, structuré et intégré dans le parcours de santé.

PARTIE 1 : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION DE LA CERTIFICATION DES PROGRAMMES PASSERELLES PRESCRI'FORME

Les présents critères de certification identifient des règles et des recommandations aux structures proposant des programmes passerelles pour des personnes vivant avec une ALD et/ou une HTA et/ou une obésité nécessitant une remobilisation à l'effort et dont le médecin a prescrit une APA à la santé.

Ces critères de certification peuvent être révisés, en tout ou partie, par l'ARS Ile-de-France en accord avec la DRJSCS.

La structure dispensant le programme passerelle faisant l'objet de la certification doit se conformer aux réglementations en vigueur, aux éventuelles conventions collectives, au code de la santé et au code du sport, et le cas échéant aux référentiels métiers en vigueur.

1) Définition du programme passerelle Prescri'Forme

Un programme passerelle est un programme de (re)mise à l'activité physique adaptée, encadré par un/des professionnels formés, limité dans le temps, dont l'objectif est d'améliorer leur niveau de condition physique et d'autonomiser les personnes pour leur permettre de s'engager en toute sécurité vers une pratique régulière et pérenne.

Dans le cadre du dispositif Prescri'Forme, le programme passerelle peut être un élément du parcours de mise à l'AP d'un patient lorsque l'orientation directe vers un club (structure) certifié(e) peut paraître inadaptée au médecin prescripteur.

À l'issue du programme passerelle le patient doit être orienté vers une structure certifiée Prescri'forme et/ou vers une pratique autonome régulière.

Les objectifs du programme passerelle :

- Redonner goût à la pratique d'AP ;
- Améliorer la condition physique ;
- Favoriser une pratique régulière ;
- Donner les clés pour une pratique autonome (freins-leviers) en sécurité.

Les publics visés :

- Toute personne ayant besoin d'une réadaptation à l'Activité Physique (limitations fonctionnelles modérées à sévères) ;
- Toute personne, sous réserve d'évaluation médicale, vivant avec une (ou plusieurs) ALD et/ou une HTA et/ou une obésité ;
- Il s'agira également de faciliter l'accès des personnes en situation de précarité aux programmes passerelles et de veiller à développer ces programmes sur les territoires en CLS/IDH-2¹ bas et QPV².

Les conditions d'accès :

- Prescription médicale et certificat médical d'absence de contre-indication ;
- Dans une logique de parcours de santé, sont prioritaires les personnes orientées :
 - suite à un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou un programme d'accompagnement thérapeutique de proximité ;
 - par un réseau de santé ;

¹ IDH-2 : indice de développement humain-2

² QPV : quartier prioritaire de la ville

- par un Centre de Référence-Ressources Prescri'Forme (CRR) ;
- par un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- Dans une logique territoriale, sont prioritaires les personnes orientées par une collectivité territoriale en CLS/QPV, par un centre communal d'action sociale.

2) Recommandations pour l'élaboration d'un programme passerelle

Modalités d'intervention :

- Composition du programme passerelle :
 - Bilan individuel initial : évaluation à reporter dans le carnet de suivi et sur l'espace dédié du site LSPLS (niveau de sédentarité, agenda d'activité physique, test de la chaise, grip test, test de souplesse, test d'équilibre),
 - Signature de la charte d'engagement du patient dans le programme passerelle,
 - 1 à 3 séances collectives d'APA par semaine (idéalement 3),
 - Séances libres individuelles, guidées a minima, entre les séances collectives,
 - Bilan individuel à 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans : à reporter dans le carnet de suivi et dans l'espace dédié du site LSPLS ;
- Composition de la séance :
 - Réalisations d'exercices adaptés aux capacités fonctionnelles et limitations des patients, ayant pour objectif d'améliorer progressivement les différentes qualités physiques (endurance, force, souplesse, équilibre, coordination...) en toute sécurité ;
- Composition du groupe :
 - 6 à 8 personnes par groupe (selon les capacités fonctionnelles) ;
- Programme sur une durée déterminée (idéalement 12 semaines) ;
- Reconduction possible pour certains cas particuliers :
 - en concertation avec le médecin prescripteur, l'enseignant APA et la personne, - dans la continuité (soit au total entre 3 et 6 mois)- ;
- Locaux accessibles et sécurisés, répondant aux normes d'accessibilité aux personnes handicapées, équipés d'un défibrillateur ;
- Procédure d'urgence établie et affichée ;
- Bilan semestriel d'évaluation de l'activité : à renseigner sur le site LSPLS (assiduité des patients, nombre de tests effectués, % d'amélioration des capacités physiques, effets indésirables, motifs d'interruption, % de pratique pérenne au décours du programme et lieux de pratique, niveau de sédentarité au décours du programme).

