

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Masso-kinésithérapie**

**État des lieux de la pratique de l'activité physique sur prescription,
dispensée par les masseurs-kinésithérapeutes en France**

Mémoire présenté et soutenu par
Pauline Roque

En juin 2019



Mémoire dirigé par
François Duzou

Directeur de la filière masso-kinésithérapie de l'ILFOMER

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Anaïck Perrochon pour son apport méthodologique dans l'élaboration de cette étude et ses conseils avisés.

Je remercie mon directeur de mémoire, Monsieur François Duzou, pour le temps consacré à mon travail et plus généralement à mon parcours entier de formation.

Je remercie Monsieur Benoit Borel d'avoir pris le temps de m'apporter son aide et ses conseils constructifs.

Je remercie bien évidemment mes parents, qui m'ont permis de réaliser ces études et particulièrement ma mère, pour ses relectures et ses encouragements.

Je remercie sincèrement mon amoureux, pour son aide précieuse et son soutien sans failles dans les bons comme dans les mauvais moments.

Je remercie ma colocataire, l'unique personne qui pouvait être capable de me supporter toutes ces années.

Je remercie du fond du cœur tous mes camarades de promotion pour ces 4 belles années, qui n'auraient pas eu la même saveur sans eux.

Je remercie chaleureusement chacun des 360 masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu à mon questionnaire et sans qui cette étude n'aurait pas été réalisable.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui prendront le temps de lire ce travail.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Pauline Roque

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 3 mai 2019

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Masseur-Kinésithérapeute

Session de juin 2019

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Pauline Roque

Etudiante de 4ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : vendredi 3 mai 2019

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pauline Roque', with a stylized flourish above the name.

Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

ANDES : Association Nationale des Elus en charge du Sport

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activités Physiques et Sportives

BEES : Brevet d'État d'Éducateur Sportif

BPJEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

CQP : Certificat de Qualification Professionnelle

DEJEPS : Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, du Sport et de la Cohésion Sociale

DU : Diplôme Universitaire

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

EFFORMIP : Effort et forme en Midi-Pyrénées

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGJS : Inspection Générale de la Jeunesse et des Sports

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRBMS : Institut de Recherche du Bien-être, de la Médecine et du Sport Santé

IRMES : Institut de Recherche bio-Médicale et d'Epidémiologie du Sport

MEDEF : Mouvement des Entreprises De France

MG : Médecin généraliste

MK : Masseur-kinésithérapeute

MOOC : Massive Open Online Course

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

ONPV : Observatoire National de la Politique de la Ville

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAPRICA : Physical Activity promotion in PRImary Care

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PNSSBE : Plan National Sport, Santé, Bien-être

PRNSSBE : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être

SSSO : Sport Santé Sur Ordonnance

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

TFP : Titre à Finalité Professionnelle

Table des matières

Introduction	12
1. Le sport-santé.....	14
1. Histoire et définitions	14
2. Les bienfaits de l'activité physique sur la santé	16
2.1. Bienfaits en prévention primaire	16
2.2. Bienfaits en prévention tertiaire	18
3. Promotion du sport-santé à travers le monde	21
3.1. Recommandations	21
3.2. Systèmes précurseurs à l'étranger.....	22
2. En France : l'activité physique sur prescription	24
1. Mise en place et modalités du décret.....	24
2. L'activité physique adaptée	25
3. Les affections de longue durée	26
4. Les différents acteurs	28
4.1. Les médecins prescripteurs.....	28
4.2. Les professionnels de la santé	29
4.3. Les professionnels du sport.....	31
3. Enjeux et limites du dispositif	33
1. Les enjeux.....	33
1.1. Baisse des coûts directs	33
1.2. Baisse des couts indirects	34
2. Les limites	36
2.1. Des médecins prescripteurs dans la confusion.....	36
2.2. Une lutte des intervenants	37
2.3. Un public restreint et mal informé.....	37
2.4. Une absence de remboursement	38
2.5. Des inégalités sociales et territoriales	39
4. Problématique	40
5. Matériel et méthode.....	41
1. Type d'étude	41
2. Population	41
3. Elaboration du questionnaire.....	41
4. Diffusion du questionnaire	44
5. Analyse statistique	45
6. Résultats.....	46
1. Caractéristiques de la population étudiée	46
2. Principaux résultats	47
2.1. Pratique professionnelle relative à l'activité physique.....	47
2.2. Expérience concernant l'activité physique sur prescription	48
2.3. Connaissances sur le décret relatif à la prescription d'activité physique.....	51
3. Résultats secondaires	53
7. Discussion	57
1. Principaux résultats	57

1.1. Des masseurs-kinésithérapeutes peu présents au cœur du dispositif de prescription d'APA.....	57
1.2. Des masseurs-kinésithérapeutes peu informés sur le dispositif	58
1.3. Des masseurs-kinésithérapeutes peu formés à l'APA.....	59
1.4. Mais l'activité physique au cœur de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes ..	60
2. Résultats secondaires	61
2.1. Ressentis et avis personnel des MK sur le dispositif et leur place dans celui-ci.....	61
2.2. Difficultés rencontrées et freins au dispositif	62
3. Intérêt de l'étude	63
3.1. Représentativité de l'échantillon étudié par rapport à la population générale	63
3.2. Intérêt pour la recherche.....	64
3.3. Intérêt pour la pratique clinique	64
3.4. Intérêt pour la santé publique	64
4. Limites	64
4.1. Biais de sélection	64
4.2. Biais de suggestibilité	65
4.3. Biais de désirabilité sociale.....	65
4.4. Effet de halo	66
5. Perspectives	66
5.1. Former et informer	66
5.2. Création de structures dédiées au sport-santé	68
5.3. Financement	69
5.4. Propositions d'études complémentaires.....	69
Conclusion	71
Références bibliographiques.....	73
Annexes.....	78

Table des illustrations

Figure 1 : Organigramme des questions 13 à 21	43
Figure 2 : Frise chronologique de la méthodologie du questionnaire	45
Figure 3 : Utilisation de l'AP comme moyen de rééducation avec des patients atteints de pathologies chroniques	47
Figure 4 : Pathologies concernées par l'utilisation de l'AP comme moyen de rééducation....	48
Figure 5 : Moyens d'information de l'existence du dispositif de prescription d'APA	49
Figure 6 : Fréquence de MK ayant déjà reçu un patient avec une prescription d'APA	49
Figure 7 : Types de prescription d'APA rencontrées par les MK.....	50
Figure 8 : Difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'un patient avec une prescription d'APA	50
Figure 9 : Qui peut prescrire des séances d'APA ?	51
Figure 10 : Quels patients peuvent bénéficier d'une telle prescription ?	51
Figure 11 : Qui peut dispenser une activité physique sur prescription médicale à ces patients ?	52
Figure 12 : La prescription et la dispensation d'activité physique sont-elles remboursées par la Sécurité Sociale ?	52
Figure 13 : Score obtenu aux questions de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA	53
Figure 14 : Pensez-vous que la construction et l'encadrement de séances d'APA fassent partie de votre pratique professionnelle ?	53
Figure 15 : Pensez-vous avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA ?	54
Figure 16 : Vision de l'enseignant APA d'après les MK	55
Figure 17 : Pensez-vous que la prescription d'APA puisse inciter les patients à la pratique physique à long terme ?	56
Figure 18 : Freins au développement du dispositif de prescription d'APA en France selon les MK.....	56

Source de l'image de la page de garde : ESUS « APA de géant », disponible sur le site <http://apadegeant.fr/lexercice-comme-medicament>

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des MK ayant eu une formation initiale en APA selon leur âge	47
Tableau 2 : Répartition de la réponse à la question 30 selon le sexe.....	55
Tableau 3 : Freins au développement du dispositif de prescription d'APA en France selon les MK.....	56

Introduction

Dans une société au mode de vie de plus en plus sédentaire, le manque d'activité physique (AP) est considéré comme le 4ème facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En effet, l'inactivité physique augmente les facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, ce qui en fait, avec 10,7 millions de personnes atteintes d'affection longue durée (ALD) en France en 2017 [1], un problème de santé publique majeur.

D'autre part, les bienfaits de l'AP pour la santé et la diminution de nombreux facteurs de risque ne sont plus à démontrer. La pratique d'une AP régulière participe non seulement à la prévention des principales maladies chroniques mais aussi au maintien, voire l'amélioration de l'état de santé des patients atteints.

Certains pays, tels que la Suède, incluent déjà la pratique d'une activité physique adaptée (APA) comme traitement à part entière dans la thérapeutique de leurs patients, accompagnant ou se substituant même aux traitements médicaux.

En France, alors que l'AP est validée comme thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2011 [2], le concept de « sport-santé » tarde néanmoins à s'affirmer. Le pays semble cependant vouloir rattraper son retard avec l'adoption en Décembre 2016 d'un décret règlementant la pratique de l'AP sur prescription, découlant de la loi de « modernisation de notre système de santé » de Janvier 2016. [3] Ces mesures législatives s'inscrivent dans un projet non seulement sanitaire, puisque visant l'amélioration de la santé des patients mais aussi économique, car ce dispositif pourrait permettre une diminution non-négligeable des coûts de santé.

Cependant, le décret a été vivement contesté lors de sa rédaction, opposant les masseur-kinésithérapeutes (MK) aux professionnels du sport, les premiers craignant l'autorisation de non-professionnels de santé à la prise en charge de certaines pathologies lourdes, auxquelles ils ne seraient pas formés. De plus, le décret a essuyé également quelques critiques lors de sa publication, jugé trop flou et pas assez ambitieux.

Si la nature de ce conflit me semblait plus ou moins lointaine au début de ma formation, je m'interroge aujourd'hui, au terme de celle-ci, sur les réels enjeux de ce débat et son avancée à ce jour. Le sujet n'étant pas encore abordé au cours de notre formation et pouvant y être confrontée très prochainement, il m'a semblé important de m'y intéresser d'avantage.

En effet, nous avons tous eu vent de cette polémique, cependant, que savons-nous vraiment sur ce décret, ses modalités d'application et l'état actuel de la pratique de l'AP sur prescription ?

Les MK étant directement concernés par ce nouveau dispositif, il leur incombe de connaître son existence ainsi que son fonctionnement, dans le cas où un patient se présenterait avec une telle prescription. De plus, dans ce contexte de modernisation du système de santé, c'est

une demande qui ne cessera de croître, et à laquelle les MK, en tant qu'experts du mouvement, doivent être préparés.

Par ailleurs, deux ans après la mise en vigueur du décret, il serait intéressant de savoir où en est sa mise en application, quels en sont ses freins mais aussi ses fruits.

L'intérêt de cette étude sera donc de comprendre le fonctionnement du « sport sur ordonnance », les enjeux de la mise en place de ce dispositif au sein d'une politique de sport-santé et faire un état des lieux de sa mise en pratique par les MK en France.

1. Le sport-santé

1. Histoire et définitions

Si le lien entre l'activité physique et la santé paraît aujourd'hui évident, il résulte d'un long cheminement intellectuel, scientifique et social, qui ne cesse d'évoluer et de s'affirmer au cours des siècles.

Dès l'Antiquité, les philosophes grecs évoquent déjà le rôle de la gymnastique dans le soin du corps et de l'âme. Hippocrate considérait l'exercice physique comme un facteur d'équilibre « entre la force que l'on dépense et celle que l'on absorbe ». [4] Il en conseillait la pratique, adaptée à l'individu, son tempérament ou encore la saison, mais en bannissait l'excès.

Aristote, évoque plus tard la notion de « juste mesure », en encourageant la pratique régulière mais modérée de la gymnastique. En effet, pratiqué de manière excessive ou exclusive, l'exercice physique était considéré comme nuisible au développement de la vertu, santé de l'âme, mais aussi au développement physique de l'enfant. [5]

Galien, médecin à l'école des gladiateurs de Pergame, condamne l'excès d'exercice et les efforts violents auxquels sont confrontés les athlètes. Il pointe aussi du doigt le manque d'individualisation de l'entraînement et souhaite que ce soit le médecin qui indique quels sont les exercices les plus appropriés à chacun. Auteur de la fameuse maxime « mens sana in corpore sano » traduite par : « un esprit sain dans un corps sain », il revendique une gymnastique préventive et thérapeutique, qui s'intéresse avant tout au maintien et au rétablissement de la santé. [6]

Après une longue période de stagnation des connaissances, c'est seulement à la Renaissance que la recherche médicale reprend son évolution et que renaît l'idée d'une AP bénéfique à la santé. Friedrich Hoffmann voyait alors dans le mouvement « la meilleure médecine du corps », lui attribuant un rôle curatif. [7]

Plus tard, alors qu'en Allemagne et en France la gymnastique est employée à des fins militaires, en Suède, Per Henrik Ling développe une gymnastique fondée sur l'étude de l'anatomie et de la physiologie du mouvement. Selon lui, la gymnastique n'a pas seulement une valeur éducative ou militaire, mais peut être employée comme moyen curatif : il crée ainsi le concept de « gymnastique médicale ».

Les progrès réalisés par la suite en physiologie et en biologie, avec notamment en France les études de Lagrange sur la physiologie du corps (1888) ou encore celles de Marey et Demeny sur la physiologie du mouvement (1882-1895), permettent de faire émerger une médecine s'intéressant particulièrement à l'activité physique. Le concept de « médecine du sport » apparaît ainsi à la fin du XIXe siècle.

Les connaissances sur la physiologie de l'AP ne cessent ensuite de se développer au cours de la première moitié du XXème siècle, de même que l'importance du sport dans la société,

grâce à la médiatisation des grandes compétitions internationales comme les Jeux Olympiques.

Cependant, ce n'est que dans les années 60 que l'AP devient une véritable affaire de santé publique en incarnant un moyen de lutte contre la sédentarité. En effet, la Norvège met en place en 1967 un programme (TRIM) visant à encourager la pratique d'AP auprès de la population et l'intégration de celle-ci à long terme dans leur quotidien. Cet exemple sera ensuite suivi par de nombreux pays et ainsi l'introduction de l'AP dans le cadre général de la promotion de la santé s'internationalise.

En 1968, le docteur Kenneth Cooper introduit le concept d'aérobic aux Etats-Unis et promeut une nouvelle forme de gymnastique appelée l'aérobic, permettant de développer l'endurance cardio-respiratoire. [8]

Sous l'impulsion des études scientifiques établissant des liens entre la sédentarité et l'apparition des maladies cardiaques, la sédentarité apparaît alors comme un problème de santé publique. Les médecins et les cardiologues commencent ainsi à encourager la pratique d'AP pour lutter contre les maladies cardiovasculaires.

La prise de conscience des bénéfices de l'exercice physique et de la nécessité de la lutte contre la sédentarité n'apparaît en France que dans les années 1975-1980. [9] La politique de lutte contre la sédentarité se construit alors à travers des campagnes médiatiques telles que « Votre santé dépend aussi de vous » (1980), « Bougez-vous la santé » (1984) et « Bouge ton cœur » (1985-1986). [9] Dans les années 2000, la sédentarité est reconnue comme facteur de risque sanitaire majeur avec la mise en place du premier Plan national nutrition santé (PNNS). Ce plan, associant nutrition et santé, promeut une activité physique quotidienne avec le fameux slogan « Mangez-bougez ».

En 2003, l'OMS lance la première journée mondiale de la santé avec comme slogan « Pour votre santé, bougez ! » puis, après une multiplication d'expertises internationales, publie en 2010 ses recommandations concernant l'activité physique, toujours d'actualité aujourd'hui. [10]

Selon l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». [11]

L'OMS entend par activité physique « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique ». Cela comprend les exercices physiques de la vie quotidienne, l'activité physique de loisir et la pratique sportive. Le sport est donc un « sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé », comprenant le sport de loisir, le sport de compétition et le sport-santé. [12]

Selon l'Institut de Recherche du Bien-être, de la Médecine et du Sport Santé (IRBMS), le « sport-santé recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant, ceci conformément à la définition de la santé par l'OMS ». [13]

L'OMS définit ensuite la sédentarité comme un « état dans lequel les mouvements sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de celle du repos ». Il s'agit donc d'une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible, à ne pas confondre avec l'inactivité physique, qui se définit par un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé. [14]

2. Les bienfaits de l'activité physique sur la santé

En 2008, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) publie à la demande du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative un rapport concernant l'AP et ses effets. [15] Basé sur de près de 2000 articles et études réalisées dans le monde entier, ce rapport statue sur les bienfaits de l'AP comme moyen de prévention et comme thérapeutique dans de nombreuses pathologies et propose une synthèse des recommandations en matière d'activité physique. En Janvier 2019, l'Expertise collective de l'INSERM publie un nouveau rapport, avec des données mises à jour, alertant une nouvelle fois sur l'importance de la pratique physique. [16]

2.1. Bienfaits en prévention primaire

Il est admis que la pratique d'activité physique contribue au maintien de la santé chez le sujet sain et à la réduction du risque d'apparition de maladies, dans le cadre de la prévention primaire. En effet, l'action bénéfique de l'AP a été démontrée à différents niveaux :

- Fonction cardio-vasculaire :

L'augmentation du débit sanguin provoquée par l'activité physique stimule la libération de monoxyde d'azote (NO) par l'endothélium des vaisseaux sanguins. Le NO, responsable de la relaxation des cellules musculaires lisses, possède une action vasodilatatrice et permet une inhibition de l'agrégation plaquettaire. L'entraînement physique régulier est aussi associé à une adaptation et un remodelage de l'artère. On retrouve ainsi un diamètre vasculaire plus large chez les athlètes. [17]

L'activité physique permet alors de réduire le risque d'apparition des principales maladies cardio-vasculaires, telles que la cardiopathie coronarienne ou l'AVC, de 10 à 30%. [15] [18]

- Fonction respiratoire :

Une activité physique aérobie régulière permet d'entretenir les fibres et les enzymes de la voie métabolique musculaire oxydative. L'entretien de la voie aérobie permet ainsi de limiter le développement de pathologies respiratoires chez un sujet sain mais aussi de diminuer le risque de BPCO chez les fumeurs par exemple. [15]

- Capital osseux :

La soumission à des contraintes mécaniques est un des déterminants du remodelage osseux. Ainsi, une activité physique en résistance (athlétisme, gymnastique), de par les contraintes

mécaniques qu'elle exerce sur le squelette, agit sur la masse osseuse, son contenu minéral et son architecture.

