



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

FEUILLE D'ORIENTATION

2026-2030

Intégrer l'activité physique adaptée

dans les parcours de prise en charge
des maladies chroniques et de la
perte d'autonomie



I. CONTEXTE GENERAL

1. UNE PRIORITE NATIONALE

Le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, avec un impact croissant sur le système de santé. En 2023, en France, environ 37 % de la population vit avec une maladie chronique, pour un montant de dépenses remboursées de 126 milliards d'euros, soit près de 62 % des dépenses de santé prises en charge¹.

Parallèlement, l'inactivité physique et la sédentarité progressent à tout âge, en lien avec l'évolution des habitudes de vie et l'environnement (urbanisation, écrans, modes de transports, télétravail). Selon l'Anses, 95% des adultes ont un niveau d'activité physique insuffisant ou un temps de sédentarité élevé, les exposant à un risque sanitaire élevé mais évitable². Les bénéfices de l'activité physique (AP) sur l'état de santé, la condition physique et le maintien de l'autonomie sont par ailleurs largement documentés, tant en prévention primaire qu'en thérapeutique.

L'activité physique constitue ainsi une priorité dans les politiques publiques nationales : la [Stratégie Nationale Sport santé \(SNSS\) 2025-2030](#), le [Programme National Nutrition Santé 2026-2030](#), mais aussi la feuille de route Obésité 2025-2030, le [plan antichute des personnes âgées](#), la [Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose](#) ainsi que la [Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030](#).

Thérapeutique non médicamenteuse, l'activité physique est recommandée par la Haute autorité de santé (HAS) dans de nombreuses pathologies chroniques, y compris en première intention (ex : diabète de type 2, dépression légère à modérée, surpoids/obésité).

L'activité physique adaptée (APA) s'adresse aux patients qui ne peuvent augmenter leur activité de façon autonome et sécurisée. Elle prend la forme de programme structuré, individualisé et supervisé par des professionnels qualifiés, en fonction de l'état de santé et des limitations du patient et peut être prescrite seule ou en support à d'autres thérapeutiques. Les études montrent qu'un programme d'APA peut réduire la consommation de soins et les coûts liés aux pathologies chroniques et à la perte d'autonomie, faisant de l'AP et de l'APA des leviers majeurs de prévention et d'efficience du système de santé. La HAS a publié des référentiels de prescription d'APA pour une vingtaine de pathologies et populations³ incluant les maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies métaboliques, cancers, maladies psychiatriques, maladies neuro-dégénératives, maladies de l'appareil locomoteur, grossesse et post-partum, les adultes en situation de surpoids ou d'obésité, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les enfants et adolescents, les personnes âgées à risque de chutes⁴.

¹ Rapport Charges et Produits – Assurance maladie, 2025 : [2025-07_rapport-propositions-pour-2026_assurance-maladie.pdf](#)

² [Avis de l'Anses relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées](#)

³ [Haute Autorité de Santé - Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé](#)

⁴ [Arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges des maisons sport-santé et contenu du dossier de demande d'habilitation et de renouvellement d'habilitation](#)

⁴ Has, mars 2024

2. CADRE DONNE PAR LA STRATEGIE NATIONALE SPORT-SANTE (SNSS) 2025-2030

Le développement de l'APA constitue un des objectifs de la SNSS 2, décliné dans plusieurs actions.

L'action 2 vise à faciliter l'accès à une offre de sport-santé, en structurant et en améliorant la lisibilité de l'offre, en particulier de l'APA, afin de permettre aux professionnels comme aux usagers d'identifier plus facilement les ressources disponibles sur les territoires.

L'action 10 fait de la pratique d'une activité physique une priorité stratégique du premier mandat de la Conférence nationale de l'autonomie (CNA) avec pour objectif de soutenir le déploiement de programmes d'APA à visée préventive et d'orienter les financements vers la prévention de la perte d'autonomie.