Accompagnement du patient :

- Prise en compte des besoins et objectifs du patient :
 - Entretiens motivationnels : prendre en compte les freins et leviers du patient envers la pratique quotidienne,
 - Démarche d'adaptation aux possibilités du patient,
 - Démarche de co-construction avec le patient ;
- Accompagnement au changement de mode de vie (alimentation, stress/sommeil, activité physique au quotidien et lutte contre la sédentarité) ;
- Utilisation d'outils adaptés aux spécificités du public, dont le carnet de suivi du patient et le site LSPLS ;
- Remplissage du carnet de suivi avec le patient et l'inciter à partager ses progrès auprès de son médecin traitant et son médecin prescripteur ;
- Intégration dans la démarche, de la dimension plaisir de l'activité physique ;
- Accompagnement vers la pratique autonome, la structure certifiée Prescri'Forme, le club sportif ;
- Et suivi individuel (à 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans) selon les préconisations du dispositif d'évaluation Prescri'Forme mentionnées dans les modalités d'intervention.

Equipe qualifiée

Dans son domaine d'intervention, l'équipe doit se conformer à l'instruction interministérielle N°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017.

- Intervenant(s) identifiés en fonction de la limitation fonctionnelle du patient: kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, enseignant APA ou éducateur sportif titulaire d'un diplôme d'Etat de la branche sport et ayant bénéficié d'une formation complémentaire sport santé;
- En lien avec un médecin référent ;
- Expérience de l'équipe, avec le public concerné par le programme passerelle, reconnue ;
- Modalités d'adaptation au public (formations, partage d'expériences,...).

Modalités de partenariat :

- S'articuler avec les structures Prescri'Forme (CRR et structures certifiées) :
 - Se référencer auprès du CRR de son territoire,
 - Renseigner les informations relatives au programme passerelle sur le site www.lasanteparlesport.fr,
 - Participer aux réunions organisées par le(s) CRR sur le département,
 - Faire un retour du suivi des programmes passerelles aux CRR selon les préconisations du dispositif d'évaluation Prescri'Forme,
 - Etre en lien avec plusieurs clubs certifiés pour pouvoir orienter les patients au décours du programme ;
- Développer le partenariat santé-sport :
 - Avec les acteurs adressant les patients vers le programme passerelle : médecins, CRR, intervenants ETP, réseaux de santé...
 - Avec les acteurs des collectivités territoriales concernées : référent sport santé, coordinateur ASV, CLS, CLSM dans une logique de réseau de proximité.

Facteurs clés de réussite :

- Privilégier la multi activité ;
- Consacrer le temps nécessaire à la coordination pour accompagner les personnes dans leur parcours de pratique ;
- Prendre en compte la notion de plaisir du pratiquant pour entretenir sa motivation ;
- Les tests individuels doivent être proposés dans une logique motivationnelle ;
- Proposer une charte de bonnes pratiques ;
- Proposer une charte d'engagement du patient : consentement, participation ;
- En aval du programme passerelle s'assurer de la poursuite de la pratique du patient et de la continuité du parcours en favorisant le lien avec les clubs, en remobilisant la personne.