L'enfance et la puberté sont des périodes déterminantes dans la formation du capital osseux durant lesquelles l'activité physique permettrait de conditionner la constitution du capital osseux de l'enfant mais jouerait aussi un rôle dans la prévention de sa diminution. [19]

Une pratique physique prolongée tout au long de la vie permettrait ensuite d'en conserver les bénéfices et notamment de réduire les risques d'ostéoporose ainsi que les principales fractures qui y sont associées en cas de chute (col du fémur, fracture vertébrale...), étant des facteurs de morbidité. [15]

- Fonction musculaire :

L'activité physique, en sollicitant les différents groupes musculaires et en favorisant notamment la circulation du sang et de l'oxygène, stimule le système musculaire et permet ainsi l'augmentation de la taille et du nombre des mitochondries ainsi que de l'activité des enzymes oxydatives. [15]

La masse musculaire est indispensable à la locomotion du squelette et sa perte physiologique due au vieillissement est vectrice d'une morbi-mortalité accrue. L'activité physique permet ainsi de prévenir la sarcopénie et ses conséquences chez la personne âgée, en retardant notamment la perte d'autonomie et la dépendance. [20]

- Système métabolique :

L'exercice physique augmente la captation du glucose par le muscle, améliore l'insulino-sensibilité et donc l'équilibre glycémique. L'exercice physique permet de réduire de 28 à 67 % la survenue du diabète de type 2 chez des sujets présentant une intolérance au glucose après 3 à 6 ans. [21]

Par ailleurs, l'exercice physique de type endurance permet d'augmenter l'utilisation des acides gras et des réserves de triglycérides, amenant ainsi à long terme à une diminution du taux de mauvais cholestérol (LDL) et du taux de triglycérides et une augmentation du taux du bon cholestérol (HDL). [15] [21]

De plus, en réduisant l'adiposité, l'activité physique participe également à l'équilibre énergétique et ainsi à la maîtrise du poids. [15]

- Fonctions neurologique et psycho-sociale :

La santé est définie non seulement par le bien-être physique mais aussi mental et social. [11]

Or, les sécrétions hormonales, notamment d'endorphines, libérées lors de la pratique physique produisent des effets bénéfiques sur le bien-être mental du pratiquant par leur effet relaxant.

De plus, la pratique d'activité physique est corrélée avec une amélioration de certains facteurs psychologiques tels que l'image corporelle et l'estime de soi notamment.

L'activité physique agit également sur le bien-être social en luttant contre l'isolement par la mise en relation avec autrui et l'intégration à un groupe qu'elle induit.

Ainsi, on observe chez les pratiquants d'activité physique une diminution du taux d'anxiété et de dépression [22] et une amélioration globale de la qualité de vie, quel que soit le type de population. [23]

Par ailleurs, des études tendent à démontrer le lien positif établi entre l'activité physique et les fonctions cognitives chez l'enfant et la personne âgée, qui pourrait en faire un moyen de prévention des pathologies neurologiques telles que la démence. [24]

- Cancers

L'AP permettrait de diminuer le risque de cancer du sein de 30 à 40 % en moyenne, pour un seuil minimum d'AP d'environ 4h de marche par semaine. Le risque de cancer du côlon serait également diminué de 40 % à 50 % en moyenne chez les sujets les plus actifs.

Il existe d'autres cancers (poumons, prostate, endomètre) pour lesquels l'AP pourrait avoir un rôle protecteur mais les données sont encore trop insuffisantes et contradictoires pour pouvoir l'affirmer. [15]

- Risque global de mortalité :

Même s'il est difficile d'isoler l'impact de l'AP sur la mortalité, de nombreuses études démontrent un risque de décès diminué chez les personnes physiquement actives. Selon les résultats de diverses études, une réduction de la mortalité générale pouvant atteindre 58% est observée selon le type et le niveau d'activité. [15]

Une étude démontre que la mortalité était diminuée de 28% chez les personnes âgées de plus de 60 ans pratiquant 150 minutes d'activité modérée à soutenue par semaine et de 35% lorsqu'elles dépassaient ces recommandations. [25]

On peut donc en conclure que la pratique physique peut permettre une augmentation générale de l'espérance de vie. Cependant, cette pratique doit être régulière, car les bénéfices sont perdus si l'activité est cessée. [15]

2.2. Bienfaits en prévention tertiaire

La pratique régulière de l'activité physique prévient non seulement la survenue de nombreuses pathologies chroniques mais elle contribue aussi à améliorer l'état de santé et à prévenir l'aggravation et/ou la récurrence de ces maladies chez les patients atteints, dans le cadre de la prévention tertiaire.

Les bienfaits de l'activité physique comme thérapeutique non-médicamenteuse ont été démontrés pour plus de 26 maladies différentes. [26]

Selon le rapport de 2014 de l'OMS, les maladies chroniques étaient responsables de 68% des décès en 2012 et les 4 maladies les plus fréquentes (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, diabète et cancers) étaient à l'origine de 82 % de cette mortalité. [27]

- Maladies cardio-vasculaires :

L'AP peut permettre de limiter la survenue de maladies cardio-vasculaires mais aussi limiter leurs conséquences une fois celles-ci installées, notamment en cas d'hypertension artérielle (HTA), de coronaropathie, d'AVC ou d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. En effet, la pratique d'une activité physique suffisante participe à la diminution des facteurs de risque cardio-vasculaires tels que l'obésité, le diabète de type 2 ou la dyslipidémie. [26]

L'activité physique régulière permet une réduction des signes cliniques présents chez les patients atteints de pathologies cardio-vasculaires comme l'angor, la dyspnée ou la claudication artérielle. [15]

On observe alors chez les patients une augmentation des capacités physiques et une amélioration de la qualité de vie associées. De plus, il y a une diminution de la survenue de complications liées à la maladie et du nombre de ré-hospitalisations, permettant une prolongation de l'espérance de vie du patient dans les meilleures conditions. [16]

On observe par exemple une réduction de la mortalité de 25 à 35 % grâce à l'AP chez les patients atteints d'une maladie coronarienne. [15]

- Maladies respiratoires

Le réentraînement à l'effort chez les patients atteints de pathologies respiratoires n'améliore pas la fonction respiratoire des patients mais améliore leur condition cardio-respiratoire, de par ses effets sur les muscles et le cœur. [26]

L'AP permet d'interrompre le cercle vicieux du déconditionnement, présent notamment chez les patients atteints de BPCO, en restaurant la voie métabolique musculaire oxydative.

Les patients ayant une BPCO sévère et un haut niveau d'AP présentent ainsi une amélioration de leur dyspnée mais aussi une meilleure tolérance à l'effort et une meilleure qualité de vie que ceux avec un faible niveau d'AP. [28] On trouve également chez les patients atteints de BPCO pratiquant une AP régulière une réduction du nombre d'hospitalisations et de la mortalité d'origine respiratoire. [15] [26]

Les études associant l'AP à d'autres affections respiratoires sont insuffisantes mais semblent démontrer des bienfaits équivalents, notamment dans le cas de l'asthme. En effet, bien que l'AP puisse être à l'origine de bronchospasmes dus à l'effort, souvent à l'origine d'une crainte de l'AP par les patients asthmatiques, celle-ci permet paradoxalement d'améliorer l'état

clinique de ces patients. [16] L'hyperactivité bronchique est en effet réduite par l'AP et l'amélioration de leur capacité aérobie permet aux patients asthmatiques de conserver une bonne condition cardio-respiratoire, apportant une protection contre le risque de crises d'asthme dues à l'effort. [16] [26]

- Maladies métaboliques :

L'importance de l'AP dans le traitement du diabète de type 2, représentant l'une des plus vastes pandémies de maladie non-contagieuse, fait l'objet d'un consensus international.

En effet, l'AP participe à l'homéostasie glycémique, permettant ainsi de limiter les complications et la mort prématurée liée à la maladie. [15] [26] La pratique d'une AP permet de réduire le risque de mortalité de toutes causes de 30 à 40% chez un patient atteint de diabète de type 2. [16]

L'exercice physique est aussi reconnu dans le traitement de l'obésité. Il permet chez les patients obèses une réduction de la masse grasse et de l'adiposité abdominale tout en limitant la perte de masse maigre, souvent induite par un régime. [15] [16] [26]

L'AP régulière participe modérément mais de façon significative à l'amélioration du profil lipidique avec une diminution en moyenne de 3,7 % du taux de triglycérides, de 5 % du taux de LDL-cholestérol et une augmentation de 4,6 % du taux de HDL-cholestérol. [15]

- Cancers

Même si les mécanismes physiologiques restent à préciser, des études démontrent non seulement le rôle protecteur de l'AP dans la survenue de cancers mais aussi ses effets bénéfiques dans leur traitement.

En effet, on observe chez les patients atteints de cancers du sein ou du colon une diminution du risque de complications, de récidives et du risque de mortalité associée à la pratique d'AP.

L'AP permet également une meilleure tolérance aux traitements et une réduction des effets secondaires tels que la fatigue ou la douleur. Ainsi, on observe aussi une amélioration du bien-être mental du patient et de la qualité de vie associée.

Chez les femmes atteintes de cancer du sein notamment, l'AP est également reconnue pour son rôle positif dans la reconstruction de l'image corporelle et l'amélioration de l'estime de soi.

[15] [16] [26] [29]

Cependant, ces bienfaits ne peuvent être observés qu'avec la réalisation d'une AP régulière, d'une durée et d'une intensité suffisante. Afin de guider le grand public et l'inciter à la pratique physique, des recommandations mondiales ont donc été définies.

3. Promotion du sport-santé à travers le monde

Au vu du consensus international que les bienfaits de l'AP pour la santé représentent, la promotion de la pratique physique apparaît comme un enjeu mondial majeur.

3.1. Recommandations

L'OMS a publié en 2010 des recommandations mondiales en matière d'activité physique qui sont toujours celles de référence aujourd'hui. Elles visent à donner un repère aux populations, aux professionnels de santé mais aussi aux décideurs des politiques de santé. Elles sont déclinées selon trois périodes de vie :

- De 5 à 17 ans : il est recommandé pour les enfants et les adolescents une pratique d'activité physique d'au moins 60 minutes par jour, d'intensité modérée à soutenue. Cette pratique inclut le jeu, les sports, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique ou l'exercice planifié, dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.
- De 18 à 64 ans : un adulte devrait pratiquer dans la semaine au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée (soit 30 minutes d'exercice physique d'intensité modérée 5 fois par semaine par exemple), ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue (soit 15 minutes d'exercice physique d'intensité élevée 5 fois par semaine par exemple), ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Cela comprend les loisirs, les déplacements, les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié. Des exercices de renforcement musculaire devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.
- Plus de 65 ans : les recommandations pour les personnes âgées sont les mêmes que pour les adultes et incluent une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine en cas de mobilité réduite. Si leur état de santé ne permet pas d'atteindre ces recommandations, les personnes âgées doivent rester aussi actives que possible. [10]

En France, les derniers repères actualisés en 2016 par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) préconisent la réalisation d'au moins 30 min d'AP d'intensité modérée à élevée par jour, devant être répétées au moins 5 jours par semaine, et si possible tous les jours. [14]

Au plan mondial, 23% des adultes de plus de 18 ans n'étaient pas suffisamment actifs en 2010, selon l'OMS. Chez les adolescents de 11 à 17 ans, 81% ne satisfont pas les recommandations de l'OMS, avec un pourcentage plus élevé chez les filles dans les deux catégories d'âge. [30]

En France, selon une enquête réalisée par l'Institut de Recherche bio-Médicale et d'Epidémiologie du Sport (IRMES) en 2016, seulement 43% des Français déclaraient pratiquer une activité physique ou sportive. [31]

Face à ce constat, les Etats membres de l'OMS ont convenu en 2013 comme objectif commun une réduction de la sédentarité de 10% d'ici 2025 dans le cadre du « Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013–2020 ». [32]

Cependant, un récent rapport portant sur 168 pays montre que la pratique physique mondiale se situe loin des recommandations et alerte sur le fait que l'objectif fixé pour 2025 par l'OMS ne sera pas atteint si cette tendance persiste. [33]

Néanmoins, il existe des pays où le concept de santé par la sport est ancrée à la culture et d'autres où des politiques de promotion de l'AP sont mises en place afin d'y parvenir.

3.2. Systèmes précurseurs à l'étranger

- Des cultures faisant corps avec l'AP

Etant l'un des éléments thérapeutiques de la médecine chinoise, la pratique physique fait partie intégrante de la culture en Chine depuis des millénaires. En effet, selon la médecine chinoise, la maladie provient d'une mauvaise circulation du « Qi », l'énergie vitale, que la pratique physique permet de faire circuler et d'équilibrer, prévenant ainsi l'apparition des maladies.

Plus de 900 formes d'activités physiques et sportives (APS) traditionnelles sont pratiquées en Chine, dont certaines ont acquis une notoriété internationale, comme c'est le cas du Tai Ji Quan et du Qigong. [34]

Certaines études tendent à démontrer les effets bénéfiques de ces activités physiques traditionnelles sur la santé avec une amélioration de la force, de l'équilibre, de la fonction cardio-vasculaire et respiratoire mais aussi un effet bénéfique sur les maladies chroniques. [34]

Notons également la médecine traditionnelle ayurvédique en Inde, terre d'origine du yoga, qui promeut également une activité physique régulière au profit de la santé.

- Des exemples de programme de promotion de l'activité physique

De nombreux pays ont mis en place des politiques de promotion de l'AP et des programmes afin d'inciter les populations à la pratique physique.

A la fin des années 1970, le gouvernement du Québec adopte un programme de lutte contre la sédentarité : Kino-Québec, visant à promouvoir un mode de vie actif auprès de sa population. Ce programme s'inscrit dans une intervention à la fois sociale et environnementale, intervenant auprès de la personne dès son plus jeune âge et tout au long de la vie mais aussi sur son environnement (famille, école, travail, communauté...). [35]

Depuis 2009, chaque mois de Mai est marqué par le « défi Pierre Lavoie », dans les écoles québécoises. L'objectif est d'accumuler le plus grand nombre de « cube énergie », correspondant à 15 minutes d'activité physique faite par un élève. Les écoles participantes organisent ainsi des activités avec les élèves afin d'accumuler le plus de « cubes » et gagner la compétition nationale. [36]

Dans les années 1990, la Nouvelle Zélande lance son programme de prescription d'AP : The Green Prescription Program. Grâce à la prescription médicale délivrée par un médecin généraliste (MG) ou une infirmière, le patient entre dans un programme de 3 à 6 mois pendant lequel il bénéficie du soutien mensuel d'un éducateur. A travers des entrevues par téléphone, en face à face ou des réunions de groupe, l'éducateur aide le patient à définir un programme d'AP, des objectifs, l'informe et le motive.

Ce programme a démontré son efficacité avec une augmentation du temps d'activité physique de 64 minutes par semaine en moyenne et une diminution du taux de sédentarité chez les patients y ayant participé. [37]

En Suisse, le programme PAPERICA (Physical Activity promotion in PRImary Care) offre une formation au conseil en AP aux professionnels de santé afin de les inciter à en faire la promotion auprès de leurs patients et leur procurer les connaissances nécessaires pour les conseiller. Ainsi, selon une étude évaluant l'efficacité de la formation, 98% des praticiens ayant suivi la formation estiment avoir suffisamment de connaissances pour conseiller à leurs patients de faire davantage d'activité physique. Ils affirment aborder la thématique plus souvent et s'estiment être efficace dans leur conseil en AP. [38]

En France, l'activité physique n'est pas ancrée dans la culture et le pays accuse un retard au niveau des politiques de promotion de l'AP. Cependant, le sport-santé commence à s'installer, notamment avec l'apparition récente d'un dispositif de prescription d'Activité Physique Adaptée (APA).

2. En France : l'activité physique sur prescription

1. Mise en place et modalités du décret

Alors que certains pays ont adopté la prescription d'activité physique depuis plusieurs années, la France fait ses débuts dans le domaine plus tardivement.

En 2011, l'AP est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse par la HAS. Dans son rapport sur « le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées », la HAS souligne les difficultés rencontrées dans la prescription des thérapeutiques non-médicamenteuses telles que le manque d'information et le manque d'adhésion des médecins et des patients à ces thérapeutiques, ainsi qu'un mode de financement peu incitatif à leur prescription. [2]

En 2012, la ministre chargée des sports, Valérie Fourneyron, et celle de la santé, Marisol Touraine, présentent le plan national « Sport, Santé, Bien-Etre » (PSSBE). Ce projet vise notamment à promouvoir la santé et le bien-être par l'activité physique et sportive et à développer l'activité physique adaptée à visée thérapeutique. Cette politique veut non seulement mobiliser les professionnels de santé, en les incitant à accroître leur recours aux thérapeutiques non médicamenteuses, en recommandant notamment la pratique d'activité physique, mais aussi les collectivités locales et le secteur associatif en les encourageant à élargir leur offre d'activité physique à tous les publics. Le PSSBE est ensuite décliné sous forme de plans régionaux, mis en place conjointement par les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS et DDJSCS) et les agences régionales de santé (ARS).