L'action 11 vise à ancrer l'APA comme un soin support essentiel de la stratégie thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques, en l'inscrivant au sein de parcours coordonnés renforcés (PCR) inspirés des dispositifs de l'article 51, conformément aux recommandations de la HAS. Elle positionne les Maisons Sport-Santé (MSS) comme un acteur pivot et point d'entrée de l'offre sport-santé dans les territoires qui doit permettre de faciliter l'accessibilité à l'APA aux patients éligibles et sécuriser les conditions d'intervention des effecteurs de l'APA.

Enfin, l'action 12 prévoit de renforcer les compétences des professionnels prescripteurs et effecteurs de l'APA. Elle vise à développer la formation à l'activité physique à visée de santé, à améliorer la coordination et le dialogue entre professionnels de santé, MSS et acteurs du sport, et à sécuriser l'intégration de l'APA dans les parcours de soins.

3. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA PRESCRIPTION ET DE LA DISPENSATION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, qui a introduit la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une APA aux patients en affection de longue durée, le cadre légal et réglementaire de l'APA a été renforcé. La loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport a élargi le périmètre des prescripteurs (tous les médecins et possibilité de renouvellement de la prescription par les masseurs-kinésithérapeutes) et le périmètre des patients éligibles (maladies chroniques, facteurs de risque, perte d'autonomie). Les infirmiers en pratique avancée (IPA) sont également autorisés à prescrire des programmes d'APA depuis avril 2025. Les modalités du parcours d'APA sont définies dans le code de la santé publique⁵, consacrant l'APA comme une composante structurée du parcours de soins.

Les conditions d'une prescription médicale d'APA⁶ sont les suivantes : le patient a une maladie ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques ; il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire ; il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable.

⁵ Décrets de 2023, codifiés aux articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5

⁶ [Guide HAS Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte, 2022, p.48](#)

Le professionnel habilité à dispenser l'APA réalise un bilan initial pour définir le contenu du programme, évalue périodiquement sa réalisation et établit, en fin de prise en charge, un bilan permettant d'apprécier les bénéfices et les modalités de poursuite ou de sortie du dispositif. Le programme d'APA comprend en général 2 à 3 séances hebdomadaires pendant 3 à 6 mois, selon la situation clinique et l'évolution du patient. Chaque séance de 45 à 60 minutes associe des exercices d'endurance aérobie et de renforcement musculaire, auxquels peuvent s'ajouter, selon la pathologie ou l'état de santé, des exercices d'équilibre, de coordination, d'assouplissement ou respiratoires.

Au-delà de l'amélioration de la condition physique, l'accent est mis sur la motivation du patient afin de l'accompagner dans le changement de ses habitudes et la pérennisation de l'activité physique.

Sont autorisés à dispenser l'APA sur prescription médicale (article D.1172-2 du CSP) : les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, les professionnels titulaires d'un diplôme en activité physique adaptée (filière STAPS / mention activité physique adaptée et santé APA-S, niveau licence), les éducateurs sportifs mentionnés à l'article R.212-2 du code du sport ou inscrits au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée.

4. ETAT DES LIEUX DU DEPLOIEMENT DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

L'APA est potentiellement intégrée à différents niveaux du système de santé : en hospitalisation notamment au sein des services de soins médicaux et de réadaptation où elle figure parmi les pratiques thérapeutiques mobilisables par les équipes ; dans les soins de support en oncologie⁷ (elle constitue l'un des neuf soins de support reconnus et l'établissement en charge du traitement a la responsabilité de l'accompagnement et l'orientation du patient au plus près de son lieu de vie vers une offre adaptée). Toutefois l'intégration de l'APA dans le parcours de soins à l'hôpital est loin d'être systématique.

Un parcours de soin après le traitement d'un cancer, soumis à prescription médicale et qui comprend un bilan de condition physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, financé via le Fonds d'intervention régional des ARS, dont le forfait ne prévoit pas le financement de séances d'APA. Une extension est prévue avec un élargissement aux patients en cours de traitement pour cancer. Par ailleurs, une expérimentation issue de la LFSS 2024 prévoit la prise en charge de séances d'APA dans le forfait de ce parcours de soins dans 3 régions⁸.