Evaluation du programme : selon les préconisations du dispositif d'évaluation Prescri'Forme

A titre indicatif :

- Rapport semestriel d'activité (cf. Modalités d'intervention) ;
- Suivi des patients (tableur Excel -sur le site LSPLS- édition trimestrielle) ;
- Prendre en compte les modalités de partenariat établies sur le territoire pour favoriser la pratique d'une activité régulière.

PARTIE 2 : ENGAGEMENTS A RESPECTER PAR LES STRUCTURES DISPENSANT LE PROGRAMME PASSERELLE PRESCRI'FORME

1) Définition du demandeur

Le demandeur est une entité juridique (personne morale), proposant un programme passerelle, programme de réadaptation à l'effort. **Le demandeur doit déclarer** exercer ses activités dans le respect de la réglementation en vigueur.

Le demandeur doit être informatisé et en capacité de transmettre par voie dématérialisée les bilans préconisés dans le dispositif Prescri'Forme.

Le demandeur doit souscrire une assurance Responsabilité Civile et Professionnelle couvrant le champ de ses activités.

Exclusions :

Du fait de la spécificité de son activité, le demandeur peut être exclu du champ de la certification, au regard du non-respect des présentes règles de certification.

N'entrent pas dans le champ de certification :

- Les structures dont l'(les) activité(s) physique(s) adaptée(s) n'est (ne sont) pas dispensée(s) par une personne diplômée, titulaire d'un diplôme ou titre à finalité professionnelle tel que prévu par le décret n°2016 – 1990 du 30 décembre 2016 ;
- Les activités délivrées par une entité dont l'expérience dans le domaine de l'activité physique adaptée en faveur de la santé est inférieure à 1 an au 1er janvier 2018 ;
- Les activités délivrées par une entité intervenant dans le secteur marchand à but lucratif.

2) Recommandations aux structures déposant une demande de certification d'un programme passerelle « Prescri'Forme - l'activité physique sur ordonnance en Ile-de-France »

- En fonction du type d'activité, il est conseillé d'identifier des créneaux réservés aux personnes accueillies dans le cadre d'une prescription médicale.
- En fonction du type d'activité, il est conseillé d'assurer un accompagnement et une prise en charge par séance d'APA de maximum 8 personnes vivant avec une ALD et/ou une HTA et/ou une obésité.
- Il est recommandé, pour chaque programme passerelle, de recueillir et de transmettre tous les éléments d'information à la demande du médecin traitant et dans le cadre de l'évaluation prévue par le dispositif « Prescri'Forme », notamment au moyen du carnet de suivi « Prescri'Forme » remis à chaque patient par le prescripteur.

PARTIE 3 : MODALITES POUR LA DEMANDE DE CERTIFICATION DE PROGRAMME PASSERELLE PRESCRI'FORME ET DOSSIER A CONSTITUER

La présente certification concerne les programmes passerelles répondant aux critères précédemment cités.

Les **collectivités territoriales** en CLS et/ou IDH2 bas et/ou QPV, ayant une expérience d'au moins 2 ans d'accompagnement de leurs habitants à la promotion de l'activité physique et de l'activité physique adaptée à la santé (type « sport sur ordonnance ») et financées par l'ARS peuvent prétendre à la certification d'un programme passerelle « Prescri'Forme » en direction des publics vivant avec une ALD et/ou une HTA et/ou une obésité sous condition de satisfaction aux exigences légales en vigueur : conditions de diplôme d'encadrement, de sécurité du pratiquant, et de respect des spécificités du dispositif Prescri'Forme.

Documents à joindre au dossier de demande :

- La demande d'engagement de la structure dispensant le programme passerelle signée par son responsable ou le maire,
- Le modèle de charte d'engagement du patient,
- Le modèle de la procédure d'urgence et les lieux où elle sera affichée,
- Les documents (curriculum vitae, diplômes, carte professionnelle...) pour chaque intervenant.