C'est dans ce contexte que la ville de Strasbourg met en place en octobre 2012 un dispositif expérimental, innovant en France, de prescription de l'activité physique sur ordonnance appelé « Sport-Santé sur ordonnance » (SSSO). Ce dispositif s'adressait initialement aux habitants adultes du territoire Strasbourgeois atteints de maladies cardiovasculaires stabilisées, de diabète de type 2, d'obésité et d'HTA. Il a ensuite été élargi aux habitants atteints de cancers du sein et du colon (2013), de VIH/SIDA (2016), ainsi qu'aux personnes âgées fragilisées, dans le cadre de la prévention des chutes (2017).

Muni de la prescription de son médecin traitant, le patient se voit proposer deux séances d'activité physique hebdomadaire, adaptée à sa pathologie et à ses capacités physiques, évaluées au préalable par un éducateur sportif. Les personnes entrant dans ce dispositif peuvent en bénéficier pendant 3 ans, la première année étant gratuite et la tarification des deux années suivantes basée sur une tarification solidaire, calculée en fonction de leur coefficient familial (20, 50 ou 100 euros). [39]

En l'absence de cadre national, de nombreuses villes et régions ont également fait la démarche de mettre en place leur propre dispositif d'activité physique sur prescription, souvent financé par la collectivité. Certains de ces réseaux sont très évolués, comme c'est le cas par

exemple de « Picardie en forme » ou « Côte Basque Sport Santé », et d'autres restent encore expérimentaux.

Ce n'est qu'en 2016 que le dispositif de prescription d'activité physique adaptée sur ordonnance est finalement officialisé en France par la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [40] En effet, l'article L. 1172-1 de cette loi 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. »

Afin de fournir un cadre de référence au dispositif, le décret d'application n° 2016-1990 du 30 Décembre 2016 vient préciser les « conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. » [3]

Ce décret, basé sur le rapport du groupe de travail du Professeur Xavier Bigard dénommé « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? », [41] établit des recommandations concernant les critères sur lesquels le médecin doit se baser pour évaluer les capacités physiques et risques du patient et la liste des intervenants vers qui les orienter en fonction de son bilan. Entrant en vigueur le 1^{er} Mars 2017, il stipule également que la prescription est établie par le médecin traitant sur un formulaire spécifique (annexe I) et que l'intervenant doit transmettre périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité au médecin prescripteur, avec l'accord du patient, qui doit recevoir une copie de ce compte rendu.

Enfin, l'instruction interministérielle du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre du décret indique que « ni la prescription, ni la dispense d'une activité physique ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie ». [42]

2. L'activité physique adaptée

Nés au Québec à la fin des années 1970, le concept et le sigle APA sont reconnus internationalement puis introduits en France dans les années 1980. La formation en APA est alors intégrée au sein des unités de formation et de recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (UFR STAPS), et devient formation APAS (Activités Physiques Adaptées et Santé) en 2007.

L'activité physique adaptée correspond à la « pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. » [43]

Les séances d'APA doivent être personnalisées pour s'adapter aux capacités fonctionnelles, préalablement évaluées, de chacun. Elles doivent être progressives et régulièrement modifiées selon l'évolution de l'état clinique et des capacités du patient.

Les APA peuvent être pratiquées dans des établissements de soins tels que les hôpitaux ou les centres de réadaptation, mais aussi dans les associations et les clubs sportifs, où leur pratique tend à se développer depuis 2011.

En effet, lors du Conseil d'administration du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) du 28 avril 2011 et suite à la proposition du Docteur Alain Calmat, une trentaine de fédérations sportives ont créé de façon volontaire un « comité sport-santé » en leur sein. Ces comités, réunissant des dirigeants, professionnels de santé, et techniciens du sport, ont pour mission de proposer une activité de sport-santé dans leur discipline et d'en coordonner la pratique une fois le projet validé par le CNOSF.

Les structures habilitées à dispenser une APA aux patients atteints d'ALD sont ensuite validées par les ARS et les DR-D-JSCS et recensées dans le Médicosport-santé.

Le Médicosport-santé, « dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives », est le fruit d'un travail de collaboration, entre les spécialistes médicaux et STAPS et les comités sport-santé des fédérations sportives, initié en 2010 par la commission médicale du CNOSF. [44]

La version d'Avril 2017 du Médicosport-santé, appelée à être régulièrement mis à jour, comporte une première partie présentant les effets des APS sur la santé et leur intérêt dans les différentes pathologies et une seconde partie qui recense les 35 fédérations et leurs 84 disciplines affiliées présentant une activité de sport-santé. Chaque discipline est présentée et analysée d'un point de vue sportif et médical pour en déduire l'intérêt potentiel sur la santé des publics ciblés. Le matériel spécifique à la discipline, le coût, les risques, les contre-indications et les éventuelles précautions à prendre sont également précisés, de même qu'un exemple de protocole d'activité sport-santé est proposé. [44]

Destiné à faciliter la prescription d'AP par les médecins selon le profil de leur patient, l'ouvrage est voué à être enrichi et est, depuis Décembre 2018, mis à disposition des médecins dans un format électronique grâce à un partenariat avec les Editions VIDAL. [45]

3. Les affections de longue durée

Une Affection Longue Durée est définie par le Code de la Sécurité Sociale comme une affection « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ». [46] Elle donne droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de soins et traitements, liés à la maladie exonérante.

Le dispositif des ALD a été mis en place dès la création de la Sécurité Sociale en 1945 et concernait alors quatre maladies (cancer, tuberculose, poliomyélite et les maladies mentales).

Aujourd'hui, 32 groupes de pathologies sont pris en charge par le dispositif, regroupés dans trois catégories :

- L'ALD liste ou ALD 30 : il s'agit de l'une des 30 affections inscrites sur la liste figurant à l'article D 322-1 du code de la sécurité sociale. On trouve notamment parmi elles : l'AVC invalidant, le diabète, l'insuffisance cardiaque grave, la tuberculose active, les affections neurologiques et psychiatriques graves, le cancer, etc.
- L'ALD hors liste ou ALD 31 : il s'agit d'une affection non inscrite sur la liste des ALD mais constituant une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave, nécessitant des soins prolongés, d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse. L'asthme, l'embolie pulmonaire répétitive ou encore l'ulcère chronique font par exemple partie des affections « hors liste ».
- Les poly-pathologies ou ALD 32 : il s'agit de plusieurs affections graves caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois. Ainsi un patient souffrant d'hypertension, de diabète et de cholestérol peut être considéré comme souffrant d'une ALD 32.

Il existe également des ALD non-exonérantes, (L. 324-1), qui sont des affections nécessitant une interruption de travail ou des soins d'une durée supérieure à 6 mois, mais qui n'ouvre pas droit à la suppression du ticket modérateur. Les soins dispensés dans le cadre de cette pathologie sont donc remboursés aux taux habituels. C'est le cas par exemple de l'arthrose, l'épilepsie ou encore l'hypothyroïdie.

En 2016, 10,4 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficiaient du dispositif des ALD, soit 16,9% des assurés. Parmi eux, 1,6 millions étaient des nouveaux patients et leur nombre ne cessent d'augmenter chaque année.

Cet accroissement peut s'expliquer par :

- l'allongement de l'espérance de vie des malades grâce aux progrès médicaux et le vieillissement général de la population, les ALD concernant plus fréquemment les personnes âgées.
- l'augmentation des pathologies graves liées à l'évolution des modes de vie exposant aux facteurs de risques des maladies chroniques (sédentarité, obésité, pollution, tabac...).
- l'élargissement des critères de prise en charge à 100 % et à l'accès facilité à l'ALD 30 de certaines affections dans le cadre de la déclaration simplifiée mise en place en 2016.
- et, à pathologie égale, l'augmentation de l'amélioration des techniques de dépistage des pathologies inscrites sur la liste des ALD. [47]

4. Les différents acteurs

4.1. Les médecins prescripteurs

Selon le décret, les médecins traitants sont les seuls à pouvoir prescrire une activité physique adaptée à leurs patients.

Auparavant, les médecins avaient déjà un rôle prépondérant dans l'autorisation de la pratique physique, avec la délivrance du certificat médical, nécessaire à l'obtention d'une licence sportive. [48]

De plus, ils étaient déjà habilités à « prescrire » de l'AP, la prescription étant une recommandation, pouvant être consignée ou non sur ordonnance. En effet, la prescription d'une thérapeutique non-médicamenteuse définie par la HAS ne se limite pas à la rédaction d'une ordonnance mais peut aussi se présenter sous la forme d'un conseil verbal, d'une distribution de brochure d'information ou de l'orientation vers un professionnel spécialisé. [2]

En pratique, le support de l'ordonnance restait néanmoins traditionnellement réservé en France aux prescriptions médicamenteuses et la recommandation d'AP par le médecin se limitait souvent à un conseil oral. [49]

Avec la mise en place du décret, les médecins sont désormais informés par la loi de la reconnaissance de l'activité physique comme thérapeutique à part entière et de sa possible prescription. De plus, grâce au formulaire de prescription mis à leur disposition, la recommandation n'est plus seulement orale mais écrite. Le médecin propose ainsi la pratique de l'activité physique à son patient comme traitement, au même titre qu'un traitement médicamenteux.

Par ailleurs, la rédaction d'une ordonnance a démontré une efficacité supérieure par rapport au simple conseil verbal, celle-ci étant mieux acceptée et respectée par les patients. [16] [50] Les résultats du programme « Suède en mouvement », montrent une observance des ordonnances d'AP de 65 % à 6 mois de la part des patients, ce qui égale l'observance des traitements médicamenteux. [51]

Le rôle du médecin est donc d'effectuer un bilan complet du patient, afin de pouvoir lui prescrire une activité physique adaptée à la sévérité de sa pathologie, ses capacités et son risque médical.

Pour cela, « Le Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée », basé sur les recommandations du rapport du Professeur X. Bigard et destiné à aider les médecins dans leur démarche de prescription d'APA, propose des critères d'évaluation permettant d'établir le tableau fonctionnel du patient. [42] Selon ce guide, on peut recenser 4 principaux phénotypes d'altérations fonctionnelles : sévère, modéré, minime et sans limitation, pouvant être définis par le médecin en évaluant les niveaux d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales, sensorielles et la perception de la douleur du patient. (annexe II)

Ce bilan permet ensuite au médecin d'orienter son patient vers l'encadrant d'AP habilité à le prendre en charge en fonction de ses capacités fonctionnelles, avec une prescription faite sur un formulaire spécifique. (annexe III)

Le fait d'inclure un patient dans un phénotype particulier n'est cependant pas définitif car celui-ci est susceptible de changer. Il convient donc pour le médecin de suivre l'évolution de l'état clinique du patient et réévaluer régulièrement ses grandes fonctions. Il reçoit également des bilans réguliers par l'encadrant du patient et peut ainsi guider l'évolution de l'activité physique réalisée. [3]

4.2. Les professionnels de la santé

Selon le 1° de l'article D. 1172-2, les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1, c'est-à-dire les masseurs-kinésithérapeutes (MK), ergothérapeutes et psychomotriciens font partie de la liste des intervenants habilités à dispenser une activité physique adaptée sur prescription du médecin. [3] (annexe III)

Ils sont notamment les seuls intervenants à être autorisés à encadrer les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères. En effet, l'article D.1172-3 du code de la santé publique précise que « Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical ». [3]

- Les masseurs-kinésithérapeutes

Alors que la profession de MK était définie depuis 1946 par la pratique du « massage et la gymnastique médicale » (ancien Article L4321-1 du code de Santé Publique), l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute fait évoluer la définition de la profession. [52]

En effet, au-delà du passage à 4 ans d'études, l'arrêté met en valeur des compétences du MK en matière de santé publique et de prévention (UE 1 et UE 24) et oriente la profession vers le développement de nouvelles thématiques telles que la prévention de la sédentarité, des troubles métaboliques ou encore la pratique et l'orientation vers des activités physiques adaptées. [53]

Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé vient modifier en 2016 l'article L4321-1 du code de la Santé publique définissant la profession de MK comme suivant : « la pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ainsi que des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. » [54]

La formation aux activités physiques adaptées fait donc désormais partie de la formation initiale du MK, que l'on retrouve notamment dans les UE 18 et 23 :

UE 18, Objectif 3 : Sport et activités physiques

- Connaître et savoir recommander les adaptations de la pratique des activités physiques et sportive des personnes à besoin spécifiques, notamment en situation de handicap

UE 23, Objectif 3 : Intervention en pratique sportive et activités physiques adaptées

- Intervenir auprès de différents publics dans l'objectif de démarrer, poursuivre ou reprendre une activité physique ou sportive ou handisportive.
- Adapter la pratique sportive aux différents types de handicap : sensoriel, moteur, mental et psychique [52]

De plus, le diplôme de MK donne droit à l'obtention d'une carte professionnelle d'éducateur sportif. Conformément à l'annexe II-1 de l'article A. 212-1 du code du sport, les MK sont autorisés à « encadrer la pratique de la gymnastique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physique et sportive et peuvent, dans les conditions précitées, exercer la fonction d'éducateur sportif. » [55]

En revanche, la formation à l'APA ne tient qu'une place limitée dans la formation des MK et cette activité n'est par ailleurs pas inscrite dans les listes des activités et des compétences des MK. [52]

Cependant, le décret n'impose pas le suivi d'une formation complémentaire en APA aux MK pour dispenser de l'APA sur prescription.

Même si la recherche se développe au sujet du lien de la physiothérapie et de l'AP ces dernières années, la littérature demeure pauvre à ce sujet et d'avantage d'études sont nécessaires pour déterminer le meilleur moyen pour les physiothérapeutes d'intégrer la promotion de l'AP dans leur pratique et la délivrance d'interventions en AP. [56]

- Les ergothérapeutes

L'ergothérapeute « fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. » [57] Il met en place des adaptations et des aménagements de l'environnement du patient afin de lui permettre un retour à l'activité professionnelle, familiale ou encore aux loisirs. Ainsi, l'ergothérapeute peut être amené à intervenir auprès du patient afin de faciliter son retour à une activité physique ou sportive dans son domaine de compétences, c'est-à-dire en adaptant l'environnement ou le matériel aux capacités fonctionnelles du patient.

- Les psychomotriciens

« Le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et il pose un diagnostic psychomoteur. » [58] Les soins psychomoteurs permettent au patient de prendre conscience de son organisation psychomotrice et d'en réduire les dysfonctionnements afin de

restaurer ses capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement. [58] Ainsi, le psychomotricien peut également intervenir en faveur d'une reprise de l'activité physique ou sportive du patient.

Cependant, les ergothérapeutes et les psychomotriciens ne sont pas formés à la conception et l'encadrement de séances d'activités physiques. L'instruction interministérielle relative à la mise en œuvre du décret précise donc que ces professionnels peuvent intervenir en complémentarité du MK dans le respect de leurs compétences respectives pour les patients présentant des limitations sévères à modérées et uniquement « si besoin déterminé » lorsque le patient ne présente aucune limitation ou une limitation minimale. [42]

4.3. Les professionnels du sport

- Les enseignants en APAS

Au 2° de l'article D. 1172-2 sont ensuite mentionnés comme habilités à dispenser une APA sur prescription médicale les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée, délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation. [3]

Ces professionnels sont les enseignants en activité physique adaptée (EAPA) issus de la filière universitaire STAPS « APAS » (licence mention STAPS, parcours-type APAS, master mention STAPS APAS ou doctorat).

Le métier d'EAPA consiste à l'« encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique. » [55]

Les EAPA sont donc formés à l'intervention auprès de publics présentant des besoins spécifiques tels que des patients malades, vieillissants et/ou en situation de handicap.

Selon le décret, les EAPA peuvent intervenir dans le cadre de patients présentant des limitations sévères lorsque « les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 ». Ils interviennent alors en complémentarité des professionnels de santé, en s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers. Ils sont ensuite les intervenants privilégiés dans le cadre de patients présentant des limitations fonctionnelles modérées et peuvent également intervenir en cas de limitations minimales ou en l'absence de toutes limitations. [42]

- Professionnels du sport et personnes qualifiées disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée

Selon les recommandations du rapport du groupe de travail mené par le Pr. X. Bigard, lorsque les patients ne présentent pas de limitations fonctionnelles sévères (modérées, minimales ou aucune limitation), le médecin peut alors les orienter vers d'autres professionnels, mentionnés au 3° de l'article D. 1172-2. [3]

Ces professionnels sont les éducateurs sportifs ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport. Un éducateur sportif est une personne titulaire d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification professionnelle (CQP) permettant l'enseignement, l'animation, l'encadrement ou l'entraînement d'une activité physique ou sportive. Cela regroupe notamment les Brevet d'État d'éducateur sportif (BEES), Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) et Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS).

La liste des TFP et CQP attestant de l'acquisition des compétences requises à l'encadrement de l'APA sera fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé. [3]

Les éducateurs sportifs ne sont pas formés à l'intervention auprès d'un public à besoins spécifiques, cependant il existe des formations complémentaires au diplôme telles que la mention « activités physiques pour tous » proposée par le BPJEPS.