Il est aussi prévu l'expérimentation pour 3 ans d'un parcours de soins comprenant un bilan de condition physique, donnant lieu à l'élaboration d'un programme APA pour les patients atteints de diabète de type 2 avec complications⁹ dans 3 régions.

⁷ [Instruction N° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer](#)

⁸ article 42 LFSS 2024

⁹ [Décret n° 2025-792 du 8 août 2025 relatif à l'expérimentation d'un parcours de soins non médicamenteux pour les patients atteints de diabète de type 2 avec complication - Légifrance](#)

Par ailleurs, le plan antichute prévoit l'expérimentation d'un « panier de soins Prévention des chutes » (Axe 4, Action 5). Cette expérimentation consisterait à proposer aux personnes âgées identifiées comme à risque de chute un parcours de prévention individualisé pouvant comporter différentes interventions prescrites dont un programme d'APA.

Des dispositifs de prescription et de financement de séances d'APA ont également été développés dans certaines régions, avec des formats très hétérogènes, des porteurs et des financeurs variés (ARS, collectivités, CPAM...).

Cette dynamique témoigne d'un fort potentiel de l'APA comme levier de santé publique et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2024 a renforcé les possibilités de financement des programmes d'APA, notamment à travers les parcours coordonnés renforcés (PCR) qui permettent de transposer dans le droit commun les expérimentations article 51 évaluées positivement.

5. LES EXPERIMENTATIONS « ARTICLE 51 » INTEGRANT DE L'APA (CF. ANNEXE 1)

Une vingtaine d'expérimentations « article 51 » sont en cours, centrées sur l'APA ou intégrant de l'APA dans le parcours de soins dans le champ des maladies cardio-vasculaires, respiratoires, de l'obésité, du cancer ou dans une approche généraliste des maladies chroniques. Si ces dispositifs diffèrent par leurs indications, leur durée, leur intensité ou encore par l'organisation de leurs programmes passerelles vers les maisons sport-santé (MSS), ils présentent des caractéristiques communes en termes d'organisation, de mise en œuvre et de modèle de financement. Ces éléments permettront d'élaborer un modèle de référence sur l'intégration de l'APA dans les parcours de soins.

6. LES MAISONS SPORT-SANTE (MSS)

Les MSS ont été dotées d'un statut légal en 2022¹⁰ qui encadre leurs missions d'accueil, d'information, d'orientation du public et d'animation de réseaux entre professionnels de santé, du social, du sport et de l'APA. Pilotées au niveau territorial par les ARS et les DRAJES, les MSS ont pour mission de promouvoir un mode de vie actif en contribuant au parcours de santé des patients atteints de maladies chroniques ou en perte d'autonomie bénéficiant d'une prescription d'activité physique ou d'APA. Elles développent des partenariats avec les structures de soins et organisent, directement ou via leurs partenaires, des bilans (condition physique, motivationnel) et des séances d'APA. Elles sont appelées à intervenir dans les parcours coordonnés renforcés⁴. En 2026, on compte 580 MSS habilitées. Les MSS ont accueilli près de 363 300 personnes en 2024 (sur 475 MSS), dont près de 72 500 patients adressés sur prescription médicale.

¹⁰ Loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France,

⁴ Décret n° 2024-1035 du 15 novembre 2024 relatif à la prise en charge et au remboursement des parcours coordonnés renforcés

7. LA CONTRIBUTION DU MOUVEMENT SPORTIF

Le mouvement sportif joue un rôle déterminant dans l'offre de pratiques adaptées, sécurisées et encadrées. Le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) a développé le Médico-sport santé qui recouvre les démarches des fédérations sportives pour favoriser l'accès à une activité physique encadrée, adaptée à la santé des pratiquants, en articulation avec les professionnels de santé. La commission médicale du CNOSF a défini un référentiel commun de compétences, en promouvant la formation continue des encadrants. De nombreuses fédérations ont mis en place des dispositifs permettant de faciliter l'accompagnement des patients (labels sport-santé, réseaux de clubs engagés dans l'accueil de publics atteints de pathologies chroniques, intégration de modules APA dans les cursus de formation...).