Adresser l'ensemble du dossier par **courrier postal** à votre délégation départementale ARS (coordonnées en fin de document) **avec pour objet** : « Demande de certification de programme passerelle Prescri'Forme »

ET par mail **avec pour objet** : « Demande de certification de programme passerelle Prescri'Forme » à votre délégation départementale ARS **AVEC** copie mail au siège ARS Ile-de-France (coordonnées en fin de document).

Les dossiers seront instruits par les Délégations Départementales ARS (DDARS) avec l'appui des Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS) pour la vérification des diplômes sportifs.

**Demande d'engagement dans le dispositif Prescri'Forme :
Programme passerelle**

Je soussigné(e) Mme/M.....président(e)/directeur(trice)
de la structure (maire de la ville de.....)
reconnait avoir bien pris connaissance des recommandations et engagements
nécessaires à la certification de mon programme passerelle dans le dispositif
Prescri'Forme.

Je certifie que ma structure..... a les moyens de répondre/
répond au cahier des charges établi.

Je m'engage à informer ma délégation départementale de l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France..... (département) de tout changement
affectant l'organisation de la structureet ayant un
impact sur la dispensation des activités physiques adaptées aux personnes orientées
sur prescription médicale.

Fait à

Le

Cachet de l'entité candidate

Signature du représentant

1) Description de la structure candidate à la certification du programme passerelle « Prescri'Forme »

Coordonnées du siège social et statut de la structure

Nom de la structure :

Statut de la structure :

- Structure associative déjà certifiée « Prescri'Forme »
- Collectivité territoriale en précisant le service porteur du programme
- Structure municipale
- Etablissement de santé, précisez:
- Autre, précisez:

Adresse du siège social :

Code postal :

Ville :

Email :

Téléphone :

Nom de l'assureur en Responsabilité Civile et Professionnelle (et notamment pour les APA) :

Lieu de pratique de l'intervenant dispensant l'activité

Adresse du lieu de pratique n°1 (rajouter si différents lieux) :

Code postal :

Ville :

Email :

Site internet :

Téléphone - Questions :

Téléphone - Inscription :

Programme passerelle proposé et public visé

1) Description du programme passerelle proposé et du public concerné :

2) Description de l'activité physique adaptée :

Créneaux horaires du programme passerelle

Jours et heures :

Précisez si créneaux horaires différents en période de vacances scolaires :

Montage financier du programme passerelle

Présentez le modèle financier actuel qui vous permet de dispenser le programme passerelle :

- Equipe (ETP et salaires)
- Bilans pré et post programme
- Séances
- Co-financement : ville, mutuelle, prise en charge CPAM, ARS, DRJSCS...
- Autres, précisez :
- Montant de la participation du patient/programme (détail en fonction de l'intensité du programme)

Président (e), directeur (trice) ou autorité responsable légale de la structure

Nom	
Prénom	
Fonction précise au sein de la structure	
Coordonnées	
Tél.	
E-mail	

L'équipe du programme passerelle :

Personnels diplômés - bénévoles et/ou salariés <i>(les diplômes sont à joindre au dossier ainsi que la carte professionnelle des intervenants dispensant la(les) APA</i>	Statut (bénévole – salarié)	% Equivalent Temps Plein
Coordinateur (précisez la fonction)		
Intervenants (précisez la fonction)		
Autres, précisez :		

Intervenant(s) diplômé(s) pour évaluer les capacités physiques et dispenser les séances de (re)mise à l'activité physique adaptée des personnes vivant avec une ALD et/ou une HTA et/ou une obésité (à remplir pour chaque intervenant) en lien avec un professionnel de santé

Nom	
Prénom	
Coordonnées	
Tél.	
E-mail	
Diplôme(s), titre(s) à finalité professionnelle (TFP), spécialité sportive, expériences acquises dans le domaine du sport au bénéfice de la santé :	