Selon le décret, ces professionnels n'interviennent pas dans le cadre de patients présentant des limitations sévères mais sont les intervenants privilégiés lorsque que le patient ne présente aucune limitation ou des limitations minimales. Ils peuvent également encadrer des patients présentant des limitations modérées, à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. [3]

- Personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée

Ces intervenants, faisant référence aux bénévoles présents dans les associations sportives, doivent répondre aux compétences garantissant leur capacité à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité. Ils interviennent seulement dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, surtout lorsque le patient ne présente aucune limitation fonctionnelle. La liste des certifications autorisées sera également fixée par arrêté, sur proposition du CNOSF. [3]

La France tente donc de rattraper son retard en matière de sport-santé au travers de la mise en place d'un dispositif de prescription d'APA, associant le monde médical et celui du sport, au service de la santé.

3. Enjeux et limites du dispositif

1. Les enjeux

Les enjeux de la prescription d'APA sur ordonnance dépassent la simple pratique physique et ne se limitent pas aux bénéfices individuels concernant la santé et le bien-être du pratiquant.

En effet, avec 1,4 milliards d'adultes physiquement inactifs dans le monde en 2016 selon l'OMS, soit 1 adulte sur 4, l'inactivité physique représente une charge économique considérable et ainsi un enjeu de santé publique majeur.

La définition de l'inactivité physique étant variable selon la méthode des études, de même que les dépenses qui lui sont associées pour une même pathologie, il est difficile de chiffrer le coût que représente l'inactivité physique. Certaines études ont cependant tenté d'en faire une estimation à partir du coût de prise en charge des principales pathologies induites par l'inactivité physique.

Une étude portant sur 142 pays, représentant 93,2% de la population mondiale, est la première à tenter de chiffrer le coût de la « pandémie d'inactivité physique ». [59] En se basant sur les recommandations de l'OMS pour définir l'inactivité physique (moins de 150min/sem), l'étude estime à 67,5 milliards de dollars le coût de l'inactivité physique mondiale en 2013. L'étude précise par ailleurs que le coût réel est certainement bien plus élevé, celle-ci se basant uniquement sur les dépenses liées aux cinq principales maladies associées à l'inactivité physique : la maladie coronarienne, l'AVC, le diabète de type 2, le cancer du sein et le cancer du côlon. [59]

Aucune étude comparable n'a encore été réalisée en France, cependant, selon un rapport de l'Association Nationale des Elus en charge du Sport (ANDES), la prise en charge des 10 millions de patients souffrant d'une ALD représenterait plus de 90 milliards d'euros pour la Sécurité sociale, soit près de 60 % des dépenses de l'assurance-maladie. [60]

Une politique de promotion de la pratique d'AP présente donc non seulement un enjeu médical mais aussi économique, puisqu'une augmentation de la pratique d'AP permettrait une baisse des coûts directs et indirects liés à l'inactivité physique.

1.1. Baisse des coûts directs

Les coûts directs de l'inactivité physique correspondent aux dépenses de santé liées aux pathologies qu'elle engendre, c'est-à-dire l'ensemble des ressources consommées directement pour traiter ces maladies. Il s'agit des dépenses liées aux hospitalisations, aux consultations médicales, aux soins, à la consommation de médicaments, au transport médical ou encore aux examens.

Selon l'étude présentée précédemment, les coûts directs liés à l'inactivité physique représenteraient 53,8 milliards de dollars sur les 67,5 milliards. [59]

- Baisse des dépenses de santé

Il a été démontré que la pratique de l'AP pouvait amener à une diminution de la consommation de médicaments ou encore du nombre d'hospitalisations chez les patients malades. [15]

En 2017, la consommation de médicaments s'élevait en France à 37,8 milliards d'euros. [61]

Ainsi, si les témoignages se rejoignent pour confirmer que les activités physiques peuvent conduire à la diminution de la consommation de médicaments, nous ne disposons pas à ce jour d'études permettant de mesurer précisément cet impact.

Cependant, une étude du CHU de Nice met en évidence une économie de 30% sur les dépenses annuelles d'assurance-maladie des malades coronariens, après un programme d'activité physique adaptée. [62]

D'après les estimations de l'ANDES, la généralisation de la pratique d'activités physiques pour les 10 millions de personnes souffrant d'ALD pourrait générer, pour la Sécurité sociale, une économie de 10 milliards d'euros. [60]

- Baisse des dépenses liées à la dépendance

Les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes représentaient 30 milliards d'euros en 2014, dont plus des trois quarts sont financés par les pouvoirs publics. [63] Avec le vieillissement de la population et donc l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, qui pourrait passer en France de 1,2 million en 2012 à 2,3 millions en 2060 [16], ces dépenses pourraient presque doubler. [63]

Or, nous savons que la pratique physique permet de retarder l'échéance de la perte d'autonomie, l'une des principales causes de dépendance chez la personne âgée étant l'incapacité de marcher seul sur de longues distances. L'AP pourrait ainsi permettre de réduire le taux de dépendance et ainsi les coûts qui lui sont liés (aide à domicile, EHPAD...).

L'association Siel Bleu, qui propose des programmes d'APA aux personnes âgées, estime par exemple les économies en matière de dépenses de santé résultant de ses interventions auprès des résidents des maisons de retraite entre 470 et 700 millions d'euros. [64]

1.2. Baisse des coûts indirects

Les coûts indirects liés à l'inactivité physique regroupent la perte de revenus subie par la personne malade et la perte de production induite pour la société. Ces coûts sont donc calculés sur la base de la contribution que ces individus auraient pu apporter à l'économie, s'ils n'avaient pas été touchés par une pathologie liée à l'inactivité physique. Toujours selon la même étude, les coûts indirects de l'inactivité physique représenteraient 13,7 milliards de dollars sur les 67,5 milliards. [59]

- Diminution des arrêts de travail et de l'absentéisme

Selon l'OMS, les maladies chroniques seraient la première cause d'absentéisme au travail.

Une étude menée conjointement par le CNOSF et le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) propose de mesurer l'impact économique des APS sur l'entreprise, le salarié et la société civile grâce à l'analyse de plus de 150 études scientifiques internationales portant sur le sujet du sport en entreprise et d'une enquête réalisée auprès de 200 entreprises françaises. L'étude démontre ainsi qu'un salarié physiquement inactif qui se mettrait à pratiquer une AP pourrait voir sa productivité augmenter de 6 à 9%, améliorant donc celle de l'entreprise et pouvant faire réaliser 308 à 348 euros d'économies sur les dépenses de santé par personne et par an pour la société civile. [65].

Par ailleurs, l'association CAMI Sport et cancer affirme qu'une activité physique pratiquée pendant le traitement d'un cancer permettrait de réduire de 5 mois la durée des arrêts de travail, et donc d'autant les indemnités journalières. [64]

- Diminution du taux de mortalité prématurée

En 2012, plus de 40 % de décès causés par les maladies chroniques étaient des décès prématurés. [27] C'est-à-dire qu'ils sont survenus à un âge où les personnes touchées sont encore pleinement productives, soit avant la retraite à 65 ans en France.

Or, comme l'absentéisme, la mortalité prématurée est associée à une perte de revenus et une perte de productivité et représente donc un coût pour la société. La diminution globale du risque de mortalité associée à l'AP pourrait ainsi participer à la réduction de ce coût. [66]

La charge des maladies chroniques n'affecte donc pas uniquement la qualité de vie des individus mais aussi les structures sociales et économiques des pays, ce qui fait de la promotion de l'AP un enjeu majeur.

Un vaste programme d'étude vient par ailleurs d'être lancé en France par le Ministère des Sports dans le but d'objectiver l'impact économique des politiques publiques en matière de promotion des APS sur les finances publiques. [66]

Si les bénéfices de l'AP sur la santé sont aujourd'hui largement admis, l'étude du coût économique que représente l'inactivité physique en France et dans le monde est déterminante pour faire réagir les Etats et les inciter à investir dans la promotion de l'AP, afin de créer un changement durable.

2. Les limites

Si personne ne doute aujourd'hui des bienfaits de l'AP sur la santé et de la nécessité de sa promotion, notamment par l'ordonnance, la mise en application du dispositif de prescription d'APA semble, elle, controversée.

En effet, le dispositif législatif instauré en France par le décret du 30 Décembre 2016 est une avancée pour la reconnaissance et la pratique de l'APA sur prescription mais son cadre réglementaire présente des limites, pouvant représenter des freins à sa mise en application.

Un an après la mise en application du décret, certains rapport, tels que celui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS), mettent en évidence les limites du dispositif. [62] Belkhir Belhaddad, député et rapporteur de la « mission flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques, dresse un premier bilan mitigé. [64]

2.1. Des médecins prescripteurs dans la confusion

Nous avons vu précédemment que le décret place les médecins traitants au cœur du dispositif, ces derniers étant les initiateurs de la prescription d'APA. Or, certaines études tendent à démontrer que les médecins ne seraient pas suffisamment formés aux enjeux de la pratique d'AP ni suffisamment informés sur le dispositif de prescription d'APA.

Tout d'abord, la formation initiale des médecins offre un apport déséquilibré entre les connaissances concernant les médicaments et celles concernant les thérapeutiques non-médicamenteuses telles que l'AP, très peu abordées au cours de leur cursus. [2] [16] [62] [67] [68] Les connaissances en matière d'APS s'obtiennent aujourd'hui par une démarche personnelle de la part des médecins pour suivre une formation post-universitaire spécifique. [2] [68] Ainsi, une enquête menée auprès de médecins généralistes en 2014 a montré que 40% des médecins interrogés ne connaissaient « pas vraiment » ou « pas du tout » les recommandations internationales en matière d'activité physique et 49 % d'entre eux ne s'estimaient pas assez compétents pour prescrire une AP à leurs patients. [69]

Ensuite, les médecins ne seraient pas suffisamment informés sur le dispositif de prescription d'APA, ni sur les structures et les encadrants vers qui orienter les patients. Selon une étude réalisée auprès de MG ayant suivi une formation à la prescription d'APA, 60% pense ne pas être suffisamment avertis sur les bonnes consignes de rédaction d'une prescription d'APA. La grande majorité des répondants (81%) affirme avoir des difficultés à trouver des structures d'accueil pour répondre à leur prescription d'APA et 46% d'entre eux ne pense pas être suffisamment informés sur la qualification des professionnels pouvant répondre à cette prescription. [70]

Ce manque de formation et d'information du médecin, pivot du dispositif peut donc rendre difficile l'information au patient et l'orientation pertinente vers l'encadrant et être un frein au projet d'APA.

Par ailleurs, la prescription d'APA représente une charge de travail supplémentaire pour les médecins. En effet, ce dernier doit effectuer un bilan complet du patient, ce qui représente une consultation longue et fastidieuse. Il doit également remplir un formulaire spécifique de prescription d'APA qui alourdit sa charge administrative. De plus, aucune cotation spécifique à l'acte de prescription d'APA n'existe à ce jour.

Enfin, selon le décret, seul le médecin traitant est habilité à prescrire de l'APA, ce qui n'inclut pas le médecin hospitalier référent, qui est pourtant le médecin en charge du suivi des patients porteurs de pathologies lourdes, comme les cancers.

2.2. Une lutte des intervenants

La publication de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé autorisant les médecins à prescrire de l'AP a été la source de nombreuses controverses. En effet, la loi ne précisant pas encore les intervenants habilités à dispenser cette activité lors de sa publication en Janvier 2016, des revendications ont émergé.

D'un côté, les enseignants en APA, issus d'un parcours STAPS, revendiquent leur place dans ce dispositif en se plaçant « à l'interface des domaines médicaux, paramédicaux et sportifs ». [71] De l'autre côté, les MK craignent la possible prise en charge de patients lourdement atteints par des non-professionnels de santé et la possible « substitution progressive des professionnels de santé par ces enseignants, offertes par la prescription d'APA ». [72]

En s'appuyant sur le rapport du groupe de travail du Professeur X. Bigard, le décret a finalement délimité des territoires d'intervention pour chaque catégorie de professionnels, basés sur le profil fonctionnel des patients. [3] Cependant, la question se pose quant à la faisabilité de la mise en pratique de ce système de répartition. En effet, l'orientation des patients est complexe puisqu'elle repose non seulement sur le médecin, qui comme on l'a vu n'est pas toujours bien averti sur le dispositif ; sur l'état de santé du patient, qui est susceptible d'évoluer ; mais aussi sur l'offre et la disponibilité des encadrants, qui ne sont pas répartis de façon homogène selon les territoires.

De plus, la liste des professionnels mentionnés dans le décret renvoi à des niveaux de formation et de qualification disparates : diplômes nationaux, diplômes d'Etat, formations fédérales, pour lesquels il n'existe pas de socle commun de compétences requises pour l'encadrement de l'APA.

Ainsi, chaque réseau « sport-santé » est libre d'imposer une formation spécifique ou non à leurs encadrants, ce qui peut être source de disparités. [62]

2.3. Un public restreint et mal informé

Selon le décret, seuls les patients atteints d'ALD sont éligibles à la prescription d'APA, malgré le non-remboursement de celle-ci. Ainsi, certaines pathologies telles que l'HTA ou l'obésité, pour lesquelles l'efficacité de l'AP a été démontrée, ne sont pas concernées par la prescription d'APA.

Par ailleurs, alors que la littérature démontre le rôle protecteur de l'AP dans l'apparition de nombreuses pathologies en prévention primaire, le dispositif de prescription d'APA intervient uniquement dans un cadre de prévention tertiaire, lorsque que la pathologie est déjà installée.

De plus, on observe également certains freins à la pratique d'AP sur prescription par les patients tels que le manque d'adhésion, le manque de motivation ainsi que l'absence de remboursement.

En effet, dans son rapport de 2011, la HAS évoquait déjà le manque d'adhésion des patients aux recommandations en matière de thérapeutiques non-médicamenteuses [2], confirmée par le rapport de l'IGAS et l'IGJS en 2018. [62] Ce manque d'adhésion pourrait être dû au manque d'information et de sensibilisation du grand public sur les bénéfices de l'AP. [2] [62]

Ce manque d'adhésion à la pratique régulière d'une AP et associé à un manque de motivation de la part du patient, souvent cité comme frein à la pratique par les médecins mais aussi par les patients eux-mêmes. [49] [73] [74] En effet, la motivation est « l'enjeu majeur de la pratique d'activité physique », selon le rapport de l'Inserm de 2019 [16], puisqu'elle détermine leur engagement dans la pratique. Le rapport de l'IGAS et l'IGJS insiste ainsi sur l'importance de réaliser un bilan non seulement médico-sportif mais aussi motivationnel avant de débiter un programme d'APA. [62]

Enfin, la majorité des médecins interrogés, soit 57%, dit avoir eu des patients qui ont refusé la prescription d'APA en raison du non remboursement de celle-ci. [70]

2.4. Une absence de remboursement

En effet, malgré le fait que l'AP soit reconnue comme thérapeutique non-médicamenteuse efficace et qu'elle puisse être prescrite par un médecin à des patients pris en charge à 100%, celle-ci n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale.

De même, bien que les actes de kiné soient remboursés par la Sécurité Sociale, l'APA étant un acte de prévention et non de soin, celle-ci n'est pas inscrite dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et n'est donc pas remboursée non plus chez un MK.

Néanmoins, certaines assurance et mutuelles ont pris l'initiative de proposer des remboursements partiels, à titre expérimental, de même que certaines collectivités territoriales (municipalité, département, région...).

Cependant, malgré les initiatives de remboursement prises par certaines caisses et collectivités, il n'existe donc pas de prise en charge financière uniforme à tout le territoire, ce qui crée des disparités importantes selon les régions.

2.5. Des inégalités sociales et territoriales

Selon une enquête menée conjointement par l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) et le Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être (PRNSSBE), 79 dispositifs « sport sur ordonnance » auraient été recensés au 15 novembre 2018, à différentes échelles (régionaux, départementaux, communaux...). [75]

En effet, le décret n'ayant pas fixé de cadre national précis, on observe l'apparition de multiples initiatives locales hétérogènes, sources d'inégalités entre les territoires. [62]

Tout d'abord, certains territoires disposaient déjà d'un dispositif d'AP sur prescription bien rodé avant même la publication de la loi de 2016, comme c'est le cas des villes de Strasbourg ou de Biarritz, alors que d'autres n'en disposent toujours pas aujourd'hui.

De plus, l'Etat ne finançant pas le dispositif, la prise en charge financière est inégale en fonction des différentes initiatives. Par exemple, à Strasbourg, où 70% du dispositif est financé par la ville, la première année est totalement gratuite alors que dans le Cantal, où le financement est assuré à 80% par des subventions (État, ARS, Fondation de France), le patient devra participer à hauteur de 10 euros par mois. [39]

De même, il n'existe pas de modèle national en matière de fonctionnement des réseaux sport-santé ou de programme d'APA proposés aux patients. Ainsi, chaque réseau possède son propre mode d'organisation (infrastructures, matériel, encadrants...) et son propre protocole d'AP sur prescription (évaluation du patient, séances d'APA, suivi...).