II. LA FEUILLE D'ORIENTATION APA 2026-2030

Les enjeux sont :

- de permettre un changement d'échelle nécessaire pour rendre accessible l'APA pour les patients éligibles et réduire les pertes de chance dans le cadre de parcours de soins,
- de faciliter la prescription pour les professionnels de santé en mettant à leur disposition les outils et les structures (maisons sport-santé en particulier) facilitant l'orientation et la prise en charge des patients,
- de définir les conditions de mise en œuvre et les modalités de prise en charge financière de parcours d'APA,
- de stabiliser une trajectoire de déploiement.

La feuille d'orientation vise à structurer les travaux de transposition dans le droit commun et de développement de l'offre d'APA, en capitalisant notamment sur les évaluations des expérimentations article 51 intégrant de l'APA dans les parcours de prise en charge des pathologies chroniques et de la perte d'autonomie.

OBJECTIFS

- Structurer la place de l'APA dans la prise en charge des pathologies chroniques notamment dans le cadre des parcours coordonnés renforcés, au regard des recommandations HAS,
- Définir les modalités pratiques y compris financières,
- Accompagner la structuration de l'offre d'APA en aval,
- Sécuriser la relation entre prescripteurs et effecteurs.

GOUVERNANCE

Les travaux de la feuille d'orientation sont pilotés par le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie à travers un comité stratégique qui se réunit tous les 4 mois environ.

Ce comité stratégique est appuyé par un comité de pilotage élargi qui associe, outre les représentants des directions pré-citées et la Cnam : la DGCS, les représentants de la direction des sports (DS) et des DRAJES, des agences régionales de santé, des agences et opérateurs concernés du ministère en charge de la santé (INCa, HAS) ainsi que l'équipe nationale article

51. Ils pourront associer autant que de besoin les porteurs des expérimentations article 51 concernées et les experts de l'APA.

Le rôle du COPIL élargi est de définir une trajectoire d'ensemble de déploiement de l'APA, d'assurer une traduction dans le droit commun, de définir les actions à mener et s'assurer de leur avancement, de suivre le déploiement des parcours, d'identifier les besoins non couverts en APA et les solutions envisageables pour y remédier, et d'assurer une bonne articulation avec les stratégies et plans nationaux en cours. Le COPIL élargi rend compte de ses travaux au comité stratégique qui en décide des orientations et procède aux arbitrages.

AXES DE TRAVAIL

Des groupes de travail sont mis en place en fonction des thématiques identifiées à traiter.

Les axes de travail portent sur :

- 1) la **réalisation d'un état des lieux des dispositifs de prise en charge de l'APA** cartographiant les parcours mobilisant de l'APA au sein des expérimentations article 51 (cf. liste en annexe 1) et d'autres dispositifs existants afin d'inventorier les pathologies couvertes et les publics concernés, les intervenants et structures en jeu, les modèles économiques mobilisés et les évaluations et impacts médico-économiques mesurés ;
- 2) la **construction d'une approche transversale** : il s'agit de définir des profils de patients et niveaux de complexité éligibles à l'APA, au regard des recommandations de la HAS, et de décrire les modalités d'accès pour couvrir progressivement les populations concernées (par les PCR ou autres dispositifs) ;
- 3) la **poursuite de la construction des PCR incluant de l'APA**, avec un élargissement progressif des pathologies ciblées ;
- 4) la **structuration de l'offre d'APA**, notamment la stabilisation des missions des maisons sport-santé et de leur place dans le parcours, la sécurisation de la relation prescripteur-effecteur (qualifications et formation des effecteurs de l'APA, outillage des intervenants, etc.), l'articulation avec l'hôpital / le prescripteur / les intervenants en ville et à domicile ;
- 5) la construction d'un **modèle économique de l'APA** répondant aux enjeux de soutenabilité du système de santé.