Précisez l'intitulé exact du diplôme ou TFP Date d'obtention et joindre une copie en PJ ainsi que la copie de la carte professionnelle Diplôme universitaire Diplôme professionnel /TFP Formation fédérale Formation de réseau de santé Formation APA relevant du Ministère de l'Education Nationale Formation relevant du Ministère des Sports Formation relevant du Ministère des Solidarités et de la Santé Autre, précisez :
Joindre en annexe : <input type="checkbox"/> le Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> les diplômes
Carte professionnelle N° : Délivrée par : Date :

Nom	
Prénom	
Coordonnées	
Tél.	
E-mail	
Diplôme(s), titre(s) à finalité professionnelle (TFP), spécialité sportive, expériences acquises dans le domaine du sport au bénéfice de la santé :	
Précisez l'intitulé exact du diplôme ou TFP Date d'obtention et joindre une copie en PJ ainsi que la copie de la carte professionnelle Diplôme universitaire Diplôme professionnel /TFP Formation fédérale Formation de réseau de santé Formation APA relevant du Ministère de l'Education Nationale Formation relevant du Ministère des Sports Formation relevant du Ministère des Solidarités et de la Santé Autre, précisez :	
Joindre en annexe : <input type="checkbox"/> le Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> les diplômes	
Carte professionnelle N° : Délivrée par : Date :	

Si le professionnel de santé référent est hors de la structure candidate au programme passerelle, précisez ses coordonnées (nom, prénom, profession, adresse mail coordonnées téléphoniques) :

2) Description du programme passerelle « Prescri'Forme » mis en place par la structure candidate

1. Public du programme passerelle

- Quel type de public accueillez-vous ? (*Vous pouvez en sélectionner plusieurs*). *Accueillez-vous spécifiquement certains publics ?*
 - Diabète
 - Pathologies cardiaques (coronariens, insuffisants cardiaques)
 - Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive et insuffisance respiratoire
 - Insuffisance rénale
 - Cancer(s)
 - Transplantés
 - Autre ALD, précisez:
 - Obésité
 - HTA
 - Lombalgies et pathologies du rachis
 - Troubles psychiques (pathologies psychiatriques)
 - Enfants, précisez l'âge:
 - Personnes de plus de 65 ans
 - Handicapés physiques
 - Autre, précisez:

2. Caractéristiques de l'activité physique adaptée

- Type d'activité proposée (marche, cardio training sur ergo, gymnastique...):
- Évaluez-vous les besoins APA du pratiquant par d'autres outils que ceux du dispositif Prescri'Forme ?
 - Oui
 - Non*Si oui, lesquels ?*
- Comment évaluez-vous le stade motivationnel du pratiquant (outils validés)
 - Lors du bilan initial (outils validés)
 - Lors du bilan final (outils validés) ?
- Qu'avez-vous prévu pour accompagner les personnes vers une pratique autonome ?
- Quel est le niveau de dépense énergétique pendant la majeure partie de la séance ?
 - Faible
 - Modéré
 - Élevé
 - Très élevé
- Quelle est la durée d'une séance collective (en minutes) ?

- Temps respectivement consacrés au briefing, à l'activité physique et au débriefing (en minutes) au cours de la séance ?
- Nombre de séances minimum par pratiquant par semaine ?
- Nombre de séances maximum par pratiquant par semaine ?
- Avez-vous prévu d'encourager une pratique individuelle, en autonomie, entre les séances collectives ?
- Votre équipement sportif dispose-t-il d'un défibrillateur accessible pendant la pratique ?
 - Oui
 - Non
 Si oui, combien de personnes ont été formées à son utilisation ?