Les activités sport-santé proposées par les fédérations sportives, ainsi que leurs tarifs, diffèrent aussi selon les régions. L'association d'aviron de Strasbourg propose par exemple une licence « sport-santé » à un tarif préférentiel (180 euros contre 300 euros pour une licence « classique »), ce qui n'est pas le cas au niveau national. [64]

Toutes ces disparités territoriales provoquent donc un accès inégal à l'AP, accès déjà marqué par des inégalités sociales. [76] En effet, il existe des disparités en matière d'accès aux APS en France, en particulier selon le genre et le milieu social. [76] [62] Selon l'Observatoire national de la politique de la ville (ONPV), les quartiers prioritaires des villes connaissent une pratique licenciée 2 fois moins importante comparativement au poids démographique qu'ils représentent, avec un constat significativement plus marqué chez les femmes. [77]

Le dispositif de prescription d'APA est donc un pas dans le domaine de la santé par le sport en France, cependant, il est nécessaire que l'Etat apporte des réponses aux freins que présente le dispositif afin que celui-ci soit viable. C'est pourquoi beaucoup d'attentes reposent sur l'élaboration d'une « Stratégie Nationale Sport Santé » annoncée pour 2019. [78]

4. Problématique

Nous venons donc de voir que les bénéfices de l'AP sur la santé sont désormais largement admis et la nécessité de sa promotion dans le cadre du « sport-santé » reconnue.

Toutefois, les recommandations mondiales en matière de pratique physique peinent à être respectées, de même que les Etats éprouvent des difficultés à promouvoir un mode de vie actif auprès de leurs populations.

En France, la mise en place du dispositif de prescription d'APA semble être une avancée dans l'instauration d'une politique favorable au sport-santé.

Néanmoins, plusieurs limites présentées par le dispositif et certains freins à sa mise en application ont été soulevés. Aujourd'hui, les acteurs au cœur de la prescription et de la dispensation d'APA semblent dans la confusion quant à leur place dans ce dispositif, le cadre réglementaire étant complexe et difficile à appliquer.

Plusieurs enquêtes ont été menées auprès des médecins prescripteurs à propos de leurs ressentis concernant leur rôle dans ce dispositif ainsi que les difficultés rencontrées par ces derniers.

Cependant, aucune enquête n'a encore été menée auprès des masseurs-kinésithérapeutes en France. Connaissent-ils le dispositif et ses modalités d'application ? Y sont-ils régulièrement confrontés ? Quel est leur ressenti et leur avis concernant la prescription d'APA ? Deux ans après la mise en application du décret, il nous semble donc nécessaire de faire un bilan.

Le but de ce travail sera d'établir un **état des lieux de la pratique de l'activité physique sur prescription, dispensée par les masseurs-kinésithérapeutes en France.**

Secondairement, nous analyserons les ressentis et les difficultés rencontrées par les masseurs-kinésithérapeutes face au dispositif ainsi que leur avis personnel concernant ce dernier afin de mieux comprendre le constat effectué.

La littérature met en évidence un manque d'information et de compréhension à propos du décret par les acteurs du dispositif et des difficultés de mise en application pratique.

Si l'on se réfère à ces constatations, nous pouvons alors supposer que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent éprouver des difficultés à trouver leur place au sein du dispositif et que leur expérience concernant l'APA sur prescription peut être soumise à des difficultés similaires.

Cependant, nous ne pourrions confirmer ces hypothèses qu'en recueillant les réponses des principaux concernés.

5. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Notre objectif est d'évaluer l'expérience des masseurs-kinésithérapeutes en matière d'APA sur prescription. C'est pourquoi cette étude se base sur un questionnaire adressé directement aux professionnels, concernant leur expérience et leur ressenti personnels.

2. Population

Le questionnaire s'adresse à tous les MK diplômés d'Etat (DE), exerçant en France. Nous interrogeons donc aussi bien les professionnels exerçant en libéral que ceux exerçant en salariat, qu'ils aient été confrontés à la prescription d'APA ou non.

Critères d'inclusion :

- Etre masseur-kinésithérapeute DE
- Exercer en France (métropolitaine et Dom-Tom)
- Exercer en salariat et/ou en libéral

Critères d'exclusion :

- Exercer à l'étranger

Dans son rapport « Démographie des kinésithérapeutes, situation au 31 août 2017 », l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes rapporte que 85 223 professionnels exerçaient en France en 2017. [79] Grâce à ce constat nous avons calculé le nombre de réponses à obtenir au questionnaire afin d'obtenir une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%.

La formule utilisée était la suivante : $n = \frac{t^2 \times P(1-P)}{y^2} / [1 + \frac{t^2 \times P(1-P)}{y^2} \times N]$, avec n = taille de l'échantillon, t = intervalle de confiance, P = proportion estimée de la population qui présente la caractéristique (lorsque inconnue, on utilise $p = 0.5$), y = marge d'erreur et N = taille de la population.

On obtient : $n = \frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2} / [1 + \frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2} \times 85223] = 382.43$

Ainsi, nous devons obtenir au moins 383 réponses au questionnaire afin d'avoir une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%.

3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel SphinxOnline, version 4.12.

Il comprend un avant-propos présentant l'enquête et son intérêt, puis comporte 32 questions, dont 30 questions fermées à choix multiples et 2 questions ouvertes. Chaque réponse est obligatoire pour donner accès à la question suivante mais des filtres ont été mis en place afin que la personne interrogée n'ait à répondre qu'aux questions la concernant.

Ainsi, un minimum de 22 questions et un maximum de 31 questions seront posées, divisées en 5 parties :

- Informations générales

Cette partie vise à connaître le profil professionnel de la personne, nous renseignant ainsi sur les données démographiques des personnes interrogées.

Il est demandé au répondant de renseigner son sexe (question 1), son âge (question 2), son type d'exercice (question 3) et sa région d'exercice (question 4) par des questions fermées à choix multiples. Plusieurs réponses sont possibles pour la question 3 afin de recenser d'éventuelles activités mixtes.

Nous cherchons ensuite à savoir si le répondant possède une formation en kinésithérapie du sport (question 5) et s'il possède une carte d'éducateur sportif (question 6).

En effet, nous avons vu que le diplôme de MK donne droit à l'obtention d'une carte professionnelle d'éducateur sportif [55]. Cependant, son obtention dépend d'une démarche personnelle du MK qui doit en faire la demande à sa préfecture.

- Données relatives à la pratique professionnelle

Cette partie nous renseigne sur la formation du professionnel en matière d'APA et son utilisation de l'AP lors de sa pratique professionnelle.

Il est demandé au répondant s'il a été formé à la construction et l'encadrement de séances d'APA lors de sa formation initiale (question 7), lors d'une éventuelle formation complémentaire (question 8) et si c'est le cas, laquelle était-ce (question 9).

Le MK est ensuite interrogé sur sa fréquence d'utilisation de l'AP comme moyen de rééducation avec ses patients atteints de pathologies chroniques, les réponses possibles étant « toujours », « souvent », « rarement » ou « jamais » (question 10). Si la réponse donnée est « toujours » ou « souvent », le professionnel est invité à préciser quelles sont les pathologies concernées par cette utilisation (question 11) parmi une liste des principales pathologies chroniques pour lesquelles les bienfaits de l'AP sont reconnus. [26] Plusieurs réponses sont possibles et la liste peut être complétée grâce à la proposition « autre ».

Enfin, il est demandé au répondant d'indiquer à quelle fréquence il conseille à ces patients la pratique d'AP en dehors des séances de masso-kinésithérapie, en choisissant parmi les propositions « toujours », « souvent », « rarement » ou « jamais ». (question 12).

- Données relatives à l'expérience concernant l'activité physique sur prescription

Cette partie nous informe sur la connaissance de l'existence du dispositif de prescription d'APA par la personne interrogée et l'expérience qu'elle a pu avoir vis-à-vis de celui-ci.

Différentes questions seront posées au répondant en fonction de ses réponses aux questions précédentes, présentées dans l'organigramme suivant :

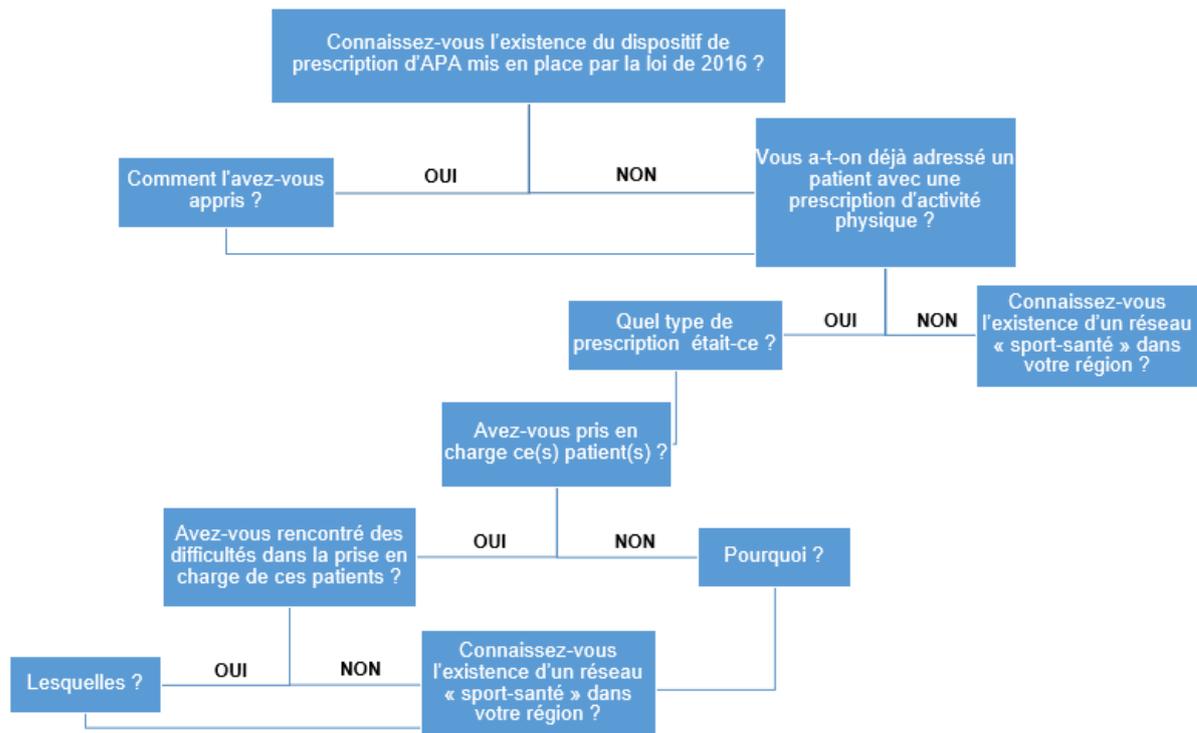


Figure 1 : Organigramme des questions 13 à 21

Si le MK a déjà reçu un patient avec une prescription d'activité physique, il lui est demandé de renseigner le type de prescription rencontré (question 16). En effet, il existe un formulaire spécifique de prescription d'APA [3] mais la prescription peut aussi se faire sur une prescription « classique ».

Si la réponse donnée à la question « Connaissez-vous l'existence d'un réseau sport-santé dans votre région ? » (question 21) est « oui », la personne interrogée sera invitée à renseigner le nom de ce réseau dans une question ouverte (question 22).

- Connaissances sur le décret relatif à la prescription d'activité physique

Cette partie vise à évaluer les connaissances du MK concernant le cadre légal et réglementaire défini par le décret d'application du dispositif de prescription d'APA et l'instruction interministérielle relative à sa mise en application. [3] [42] Avant de débiter les questions, il est précisé de répondre uniquement à l'aide de ses connaissances personnelles afin que les résultats de l'étude soient les plus représentatifs possibles.

Les questions reprennent les principales informations données par le décret et l'instruction interministérielle, à savoir : qui peut prescrire l'APA (question 23), quels patients peuvent bénéficier d'une telle prescription (question 24), qui peut dispenser cette AP sur prescription (question 25) et quel est le remboursement de la prescription et la dispensation d'AP (question 26).

Le répondant doit choisir la réponse qu'il pense être correcte parmi 4 propositions possibles. Une seule bonne réponse est admise pour chaque question et rapporte un point, donnant lieu à un score sur 4 points, seulement visible par l'examineur.

- Avis personnel

Cette partie a pour but de connaître l'avis personnel de la personne interrogée sur le dispositif de prescription d'APA et son ressenti quant à sa place dans celui-ci.

Il est demandé au répondant s'il pense que la construction et l'encadrement de séances d'APA font partie de sa pratique professionnelle (question 27) et s'il pense avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA (question 28), les réponses pouvant être « non, pas du tout », « non, pas vraiment », « oui, plutôt » ou « oui, absolument ». Si la réponse donnée à la question 28 est « non, pas du tout » ou « non, pas vraiment », la personne interrogée est invitée à indiquer par « oui » ou « non » si elle souhaiterait suivre une formation spécifique à l'APA. (question 29).

Ensuite, nous cherchons à connaître la manière dont le MK considère l'enseignant APA dans le cadre de sa pratique professionnelle (question 30). En effet, nous avons vu précédemment que le dispositif de prescription d'APA était source de rivalité entre les deux professions. [72] Ainsi, le répondant est invité à choisir entre les propositions : « un collègue, nos professions sont complémentaires », « un concurrent pour le masseur-kinésithérapeute », et « ni l'un ni l'autre ».

Enfin, nous cherchons à savoir si le MK pense que la prescription d'APA peut inciter les patients à la pratique physique à long terme (question 31) et quels sont, selon lui, les freins au développement de ce dispositif en France (question 32). Pour cette dernière question, le répondant est invité à choisir parmi une liste de propositions reprenant les freins au dispositif exposés par la littérature et vus précédemment. Il doit classer les propositions choisies selon leur ordre d'importance, la liste pouvant être complétée par la proposition « autre ».

Enfin, la personne interrogée est invitée à envoyer un mail à l'adresse indiquée si elle souhaite recevoir les résultats de l'étude.

4. Diffusion du questionnaire

Avant la diffusion du questionnaire, un pré-test a été réalisé par 2 experts de terrains et 2 universitaires afin de veiller à la clarté des questions et au bon déroulement du questionnaire.

Le questionnaire a ensuite été diffusé de façon électronique grâce au lien internet du logiciel SphinxOnline® l'y renvoyant : <https://sphinx.unilim.fr/v4/s/qxv2g9>. Il a ainsi été envoyé par mail à plusieurs structures (CHU, centre de rééducation, cabinets de masseurs-kinésithérapeutes) et organisations spécifiques à la profession de masseur-kinésithérapeute (Unions Régionales de Professionnels de Santé, Conseils Départementaux de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes) en leur demandant de le diffuser à leur tour aux professionnels

concernés. Il a également été partagé par l'intermédiaire des réseaux sociaux, dans des groupes réservés au partage entre masseurs-kinésithérapeutes.

La diffusion a débuté le 11 Février 2019 et la collecte des réponses a été clôturée le 18 Avril 2019.

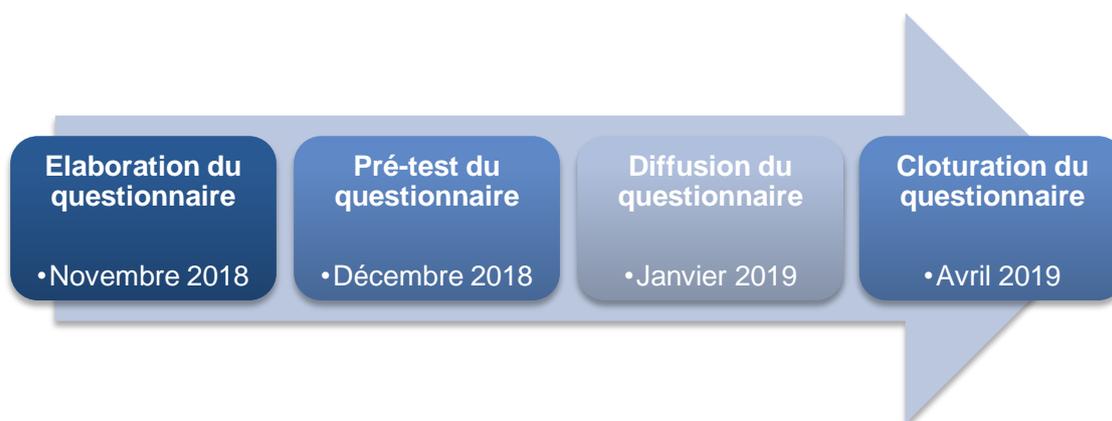


Figure 2 : Frise chronologique de la méthodologie du questionnaire

5. Analyse statistique

En ce qui concerne l'analyse statistique, les données brutes sont directement collectées par le logiciel SphinxOnline® et sont ensuite exportées sur une feuille de calcul Excel.

L'analyse des résultats se fera ensuite grâce au logiciel d'analyse de SphinxOnline® par un tri à plat et un tri croisé des données récoltées. Le tri à plat nous permettra d'obtenir une analyse descriptive des données, afin d'établir un état des lieux. Le tri croisé, effectué grâce au test du Khi2 et au test de Fisher, nous permettra de mettre en évidence d'éventuelles corrélations entre les variables. Les résultats statistiques seront ensuite exprimés en effectifs et en pourcentages à travers des graphiques et tableaux.

Dans les tableaux, les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations en ligne, les valeurs en bleu correspondent à des valeurs significativement sur représentées et celles en rouge à des valeurs significativement sous représentées (au seuil de risque de 5%).

Les réponses aux questions ouvertes ne seront pas analysées dans la partie suivante mais discutées par la suite.

6. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

- Effectifs :

Les professionnels ciblés par ce questionnaire étaient les masseurs-kinésithérapeutes DE, exerçant en France, en salariat et/ou en libéral. Au total, 360 réponses au questionnaire ont été reçues. Tous les répondants correspondaient aux critères d'inclusion et tous ont terminé le questionnaire. L'analyse a donc porté sur un effectif de 360.

- Sexe :

Les femmes représentaient 56,1% des kinés ayant répondu au questionnaire, contre 43,9% d'hommes.