ANNEXE 1 :

EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51 INTEGRANT DE L'APA DANS LES PARCOURS MALADIES CHRONIQUES

L'APA EN TANT QU'OBJET PRINCIPAL DE L'EXPERIMENTATION

APA connectée – arrêt en octobre 2023 (décision du porteur) : terminée sans suites

Mettre en place un programme APA en post cancer du sein et cancer digestif selon des modalités nouvelles combinant séances en présentiel et distanciel.

As du cœur – Fin en octobre 2024 : avis favorable sans période transitoire

Compléter le parcours de soin du malade cardiovasculaire après rééducation via un programme APA de 5 mois.

CAMI Sport et cancer – Fin en janvier 2026 : avis défavorable à la transposition dans le droit commun

Mettre en place un programme d'APA pendant et après le traitement d'un cancer : sein, colon-rectum, poumon, prostate, selon des modalités nouvelles combinant séances en présentiel et distanciel.

L'APA EN TANT QUE BRIQUE DU PARCOURS EXPERIMENTE

Occitan'air – Fin en décembre 2023 : en période transitoire

Structurer l'organisation et le déploiement sur le territoire de programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés et développés au domicile du patient en s'appuyant sur l'action coordonnée des professionnels de santé de proximité du patient.

EVA Corse – Fin en mars 2025 : en période transitoire

Programme de réadaptation cardiaque au plus près des patients en s'appuyant sur les SSR et les équipes de soins primaires en mobilisant un financement forfaitaire avec prime d'efficience et de qualité.

SLL (Structures libérales légères) – Fin en juin 2025 : en période transitoire

Rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques, via une organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les ES, permettant une PEC pluriprofessionnelle, flexible et sur le long terme des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque.

Read'hy – Fin en janvier 2026

Programme de réadaptation cardiaque de 10 semaines avec un suivi à distance et une évaluation hebdomadaire en présentiel.

Walk'hop – Fin en janvier 2026

Télé-réadaptation cardiaque sur 16 jours après un bilan initial en hôpital de jour SSR pour des patients coronariens stabilisés après un accident aigu et avec un risque de réadaptation faible.

Inspir'action – Fin en décembre 2025 : avis défavorable à la transposition dans le droit commun

Parcours de réadaptation respiratoire BPCO proposant une prise en charge globale avec un accompagnement modulable, coordonné et partagé pour répondre aux besoins spécifiques de chaque malade.

RR TELEDOM (Réadaptation respiratoire à domicile) – Fin en avril 2026

Accompagner tout patient porteur de BPCO hospitalisé pour une Exacerbation Aigüe de BPCO et leur aidant par un programme de Réadaptation Respiratoire à Domicile et par Télé Réadaptation.

Constel'Action – Fin en avril 2027

Mettre en place en appui de la médecine de ville un parcours pour les patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques, s'appuyant sur un modèle d'organisation des soins et de coordination entre les médecins spécialistes, les médecins traitants, les professionnels du champ paramédical, permettant de construire et de s'assurer du bon suivi d'un plan personnalisé de soins.

Go After – Lancement en 2026

Parcours de soins d'évaluation globale et de suivi des patients guéris d'un cancer pédiatrique ou AJA (adolescent, jeune adulte)/ Le suivi long terme (SLT) permet à chaque patient de bénéficier d'un programme de prévention de l'après cancer (PPAC) personnalisé et pouvant intégrer de l'APA (bilan et séances) selon les besoins prioritaires du patient.

LES EXPERIMENTATIONS DANS LE CHAMP DE L'OBESITE PRESENTENT UNE COMPOSANTE APA PLUS OU MOINS PRONONCEE

MRTC (Mission Retrouve Ton Cap) – Fin en décembre 2020 : *transposé dans le droit commun* ([décret 10/2022](#))

Prise en charge pluridisciplinaire des 3-8 ans en surpoids ou à risque d'obésité : consultations diététique et psychologique et bilan d'activité physique, selon les besoins identifiés par le médecin traitant et sur sa prescription. Les séances d'APA ne sont pas prises en charge dans le cadre de ce parcours.