3. Qualifications

- Le(s) enseignant(s) APA a (ont)-il(s) suivi une formation spécifique pour la prise en charge du (des) public(s) ciblé(s) ?
 - Oui
 - Non
 Nombre de personnes formées :
 Si non, sont-ils en cours de formation ?
 - Oui
 - Non
 Nombre de personnes formées intervenant sur cette activité :
- Etes-vous ou avez-vous été en lien avec un professionnel de santé pour concevoir votre (vos) programme(s) ?
 - Oui
 - Non

4. Expérience

- Depuis combien d'années accueillez-vous le(s) public(s) ciblé(s) ?
- Quelle est votre capacité d'accueil maximum du (des) public(s) ciblé(s) (en nombre de personnes) ?
- Menez-vous des actions en parallèle du programme passerelle de votre activité en rapport avec la pathologie ?
 - Oui
 - Non
 Si oui, quelles sont-elles ?
 - Conférences
 - Interventions de spécialistes
 - Supports de communication officiels
 - Programmes d'activité physique complémentaire non encadrée
 - Autres, précisez:

- Etes-vous en lien avec des clubs certifiés « Prescri'Forme » pour orienter vos patients au décours du programme ?
Si oui, lesquels ?

Nom du club	Ville	Activité

3) Dépôt et éligibilité des candidatures

- **Calendrier**

La fenêtre de dépôt des candidatures est ouverte du 1^{er} juin 2018 jusqu'au 15 juillet 2018.

Adresser l'ensemble du dossier (demande de certification, documents à joindre cf. page 9) par courrier postal au :
Service Prévention et Promotion de la Santé de votre délégation départementale ARS (coordonnées ci-après) **avec pour objet : « Candidature à la certification de programme passerelle Prescri'Forme - (Nom de la structure) »** au plus tard le 15 juillet 2018 (cachet de la poste faisant foi)

ET

Par mail, sous forme dématérialisée (format PDF), **avec pour objet : « Candidature à la certification de programme passerelle Prescri'Forme - (Nom de la structure) »** au plus tard le 15 juillet 2018, à votre délégation départementale ARS **AVEC** copie au siège ARS Ile-de-France : ars-idf-secr-dpsri@ars.sante.fr.

Pour toute demande de précision, les structures ou villes candidates peuvent solliciter la délégation départementale de l'ARS Ile-de-France (DDARS) de leur département par mail.

DD-ARS de Paris :

E-mail : ars-dd75-pps@ars.sante.fr

Adresse postale : 35, rue de la Gare - Millénaire 2 - 75935 PARIS Cedex 19

DD-ARS de Seine-et-Marne :

E-mail : ars-dd77-pps@ars.sante.fr

Adresse postale : 13, avenue Pierre Point - 77127 LIEUSAIN

DD-ARS des Yvelines :

E-mail : ars-dd78-pps@ars.sante.fr

Adresse postale : 143, boulevard de la Reine - 78000 VERSAILLES

DD-ARS de l'Essonne :

E-mail : ars-dd91-pps@ars.sante.fr

Adresse postale : Immeuble France-Evry - Tour Lorraine - 6/8, rue Prométhée - 91000 EVRY

DD-ARS des Hauts-de-Seine :

E-mail : ars-dd92-pps@ars.sante.fr

Adresse postale : Le Capitole - 55, avenue des Champs Pierreux - 92012 NANTERRE Cedex

DD-ARS de Seine-Saint-Denis :

E-mail : ars-dd93-prévention-promotion-sante@ars.sante.fr

Adresse postale : Immeuble l'Européen - 5/7, promenade Jean Rostand - 93000 BOBIGNY

DD-ARS du Val-de-Marne :

E-mail : ars-dd94-pps@ars.sante.fr

Adresse postale : 25, Chemin des Bassins - CS 80030 - 94010 CRETEIL Cedex

DD-ARS du Val d'Oise :

E-mail : ars-dd95-pps@ars.sante.fr

Adresse postale : 2, avenue de la Palette - 95011 Cergy-Pontoise Cedex

- **Eligibilité**

L'éligibilité des dossiers de candidatures sera notamment appréciée au vu des critères suivants :