- Age :

La tranche d'âge des 30-39 ans était la plus représentée avec 37,8% de l'échantillon étudié.

- Type d'exercice :

Sur les 360 répondants, 90,6% ont déclaré exercer en milieu libéral et 10% en milieu salarié (5,3% en centre hospitalier et 4,7% en centre de rééducation). 3,3% ont répondu « autres », les répondants ayant la possibilité de choisir plusieurs réponses dans le cas d'une activité mixte.

- Région :

Toutes les régions ont été représentées, avec une sur-représentation de la région Grand Est, correspondant à 22,5% des réponses.

- Formation en kinésithérapie du sport :

29,2% des répondants ont déclaré avoir une formation en kinésithérapie du sport, les hommes étant plus nombreux à avoir suivi cette formation ($p < 0,01$), de même que les MK exerçant en libéral ($p = 0,02$).

- Carte d'éducateur sportif :

Environ 1 quart des répondants (24,2%) ont déclaré posséder une carte d'éducateur sportif, les hommes et les MK formés en kinésithérapie du sport étant plus nombreux à en posséder une. ($p < 0,01$)

2. Principaux résultats

2.1. Pratique professionnelle relative à l'activité physique

- Question 7 : « Avez-vous été formé à la construction et l'encadrement de séances d'APA lors de votre formation initiale ? »

Seulement 15,6% des personnes interrogées déclarent avoir été formés à l'APA au cours de leur formation initiale. Il existe une relation significative entre le fait d'avoir été formé à l'APA au cours de sa formation initiale et l'âge du répondant. En effet, les 20-29 ans sont plus nombreux à avoir répondu « oui » à cette question, tandis que les 50-59 ans ont plutôt répondu « non » ($p < 0,01$). (Tableau 1) Ceux qui ont déclaré détenir une carte d'éducateur sportif ont répondu en plus grand nombre avoir été formé à l'APA au cours de leur formation initiale ($p = 0,02$).

Tableau 1 : Répartition des MK ayant eu une formation initiale en APA selon leur âge

Age →	Entre 20 et 29 ans		Entre 30 et 39 ans		Entre 40 et 49 ans		Entre 50 et 59 ans		60 ans et plus		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.						
Formation initiale en APA ↓												
Non	64	21,9%	115	39,4%	66	22,6%	39	13,4%	8	2,7%	292	100%
Oui	28	50%	18	32,1%	6	10,7%	1	1,8%	3	5,4%	56	100%
Je ne sais plus	4	33,3%	3	25%	3	25%	2	16,7%	0	0%	12	100%
Total	96	26,7%	136	37,8%	75	20,8%	42	11,7%	11	3,1%	360	

- Question 8 : « Avez-vous été formé à la construction et l'encadrement de séances d'APA lors d'une formation complémentaire ? »

Seulement 14,2% des répondants disent avoir été formés à l'APA au cours d'une formation complémentaire. Cette variable est très significativement associée avec le fait d'avoir suivi une formation en kinésithérapie du sport ($p < 0,01$). Encore une fois, les MK possédant une carte d'éducateur sportif étaient plus susceptibles d'avoir été formés à l'APA, lors d'une formation complémentaire cette fois-ci ($p < 0,01$).

- Question 10 : « La pratique d'activité physique fait-elle partie de vos moyens de rééducation avec vos patients atteints de pathologies chroniques ? »

La majorité des MK interrogés, soit 78%, utilisent l'AP comme moyen de rééducation avec leurs patients atteints de pathologies chroniques (50,8% « souvent », 27,2% « toujours »). (Figure 3)

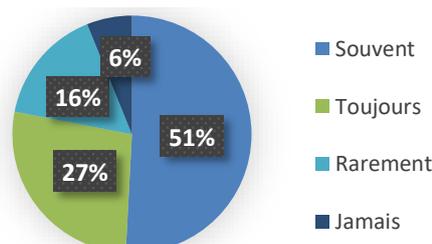


Figure 3 : Utilisation de l'AP comme moyen de rééducation avec des patients atteints de pathologies chroniques

- Question 11 : « Quelles sont les pathologies concernées ? »

70,8% des MK utilisant l'AP comme moyen de rééducation avec leurs patients atteints de pathologies chroniques l'utilisent en cas de pathologies cardiovasculaires. (Figure 4) L'AP est également fréquemment utilisée par les MK pour la rééducation de la BCPO (60,9%) et l'obésité (58,7%). Les réponses pouvaient être multiples et la liste pouvait être complétée grâce à la proposition « autre », ce qui a été fait par 50,9% des MK.

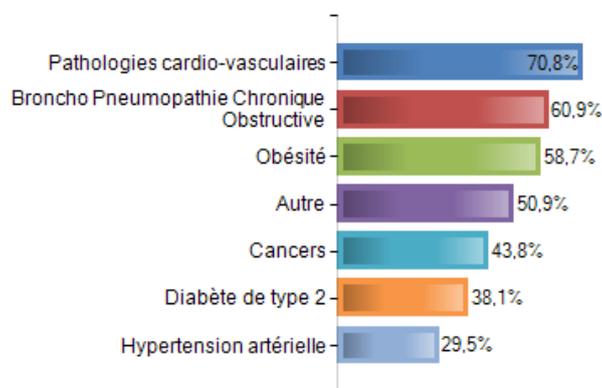


Figure 4 : Pathologies concernées par l'utilisation de l'AP comme moyen de rééducation

- Question 12 : « Conseillez-vous à ces patients la pratique d'activité physique en dehors des séances de masso-kinésithérapie ? »

Les professionnels interrogés conseillent très largement (99,8%) la pratique d'AP en dehors des séances de masso-kinésithérapie à leurs patients atteints de pathologies chroniques (56,7% « toujours », 43,1% « souvent »).

Les MK dont la pratique d'AP fait toujours partie de leurs moyens de rééducation avec leurs patients atteints de pathologies chroniques sont plus à même de toujours conseiller la pratique d'AP à ces patients en dehors des séances de masso-kinésithérapie ($p < 0,01$). En effet, 79,6% des MK utilisant toujours l'AP comme moyen de rééducation avec leurs patients atteints de pathologies chroniques conseillent toujours la pratique d'AP en dehors des séances de masso-kinésithérapie. (Annexe V.I.)

2.2. Expérience concernant l'activité physique sur prescription

- Question 13 : « Connaissez-vous l'existence du dispositif de prescription d'APA mis en place par la loi de 2016 ? »

La majorité des MK interrogés, soit 66,1%, ont déclaré avoir connaissance du dispositif de prescription d'APA, contre 33,9% qui n'en ont pas connaissance.

Il existe une association positive entre le fait de connaître l'existence du dispositif et le fait d'avoir une formation en kinésithérapie du sport ($p = 0,04$), posséder une carte d'éducateur sportif ($p = 0,01$) ou encore avoir été formé à l'APA lors d'une formation complémentaire ($p < 0,01$).

- Question 14 : « Comment l'avez-vous appris ? »

Les répondants ayant connaissance de l'existence du dispositif de prescription d'APA l'ont appris par différents moyens, notamment par les réseaux sociaux (27,3%), les médias (26,5%) et par des articles scientifiques (23,5%). (Figure 5)

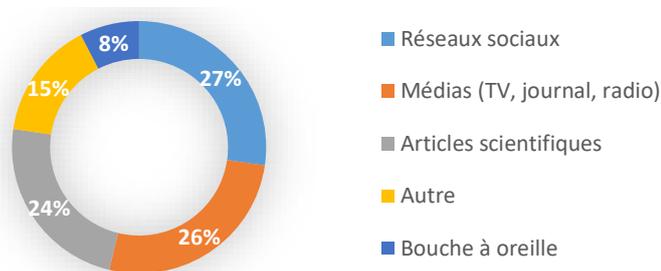


Figure 5 : Moyens d'information de l'existence du dispositif de prescription d'APA

Les 20-29 ans ont plutôt répondu « les réseaux sociaux », tandis que les 40-49 ans et les 50-59 ans ont plutôt répondu « des articles scientifiques » ($p < 0,01$).

- Question 15 : « Vous a-t-on déjà adressé un patient avec une prescription d'activité physique ? »

La grande majorité des MK interrogés, soit 83,3%, n'ont jamais reçu de patient avec une prescription d'APA, seulement 2,8% en ont reçu plus de 10 fois. (Figure 6)

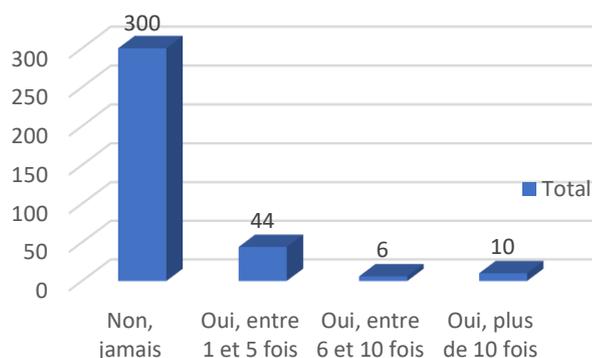


Figure 6 : Fréquence de MK ayant déjà reçu un patient avec une prescription d'APA

Les MK ayant une formation en kinésithérapie du sport sont plus susceptibles d'avoir reçu des patients avec une prescription d'APA plus de 10 fois ($p = 0,03$). Il existe également une relation significative avec le fait de posséder une carte d'éducateur sportif ($p < 0,01$), avoir été formé à l'APA lors d'une formation complémentaire ($p < 0,01$), connaître le dispositif ($p < 0,01$) et avoir déjà reçu des patients avec une prescription d'APA plus de 10 fois ($p < 0,01$).

- Question 16 : « Quel type de prescription était-ce ? »

Les MK interrogés ayant déjà reçu un patient avec une prescription d'APA ont rencontré cette prescription sous la forme d'une prescription médicale « classique » en majorité (76,7%). (Figure 7)

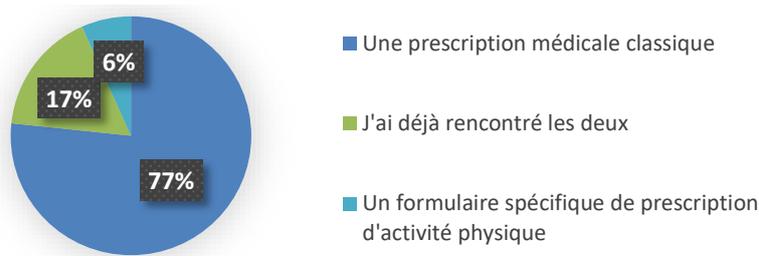


Figure 7 : Types de prescription d'APA rencontrées par les MK

- Question 17 : « Avez-vous pris en charge ce(s) patient(s) ? »

La grande majorité des MK ayant reçu un ou plusieurs patients avec une prescription d'APA ont pris en charge ce(s) patient(s) (53 sur 60).

Les MK ayant répondu « rarement » à la question « L'AP fait-elle partie de vos moyens de rééducation avec vos patients atteints de pathologies chroniques ? » ont plus eu tendance à répondre « non » à cette question. ($p=0,09$).

- Question 18 : « Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces patients ? »

Seulement 17% des MK ayant pris en charge un ou plusieurs patients avec une prescription d'APA ont déclaré avoir rencontré des difficultés lors de leur prise en charge.

Aucune association n'a été trouvée avec une éventuelle formation en kinésithérapie du sport, en APA ou avec une pratique professionnelle particulière.

- Question 19 : « Si oui, lesquelles ? »

Parmi les MK ayant rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces patients, 7 sur 9 ont répondu avoir rencontré des difficultés avec la cotation de l'acte et 5 sur 9 avec le manque de motivation des patients, plusieurs réponses pouvant être choisies. (Figure 8)

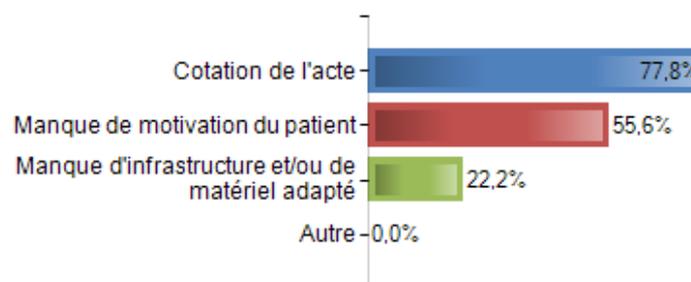


Figure 8 : Difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'un patient avec une prescription d'APA

- Question 21 : « Connaissez-vous l'existence d'un réseau « sport santé » dans votre région ? »

Seulement 18,9% des personnes interrogées ont déclaré connaître un réseau sport-santé dans leur région.

La région d'exercice du MK est associée avec l'éventuelle connaissance d'un réseau sport-santé ($p=0,02$), les MK issus de la région Grand-Est ayant majoritairement répondu « oui ».

2.3. Connaissances sur le décret relatif à la prescription d'activité physique

- Question 23 : « Qui peut prescrire des séances d'APA ? »

Les MK interrogés pensent en majorité (67,2%) que n'importe quel médecin peut prescrire des séances d'APA. Seulement 21,7% ont répondu « le médecin traitant du patient uniquement », qui était la bonne réponse. 9,7 % pensent que les MK peuvent prescrire des séances d'APA en plus des médecins. (Figure 9)

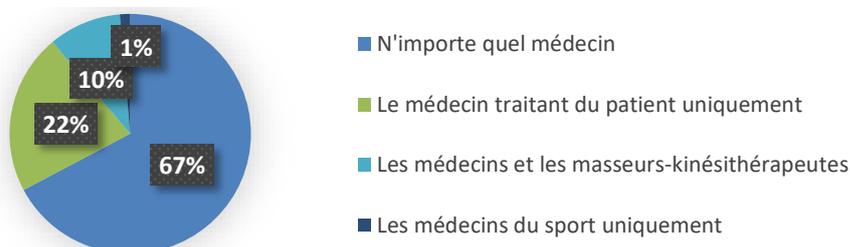


Figure 9 : Qui peut prescrire des séances d'APA ?

- Question 24 : « Quels patients peuvent bénéficier d'une telle prescription ? »

40,3% des MK ayant répondu pensent que n'importe quel patient peut bénéficier d'une prescription d'APA. Seulement 14,2% ont donné la bonne réponse qui était « les patients ALD uniquement ». (Figure 10)

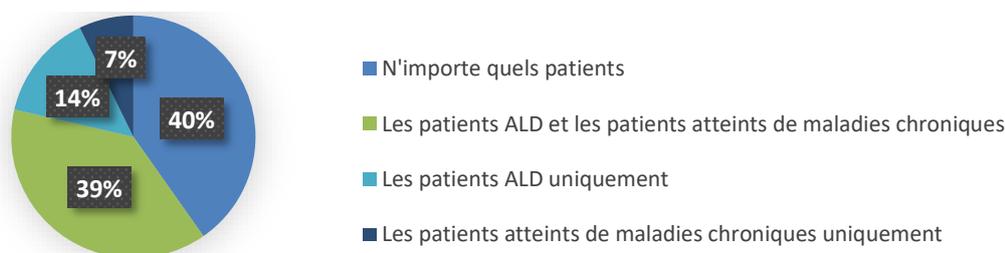


Figure 10 : Quels patients peuvent bénéficier d'une telle prescription ?

Les MK possédant une carte d'éducateur sportif ont plus donné de réponses justes, tandis que ceux qui n'en avaient pas ont plutôt répondu « n'importe quel patient » ($p=0,01$).

- Question 25 : « Qui peut dispenser une activité physique sur prescription médicale à ces patients ? »

La majorité des MK interrogés, soit 64,7%, ont répondu « les MK et les professeurs APA » à cette question. Seulement 13,9% ont sélectionné la réponse attendue qui était « cela dépend du bilan fonctionnel du patient ». (Figure 11)

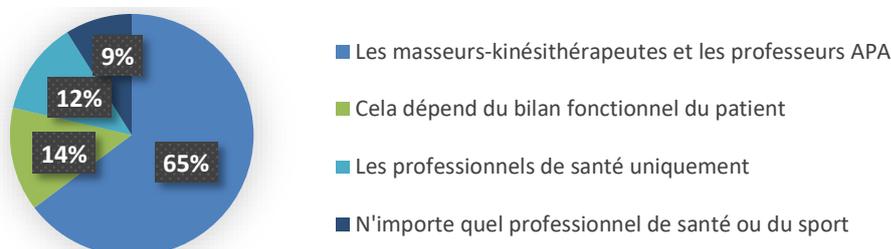


Figure 11 : Qui peut dispenser une activité physique sur prescription médicale à ces patients ?

Le fait de donner la réponse correcte était associé avec le fait de posséder une carte d'éducateur sportif ($p < 0,01$), avoir été formé à l'APA lors d'une formation complémentaire ($p = 0,01$), connaître un réseau sport-santé ($p < 0,01$) ou encore avoir eu juste à la question 24 ($p < 0,01$).

- Question 26 : « La prescription et la dispensation d'activité physique sont-elles remboursées par la Sécurité Sociale ? »

38,1% des répondants pensent que la prescription et la dispensation d'APA ne sont pas du tout remboursées par la Sécurité Sociale, ce qui est juste. (Figure 12)



Figure 12 : La prescription et la dispensation d'activité physique sont-elles remboursées par la Sécurité Sociale ?

Encore une fois, la justesse de la réponse à cette question est corrélée avec le fait d'avoir une carte d'éducateur sportif ($p < 0,01$), avoir été formé à l'APA lors d'une formation complémentaire ($p < 0,01$), connaître un réseau sport-santé ($p < 0,01$) et avoir eu juste aux questions 24 et 25 ($p < 0,01$).