OBEPEDIA - En voie de lancement d'une phase expérimentale complémentaire

Prise en charge des enfants et adolescents de 3 à 18 ans en situation d'obésité sévère et/ou complexe, au moyen d'un parcours d'accompagnement et de soins de deux ans incluant l'entourage familial et coordonné entre la ville et l'hôpital, intégrant de l'APA.

EMNO - Transposé dans le droit commun ([arrêté du 26/02/2026](#))

Prise en charge et qualité de vie des personnes atteintes d'obésité par la mise en œuvre d'un parcours médico-éducatif pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé

PRALIMAP (Promotion de l'alimentation et de l'activité physique) – Prolongation jusqu'en 2027

Mettre en place auprès des élèves des classes de quatrième un programme de dépistage structuré du surpoids et de l'obésité avec une PEC initiée en milieu scolaire, collective et individuelle, adaptée au contexte socio-économique des élèves et articulée entre les acteurs du système éducatif et de soins.

OBEPAR – Fin en juillet 2024 – arrêt anticipé

Parcours de prise en charge coordonnée hôpital-ville en chirurgie bariatrique via financement forfaitaire, afin d'améliorer la qualité et la pertinence des soins et diminuer le nombre de complications, de réhospitalisations et de perdus de vue après la chirurgie.

PACO (Parcours chirurgie de l'obésité) – Fin en septembre 2026

Structurer et améliorer le parcours de chirurgie bariatrique, ainsi que sa pertinence par une coordination de la PEC en amont et aval de la chirurgie associée à un accompagnement éducatif.

PROXOB – Fin en septembre 2026

Accompagnement familial à domicile et de proximité de l'obésité infanto-juvénile, prise en charge à domicile de l'ensemble de la cellule familiale, programme motivationnel et accompagnement téléphonique.

TOPASE (Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble) – Fin en décembre 2026

Structurer la PEC de l'obésité infantile de premier recours grâce à un maillage territorial par des équipes de proximité. L'objectif poursuivi est de proposer une PEC globale, pluridisciplinaire et financièrement accessible pour l'enfant et son entourage.

GPSO (GPS-Obésité) – Fin en janvier 2027

Structurer la prise en charge précoce et l'accompagnement au long terme des adultes obèses par les professionnels de premier recours et organiser le maillage territorial d'une offre de soins cohérente reposant sur des équipes pluriprofessionnelles de proximité travaillant en coordination avec les acteurs des secteurs sanitaire et social.

BARIA UP – Fin en février 2027

Parcours éducatif coordonné standardisé pour le patient obèse autour de la chirurgie bariatrique.

TIMEO (Traitement Innovant Multi Evaluations de l'Obésité) – Fin en juillet 2027

Parcours de soin ville-hôpital fondé sur une évaluation pluridisciplinaire et standardisée des besoins du patient obèse à l'aide d'un algorithme de personnalisation des soins et un système de scoring de tests déterminant l'intensité de la prise en charge pour chaque composante (psychologique, diététique ou activité physique).

EXPERIMENTATIONS DANS LE CHAMP DE LA MALADIE RENALE CHRONIQUE COMPORTANT UNE COMPOSANTE APA

PRO IRC- Fin en juillet 2028

Prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale, de la suppléance rénale et optimisation de ces prises en charge par le suivi pluri professionnel en secteur ambulatoire de patients présentant une maladie rénale aux stades 3b, 4 et 5

PREVENIR- Lancement en 2026

Améliorer la prise en charge précoce de l'IRC pour les stades 3a, 3b et 4 afin de ralentir la progression de la MRC, de diminuer ses conséquences en termes de morbi-mortalité en particulier cardio-vasculaire et de diminuer le nombre de patients arrivant à la dialyse, notamment en urgence.

FEUILLE D'ORIENTATION

2026-2030