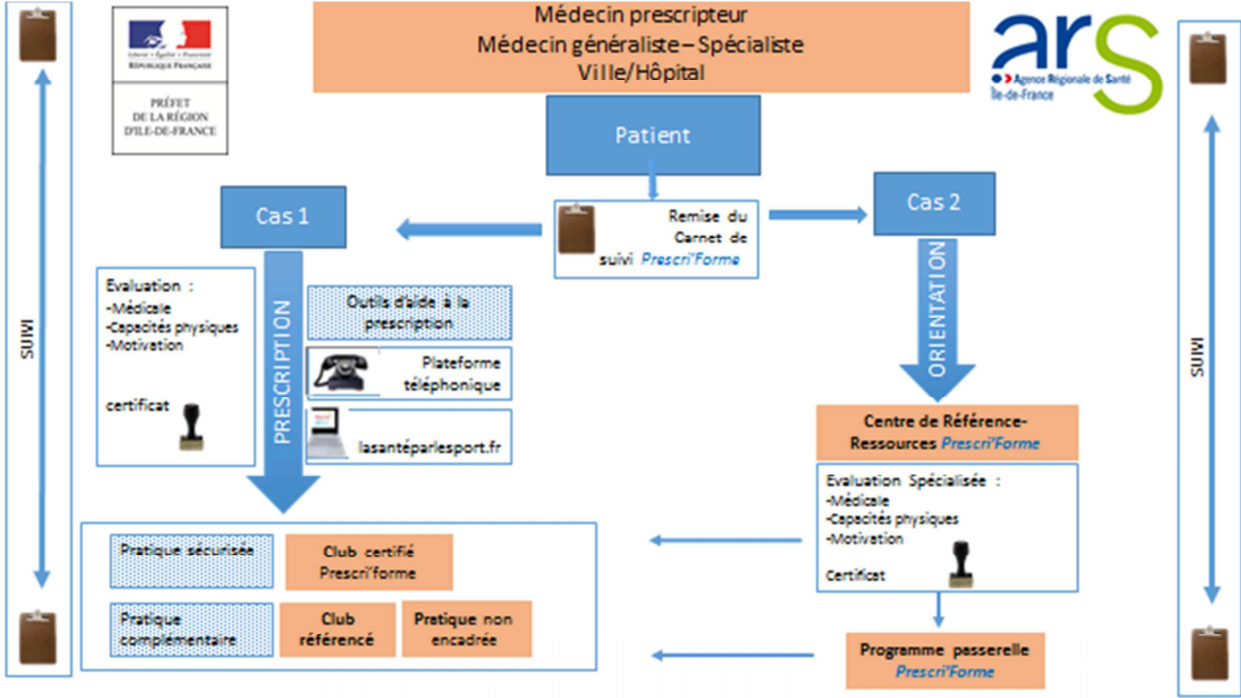
1. Dossier soumis dans les délais ;
2. Complétude du dossier ;
3. Dépôt de la candidature dans le respect des conditions fixées par le cahier des charges.

Modalités de délivrance de la certification :

La certification est délivrée par la Délégation Départementale de l'ARS Ile-de-France pour une période de deux ans, renouvelable 1 fois sur simple demande.

Une demande complète devra être adressée à la DDARS pour renouvellement au terme des 4 ans.

Annexe : Le parcours patient



Adresses de publication de l'appel à candidatures

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

<http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr>

Agence régionale de santé Ile-de-France

35, rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

01 44 02 00 00

ars-idf-secr-dpsri@ars.sante.fr

www.iledefrance.ars.sante.fr

Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)

6/8 rue Eugène Oudiné - CS 81360

75634 PARIS CEDEX 13 - 01 40 77 55 00

drjscs75-polesport@drjscs.gouv.fr

www.ile-de-france.drjscs.gouv.fr