- Score

43,3% des MK interrogés n'ont donné aucune réponse juste et ont donc obtenu un score de 0 sur 4. (Figure 13)

La moyenne obtenue à ces 4 questions de connaissance est de 0,88, la médiane est de 1 et l'écart-type est de 0,94.

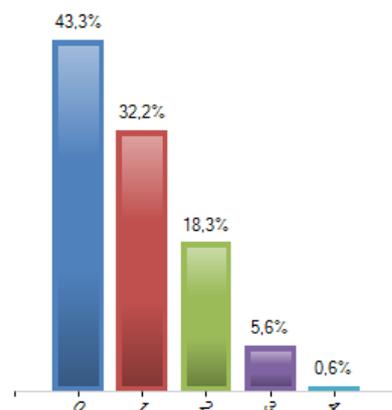


Figure 13 : Score obtenu aux questions de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA

Afin d'effectuer les tris croisés de cette question, le test de Fisher a été utilisé.

Ainsi, une meilleure moyenne a été obtenue par les MK possédant une carte d'éducateur sportif ($p < 0,01$), ayant été formés à l'APA lors d'une formation complémentaire ($p < 0,01$), connaissant l'existence du dispositif ($p < 0,01$), ayant déjà eu un patient avec une prescription d'APA plus de 10 fois ($p = 0,04$) ou connaissant un réseau sport-santé ($p < 0,01$). Cependant, aucune corrélation n'a été trouvée avec le sexe, l'âge, le type d'exercice, la région et ou l'éventuelle formation en kinésithérapie du sport du MK.

3. Résultats secondaires

- Question 27 : « Pensez-vous que la construction et l'encadrement de séances d'APA fassent partie de votre pratique professionnelle ? »

La majorité des répondants, soit 79,2%, pensent que la construction et l'encadrement de séances d'APA font partie de leur pratique professionnelle (47,8% « oui, plutôt », 31,4% « oui, absolument »). (Figure 14)

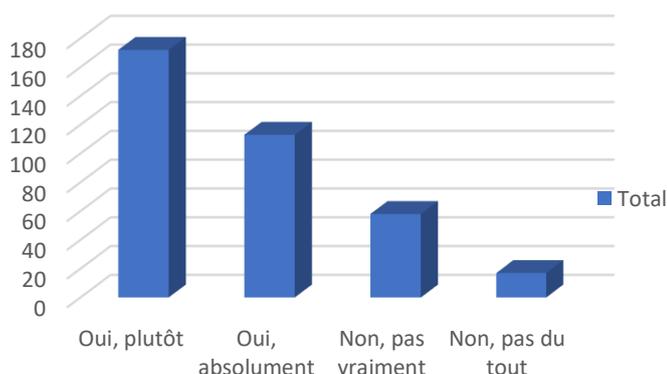


Figure 14 : Pensez-vous que la construction et l'encadrement de séances d'APA fassent partie de votre pratique professionnelle ?

La réponse à cette question est très significativement corrélée à l'âge du répondant ($p < 0,01$), les MK âgés de 50 à 59 ans ayant plutôt répondu « non, pas vraiment ». Au contraire, les MK dont la formation et la pratique était plutôt orientées sur l'AP ont plus répondu « oui, absolument » ($p < 0,01$ pour les questions 5,6,7,8 et 10).

- *Question 28 : « Pensez-vous avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA ? »*

55,8% des MK interrogés pensent avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA (36,9 % « oui, plutôt », 18,9% « oui, absolument »), contre 44,2% qui pensent le contraire (35% « non, pas vraiment », 9,2% « non, pas du tout »). (Figure 15)

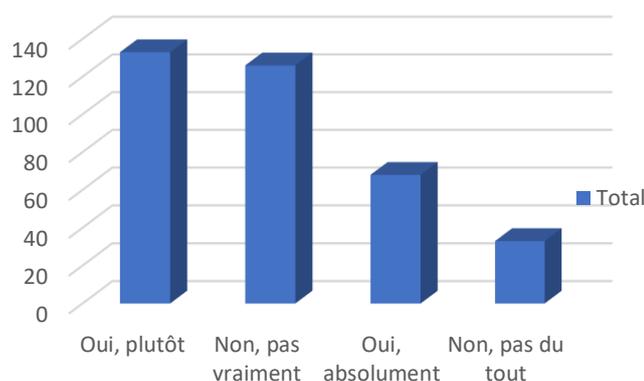


Figure 15 : Pensez-vous avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA ?

Il existe une corrélation positive entre le fait d'être un homme et d'avoir répondu « oui, absolument » ($p < 0,01$).

Encore une fois, les MK dont la formation et la pratique était plutôt orientées sur l'AP ont plus répondu « oui, absolument » ($p < 0,01$ pour les questions 5,6,7,8,10 et 27).

Il existe également une corrélation positive entre le fait d'avoir répondu « oui, absolument » et avoir eu un score plus élevé aux questions de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA. ($p < 0,01$)

- *Question 29 : « Souhaiteriez-vous suivre une formation spécifique à l'activité physique adaptée ? »*

Parmi les MK ayant répondu « non, pas vraiment » ou « non, pas du tout » à la question précédente, 67,9% souhaiterait suivre une formation spécifique à l'APA.

Le fait de ne pas souhaiter suivre une formation spécifique à l'APA est corrélé avec le fait d'avoir répondu « non, pas du tout » ou « non, pas vraiment » à la question « pensez-vous que la construction et l'encadrement de séances d'APA fassent partie de votre pratique professionnelle ? » ($p < 0,01$). (Annexe V.II.)

- Question 30 : « Dans le cadre de votre pratique professionnelle, vous considérez l'enseignant APA comme... »

Environ la moitié (51,7%) des MK interrogés considèrent l'enseignant APA comme un collègue. (Figure 16)

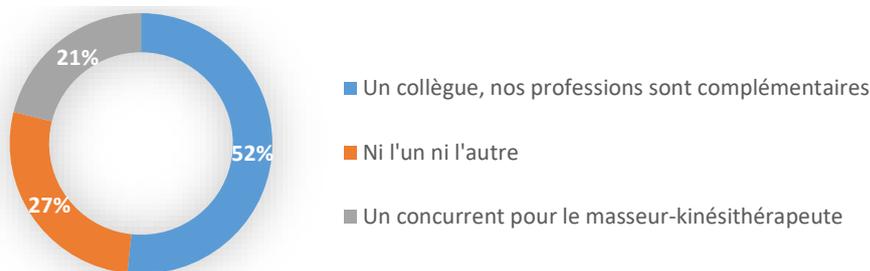


Figure 16 : Vision de l'enseignant APA d'après les MK

Le fait d'avoir répondu « un concurrent » était positivement corrélé avec le fait d'être un homme, tandis que les femmes ont plutôt répondu « un collègue » ($p < 0,01$). (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition de la réponse à la question 30 selon le sexe

	Une femme		Un homme		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
Un concurrent	32	42,1%	44	57,9%	76	100%
Un collègue	121	65,1%	65	34,9%	186	100%
Ni l'un ni l'autre	49	50%	49	50%	98	100%
Total	202	56,1%	158	43,9%	360	

Il existe également une relation significative avec l'âge du répondant ($p = 0,02$), les 50-59 ans ayant plus répondu « ni l'un ni l'autre », les 20-29 ans et les plus de 60 ans « un collègue ».

Les MK possédant une carte d'éducateur sportif ont répondu « un concurrent » en plus grand nombre ($p < 0,01$), de même que ceux qui ont répondu « oui, absolument » à « pensez-vous que la construction et l'encadrement de séances d'APA fassent partie de votre pratique professionnelle ? ». ($p < 0,01$).

- Question 31 : « Pensez-vous que la prescription d'APA puisse inciter les patients à la pratique physique à long terme ? »

En majorité (73,3%), les MK interrogés pensent que la prescription d'APA peut inciter les patients à la pratique physique à long terme (61,1% « oui, plutôt », 12,2% « oui, absolument »). (Figure 17)

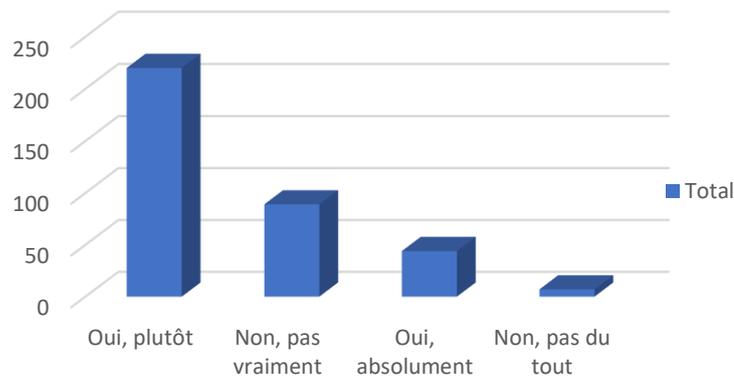


Figure 17 : Pensez-vous que la prescription d'APA puisse inciter les patients à la pratique physique à long terme ?

Les MK dont l'APA fait toujours partie de leurs moyens de rééducation avec leurs patients atteints de pathologies chroniques ont répondu « oui, absolument » en plus grand nombre ($p < 0,01$).

- Question 32 : « Quels sont, selon vous, les freins au développement de ce dispositif en France ? Classez les propositions choisies selon leur ordre d'importance. »

Le manque d'information des médecins a été cité comme frein au développement du dispositif de prescription d'APA en France par 83,6% des MK interrogés et a été la modalité la plus fréquemment classée comme la plus importante. (Figure 18 et Tableau 3)

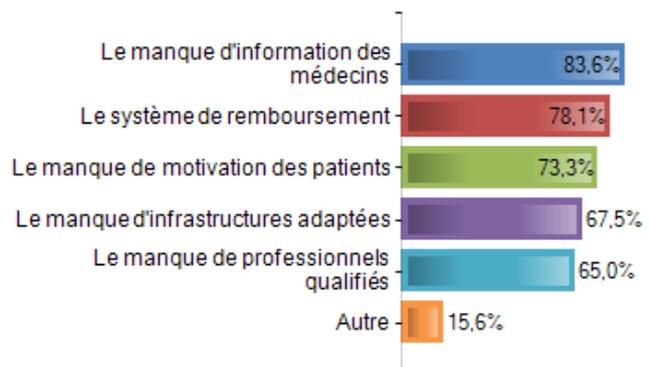


Figure 18 : Freins au développement du dispositif de prescription d'APA en France selon les MK

Tableau 3 : Freins au développement du dispositif de prescription d'APA en France selon les MK

	Importance	Effectifs	% Obs.
Le manque d'information des médecins	4,12	301	83,6%
Le système de remboursement	3,49	281	78,1%
Le manque de motivation des patients	3,09	264	73,3%
Le manque d'infrastructures adaptées	2,77	243	67,5%
Le manque de professionnels qualifiés	2,56	234	65%
Autre	0,46	56	15,6%
Total		360	

L'importance est calculée comme le rang moyen auquel la modalité a été citée.

7. Discussion

1. Principaux résultats

Depuis Mars 2017, les médecins traitants ont la possibilité de prescrire de l'APA à leurs patients atteints d'ALD. [3] Le MK étant l'un des intervenants habilités à dispenser cette APA sur prescription, le but de cette étude était donc d'établir un état des lieux de la pratique de l'APA sur prescription, dispensée par les MK en France. Ainsi, les résultats mettent en évidence des MK peu présents au cœur du dispositif et peu informés sur ce dernier, mais aussi peu formés à l'APA, bien que conscients des bénéfices de l'AP pour leurs patients.

1.1. Des masseurs-kinésithérapeutes peu présents au cœur du dispositif de prescription d'APA

Selon le décret de 2017, les MK sont les intervenants privilégiés dans la prise en charge des patients présentant des limitations fonctionnelles sévères dans le cadre d'une prescription d'APA. [3] Cependant, les résultats trouvés démontrent qu'en pratique, seule une minorité de MK ont déjà reçu un patient avec une prescription d'APA, ce qui fut occasionnel pour la plupart d'entre eux (Figure 6).

En effet, très peu de dispositifs sport-santé incluent un MK dans leur fonctionnement. Sur les 8 réseaux présentés dans le rapport de l'ONAPS d'Octobre 2017, un seul (Hautes Terres Communauté) rapportait la présence d'un MK dans son organisation. [39] En Novembre 2018, l'ONAPS déplorait qu'un dispositif de « sport sur ordonnance » sur 4 ne possédait pas de partenariat avec un professionnel de santé. [75]

L'article de *Kiné Actualité* de Février 2019 déplore des « kinés trop souvent oubliés », voire « invisibles » dans le dispositif. [80]

Dans la majorité des cas, les intervenants en charge de l'évaluation physique du patient, la construction et l'encadrement des séances d'APA sont des éducateurs sportifs ou des EAPA. [39] [75]

Ces faits concordent avec les résultats trouvés dans notre étude qui démontrent que très peu de MK connaissent un réseau sport-santé. Parmi les quelques réseaux cités : « Siel Bleu », « la CAMI Sport et Cancer », « efFORMip », « RSSBE », « SSSO Strasbourg » et « Saphyr » ont été cités à plusieurs reprises. Nous avons vu qu'un plus grand nombre de MK issus de la région Grand-Est connaissaient un réseau sport-santé et 4 des 6 réseaux les plus cités par les MK sont basés dans cette région (Siel Bleu, RSSBE, Strasbourg et Saphyr). Il a donc une forte dynamique sport-santé dans la région Grand-Est, où la ville de Strasbourg a été une pionnière du concept de « sport sur ordonnance », avec plus de 1400 patients rencontrés et plus de 300 médecins prescripteurs à ce jour. [81]

Néanmoins, les MK restent encore les grands absents du dispositif « Prescri'mouv », lancé par la région Grand-Est en Octobre 2018. [82]

Pourtant, les MK étaient cités comme les acteurs « répondant au mieux à l'exigence de qualification » des MG ayant été interrogés après avoir suivi une formation à la prescription d'APA. [70] Alors pourquoi les MK sont-ils si peu présents dans les réseaux sport-santé ?

L'article de *Kiné Actualité* explique cela par la méconnaissance du rôle que peut jouer le MK dans la prescription d'APA de la part des autres acteurs du dispositif mais aussi par le manque d'investissement des MK dans ce dernier. [80] Plusieurs raisons peuvent expliquer ce manque d'investissement, notamment la priorité donnée aux soins plutôt qu'à la prévention dans un contexte « manque de temps » mais aussi le manque d'information des MK sur le dispositif. [80]

1.2. Des masseurs-kinésithérapeutes peu informés sur le dispositif

Bien que la majorité des MK interrogés déclare être au courant de l'existence du dispositif de prescription d'APA, les résultats trouvés au test de connaissances sur le décret démontrent que les MK ne sont pas suffisamment informés sur son fonctionnement (Figure 13).

En effet, presque la moitié des MK n'ont donné aucune bonne réponse aux questions qui portaient sur les modalités de prescription et de dispensation de l'APA inscrites dans le décret (Figure 13).

Ainsi, les MK pensent en majorité que n'importe quel médecin peut prescrire une APA et certains pensent même que les MK sont eux aussi habilités à prodiguer cette prescription (Figure 9). Le fait de penser que les MK puissent prescrire une APA à leurs patients pourrait venir de l'opération de communication lancée par l'Ordre des MK suite à la publication du décret et ayant pour slogan « Pratiquer une activité physique avec une affection de longue durée ? Pas sans un bilan kiné ». En effet, cette communication est accompagnée d'une « Notice de mise en œuvre de l'activité physique adaptée par les kinésithérapeutes », mise à disposition des MK sur le site internet de l'Ordre qui précise que « c'est au moyen de ce modèle de bilan que le kinésithérapeute pourra déterminer le phénotype fonctionnel du patient en évaluant sa condition physique afin de l'orienter et de le suivre dans sa démarche d'activité physique ». [83] Or, selon le décret, la détermination du phénotype fonctionnel du patient et son orientation relèvent exclusivement de la fonction du médecin traitant du patient, le MK intervenant uniquement dans la dispensation de l'APA. [3]

Ensuite, la plupart des MK pensent que n'importe quel patient peut bénéficier d'une prescription d'APA (Figure 10). Cette croyance pourrait venir du fait que certains réseaux sport-santé reçoivent effectivement des patients présentant des pathologies ne faisant pas partie des ALD, comme c'est le cas du dispositif SSSO à Strasbourg avec l'HTA par exemple.

La majorité des MK pensent que l'APA sur prescription peut être dispensée par les MK et les EAPA (Figure 11), ce qui n'inclut pas les éducateurs sportifs, qui sont pourtant les intervenants les plus présents au sein des réseaux sport-santé. Certains MK ont répondu « les professionnels de santé uniquement », ce qui cette fois n'inclut ni les éducateurs sportifs ni les EAPA, qui sont des professionnels du sport.

Globalement, l'information la mieux connue par les MK sur la prescription d'APA en France est son non-remboursement par la Sécurité Sociale (Figure 12). Certains MK pensent cependant que la prescription et la dispensation d'APA sont intégralement remboursées, ce qui peut être expliqué par le fait que la plupart des réseaux sport-santé proposent une offre gratuite. Néanmoins, le financement ne provient pas de la Sécurité Sociale.

La connaissance du non-remboursement de l'APA par les MK pourrait expliquer le fait que certains d'entre eux ne se soient pas d'avantage investis dans le dispositif. Par ailleurs, nous avons remarqué que les MK possédant une carte d'éducateur sportif et ceux ayant été formés à l'APA lors d'une formation complémentaire étaient mieux informés que les autres MK sur le dispositif. Ainsi, nous pouvons être amenés à penser que les MK ayant déjà une activité orientée vers l'AP et/ou une activité hors-convention ont été plus susceptibles de s'intéresser à la mise en place de la prescription d'APA et ses modalités d'application.

De plus, bien que certains MK aient déclaré avoir appris l'existence du décret par un communiqué de la part de l'Ordre ou d'un syndicat de MK, la majorité des MK en a été informée par les réseaux sociaux et les médias (Figure 5). Une source d'information peu fiable peut donc avoir participé à la mésinformation des MK.

Ce constat concorde avec celui du manque d'information des médecins fait précédemment et nous conforte dans l'hypothèse d'une confusion générale à propos du décret.

Selon l'enquête réalisée auprès des MG ayant suivi une formation à la prescription d'APA, seulement 28% d'entre eux se considèrent « suffisamment informé sur les dispositifs législatifs réglementant la mise en place de la prescription de l'activité physique adaptée aux patients en ALD ». [70] Cependant, l'étude n'a pas fait l'objet d'un test de connaissances afin de vérifier leur réel niveau d'information et le comparer avec les résultats trouvés chez les MK.

1.3. Des masseurs-kinésithérapeutes peu formés à l'APA

44,2% des MK interrogés dans notre étude ne pensent pas avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA, ce qui n'est pas sans rappeler le pourcentage de 49 % de MG qui ne s'estimaient pas assez compétents pour prescrire une AP à leurs patients. [69] En effet, bien que le MK soit désigné comme intervenant habilité à la dispensation de l'APA sur prescription par le décret d'application du dispositif [3], les MK ne sont pas tenus de participer à une formation spécifique en APA pour exercer cette activité.

Or, très peu de MK ont déclaré avoir été formés à l'APA au cours de leur formation initiale. On observe cependant que les MK plus jeunes (20-29 ans) y ont plus souvent été formés (Tableau 1). En effet, bien que la formation aux APS soit présente dans le cursus des MK depuis des dizaines d'années [84], le concept d'APA est lui plus récent et les MK récemment diplômés ont plus de chances d'y avoir été confrontés au cours de leur formation. Depuis l'arrêté du 2 Septembre 2015, l'« intervention en pratique sportive et activités physiques adaptées » figure dans le référentiel de formation des MK (UE 23, objectif 3). [52] Cependant, le volume horaire étant consacré spécifiquement à l'APA est léger (12 heures à l'ILFOMER par exemple) et tous les étudiants ne sont pas confrontés à la mise en place de séances d'APA au cours de leurs stages.

Ensuite, seulement une minorité des MK interrogés ont déclaré avoir été formés à l'APA lors d'une formation complémentaire, c'est-à-dire autre que la formation initiale de MK. Nous avons observé que c'était plus souvent le cas des MK possédant une carte d'éducateur sportif. Cependant, la carte d'éducateur sportif est délivrée sur simple demande d'un MK DE à la préfecture, et ne fait pas l'objet d'une quelconque formation spécifique. Le fait de posséder cette carte ne garantit donc pas d'une formation spécifique en APA, ni même en kinésithérapie du sport.

Les MK formés en kinésithérapie du sport ont également répondu en plus grand nombre avoir été formés à l'APA lors d'une formation complémentaire et certains MK ont cité le « DU kinésithérapie du sport » lorsqu'il leur a été demandé le nom de la formation en question. Il a aussi été mentionné l' « école du dos », les « licences et masters STAPS-APAS » ainsi que des « Diplômes Universitaires (DU) en APA » sous diverses appellations.

De nombreuses formations (DU, certifications, qualifications...) au « sport-santé » et à l'APA ont en effet vu le jour depuis la mise en place du dispositif de prescription. Un DU « sport et cancer » a notamment été créé au sein de l'Université Paris XIII en partenariat avec la CAMI Sport et cancer, ouvert aux MK et aux titulaires d'une licence STAPS. Le réseau EfFORMip (« Effort et forme en Midi-Pyrénées »), forme ensemble les médecins généralistes et éducateurs sportifs voulant intégrer le réseau.

Cependant, ces formations sont très diverses, pouvant être proposées par des universités, des fédérations sportives, des réseaux « sport-santé », des associations ou encore des structures commerciales et aucune formation spécifique n'est rendue obligatoire par l'Etat.

Face à ce constat et afin de garantir la sécurité de la prise en charge des patients, le rapporteur de la « mission flash relative à la prescription d'activités physiques » propose donc la mise en place d'une labellisation des formations sport-santé. [64] Le rapport de l'IGAS et l'IGJS recommande également de « définir un socle commun de compétences minimales obligatoires sport-santé ». [62] Les rapports ne précisent cependant pas si ces projets concernent les MK, ces derniers n'étant pas tenus de participer à une formation spécifique afin de recevoir des patients avec une prescription d'APA.

1.4. Mais l'activité physique au cœur de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes

Bien que les MK ne soient pas suffisamment formés à l'APA, on observe que l'AP est néanmoins au cœur de leur pratique professionnelle.

En effet, l'AP fait largement partie des moyens utilisés par les MK dans la rééducation de leurs patients atteints de pathologies chroniques (Figure 3). La plupart des pathologies pour lesquelles les effets de l'AP ont été démontrés ont été cités par les MK, notamment les pathologies cardio-vasculaires, la BPCO et l'obésité (Figure 4). La moitié des MK ont également sélectionné la proposition « autre » afin d'allonger la liste, ce qui montre que les applications de l'AP en kinésithérapie sont nombreuses. Avec la proposition « autre », les MK ont massivement cité la lombalgie chronique et de façon plus globale les pathologies rhumatologiques et les pathologies neurologiques, comme étant des pathologies pour lesquelles l'AP était utilisée en rééducation. Or, certaines de ces pathologies ne sont pas des ALD et ne sont donc aujourd'hui pas concernées par la prescription d'APA.

Selon l'enquête menée auprès des MG, 80% d'entre eux avaient déclaré qu'ils aimeraient « pouvoir prescrire une APA aux patients qui ne sont pas en ALD ». [70] Ces faits confirment le sentiment d'un dispositif réducteur, qui mériterait d'être élargi à l'ensemble des pathologies pour lesquelles les bénéfices de l'AP sont reconnus.

Par ailleurs, mise à part un répondant ayant répondu « rarement », la totalité des MK interrogés ont déclaré conseiller de façon régulière la pratique d'une AP en dehors des

séances de masso-kinésithérapie à leurs patients atteints de pathologies chroniques (toujours ou souvent).

Cela démontre que les MK sont conscients des bénéfices de l'AP pour la santé de leurs patients et qu'en tant qu'experts du mouvement, l'AP fait partie intégrante de leur pratique professionnelle.

2. Résultats secondaires

2.1. Ressentis et avis personnel des MK sur le dispositif et leur place dans celui-ci

L'AP étant au cœur de la pratique des MK, ces derniers sont plutôt optimistes quant au dispositif de prescription d'APA. En effet, la majorité pense que celui-ci peut inciter les patients à la pratique physique à long terme (Figure 17), notamment ceux utilisant régulièrement l'AP comme moyen de rééducation avec leurs patients atteints de pathologies chroniques.

Par ailleurs, la majorité des MK interrogés pense que la construction et l'encadrement de séances d'APA font partie de leur pratique professionnelle (Figure 14) et sont prêts à suivre une formation spécifique à l'APA afin d'obtenir les compétences requises pour cela.

Dans un communiqué de presse publié après l'adoption de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé, l'Ordre des MK revendique le « rôle majeur » de la profession dans le dispositif de prescription d'APA. [72] Cela nous conforte dans l'idée que les MK considèrent avoir leur place dans ce dispositif.

Le Conseil national de l'Ordre des MK a par la suite déposé un recours en annulation contre l'instruction interministérielle du 3 Mars 2017, craignant « l'exercice illégal croissant d'enseignants en APA dans le champ de la rééducation fonctionnelle ». [72] Cette requête, rejetée par un arrêté du Conseil d'Etat le 20 Juin 2018, affiche clairement un sentiment de rivalité des MK par rapport à la profession d'EAPA.

Les résultats de notre étude montrent cependant que l'avis des MK est partagé quant à cette rivalité. En effet, la moitié d'entre eux ont répondu considérer l'EAPA comme un collègue, leurs professions étant complémentaires, seulement 21% ont répondu « un concurrent pour le MK » (Figure 16).

Les MK ayant une pratique professionnelle orientée vers l'AP (carte d'éducateur sportif, APA faisant partie de leur pratique professionnelle) ont plutôt répondu « un concurrent ». On peut donc en déduire que le sentiment de rivalité évoqué dans le communiqué de presse de l'Ordre est surtout présent chez les MK dont l'activité, orientée vers l'AP, pourrait être concurrencée par l'EAPA. [72]

Par ailleurs, les hommes ont plutôt répondu « un concurrent », tandis que les femmes ont plutôt répondu « un collègue » (Tableau 2). Cette constatation peut être expliquée par le fait que les hommes étaient plus nombreux à posséder une formation en kinésithérapie du sport et une carte d'éducateur sportif, et donc à avoir une pratique tournée vers l'AP.

La tranche d'âge des 20-29 ans ont eux répondu en plus grand nombre « un collègue ». Nous pouvons imaginer que la profession d'EAPA étant plutôt récente (2007), les MK dernièrement diplômés ont eu plus l'occasion d'être formés et de travailler avec des EAPA que les MK diplômés de longue date. Au contraire, ces derniers n'ayant pas été informés sur cette profession au cours de leur formation, peuvent les considérer comme des nouveaux concurrents pour leur propre profession. Ainsi, ce sentiment de rivalité peut également venir de la mésinformation des MK sur la profession d'EAPA.

2.2. Difficultés rencontrées et freins au dispositif

Bien que les MK paraissent plutôt favorables à la mise en place du dispositif de prescription d'APA, notre étude met en évidence des difficultés rencontrées par les MK vis-à-vis de ce dernier :

- Le non-remboursement

L'absence de conventionnement de l'acte fait partie des raisons de non-prise en charge citées par les MK et la cotation de l'acte représente la majeure difficulté des MK ayant pris en charge un ou plusieurs patients avec une prescription d'APA (Figure 8).

En effet, aujourd'hui, l'APA prescrite n'est pas considérée comme un acte de rééducation, et n'est donc pas conventionnée par la NGAP.

- Le manque de motivation du patient

La moitié des MK ayant pris en charge un ou plusieurs patients avec une prescription d'APA ont cité le manque de motivation du patient comme difficulté rencontrée (Figure 8). Cette difficulté avait déjà été pointé du doigt, notamment par les médecins. [49] [73]

- Le manque d'infrastructure et/ou de matériel adapté

Le manque d'infrastructure et/ou de matériel adapté a été cité comme raison ayant poussé certains MK à ne pas avoir pris en charge le patient présentant une prescription d'APA mais aussi comme difficulté lorsque la prise en charge a eu lieu (Figure 8). Les équipements sportifs étant pourtant de rigueur dans les cabinets de kinésithérapie, cette constatation peut certainement être expliquée par le fait que certaines activités physiques ne puissent pas être réalisées en cabinet ou puissent nécessiter un matériel particulier (natation, marche nordique ect).

- Le manque d'information

Plusieurs raisons différentes ont été données par les 7 MK n'ayant pas pris en charge le patient leur ayant été adressé avec une prescription d'APA. Un des MK pensait notamment que cette prise en charge « n'était pas légale », ce qui démontre encore une fois le manque d'information des MK à propos du dispositif, évoqué précédemment. Cette croyance vient probablement du non-remboursement de l'APA, la plupart des MK ayant une activité conventionnée.

Ces difficultés rencontrées par les MK lors de leur expérience concernant le dispositif rejoignent les différents freins du dispositif exposés dans la littérature.

Lorsque nous avons demandé aux MK de classer les freins au développement du dispositif de prescription d'APA en France selon leur ordre d'importance, les MK ont désigné le manque d'information des médecins comme frein majeur (Figure 18 et Tableau 3). Cette constatation peut venir du fait que les MK considèrent peut-être le manque d'information des médecins généralistes à propos du dispositif comme responsable du peu de prescription d'APA reçues à leur cabinet.

Nous constatons par ailleurs que la majorité des prescriptions d'APA reçues par les MK étaient des prescriptions médicales classiques (Figure 7), et non des formulaires spécifiques de prescription d'AP, mis à disposition des médecins dans l'instruction interministérielle du 3 Mars 2017. [42]

Le classement des freins au développement du dispositif suit ensuite l'ordre d'importance des difficultés les plus rencontrées par les MK : le système de remboursement, le manque de motivation des patients et le manque d'infrastructures adaptées (Figure 18 et Tableau 3), ce qui est donc cohérent avec les constatations effectuées précédemment.

Ces résultats confirment donc notre hypothèse de travail initiale qui était celle d'un manque d'information et de compréhension à propos du décret par les MK et des difficultés de mise en application pratique du dispositif de prescription d'APA.

3. Intérêt de l'étude

3.1. Représentativité de l'échantillon étudié par rapport à la population générale

La population de notre étude comporte 56,1% de femmes, contre 43,9% d'hommes, majoritairement âgés de 30 à 39 ans. D'après le rapport de l'Ordre des MK de 2017, la démographie de la population cible s'approche de la parité et tend à se féminiser, avec une tranche d'âge de 30 à 35 ans plus importante. [79]

90,6% des MK de notre population exercent en milieu libéral, ce qui est supérieur au taux de 85,8% trouvé dans la population générale des MK en France. [79] Cela peut s'expliquer par le fait que l'exercice libéral soit plus propice à être concerné par la prescription d'APA.

Les régions comprenant le plus grand nombre de MK en France en 2017 (Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie) font bien partie des 5 régions les plus représentées dans la population de notre étude. [79] Cependant, on observe une forte représentation de la région Grand-Est, seulement 5^{ème} en termes de nombre de MK en France, mais où la dynamique sport-santé est telle qu'elle peut expliquer le fort nombre de réponses reçues de la part des MK de cette région.

Ainsi, les caractéristiques de la population de notre étude tendent à s'approcher de celles observées dans la population générale des MK de France, malgré une tendance suggérant une population plutôt concernée par le sujet de l'APA sur prescription.

3.2. Intérêt pour la recherche

Cette étude trouve son intérêt pour la recherche dans son originalité. En effet, de nombreuses études ont été menées sur la prescription d'APA et notamment sur l'avis des MG à ce sujet, avant mais aussi après la mise en place du décret relatif à la prescription d'APA. [49] [69] [70] [73] Cependant, aucune étude n'a été trouvée lors de nos recherches concernant l'avis des MK, et les premiers bilans du dispositif relatent peu la place des MK dans celui-ci. [62] [64] Cette étude donne donc la parole aux MK sur le dispositif, 2 ans après sa mise en application en France, afin d'établir un premier état des lieux qui pourra évoluer par la suite grâce à de futurs travaux.

3.3. Intérêt pour la pratique clinique

L'étude de la dispensation de l'APA sur prescription par les MK en France est un sujet légitime puisqu'au cœur de l'actualité. En effet, depuis l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, la mise en place d'un dispositif de prescription d'APA soulève beaucoup d'interrogations au sein de la profession, ce qui est toujours le cas même après la publication du décret d'application en Mars 2017. Nous avons vu que le décret était parfois méconnu et complexe à appréhender, cette étude pourrait donc permettre d'informer les professionnels et répondre à certaines de leurs interrogations. De plus, les résultats de l'étude mettent en évidence des difficultés rencontrées par les MK dans l'exercice de l'APA sur prescription qu'il est nécessaire d'identifier afin d'être surmontées.

3.4. Intérêt pour la santé publique

Nous avons vu que la promotion de l'AP présentait de nombreux enjeux sanitaires et économiques. Afin de garantir le développement et favoriser l'amélioration d'initiatives telles que le dispositif de prescription d'APA, il est nécessaire d'identifier les difficultés que peut présenter la promotion de l'AP auprès de la population et les freins que présente le dispositif. Le point de vue des MK, professionnels au contact de la population concernée et acteurs de ce dispositif, est donc indispensable à recueillir afin de faire progresser ce dernier.

4. Limites

4.1. Biais de sélection

Cette étude comporte un biais de sélection du fait que notre échantillon se compose de MK plutôt intéressés par le sujet de l'APA sur prescription et donc potentiellement mieux informés et plus actifs dans ce domaine.

En effet, nous avons vu que les caractéristiques de notre échantillon étaient plutôt orientées vers un profil de MK libéral, intéressé par l'AP. En témoigne également de l'intérêt des MK

pour ce sujet le nombre conséquent de MK ayant souhaité obtenir les résultats de cette étude au terme du questionnaire (56 sur 360).

Malgré le fait qu'il ait été précisé lors de la diffusion du questionnaire que celui-ci s'adressait à tous les MK, qu'ils aient été confrontés au « sport sur ordonnance » ou non, certains MK n'y ont pas répondu car ils ne se sentaient pas concernés par le sujet (réponse par mail de certains MK).

Par ailleurs, nous avons défini un nombre de 383 réponses à atteindre, à partir du nombre total de MK recensés en 2017, afin que l'étude soit représentative. Or, seulement 360 réponses ont été reçues. La période de diffusion plutôt courte (5 semaines) a limité le nombre de réponses et nous aurions sûrement pu recueillir les 383 réponses attendues si elle avait été plus longue. Toutefois, le chiffre reste satisfaisant et l'analyse a montré des résultats significatifs.

4.2. Biais de suggestibilité

Afin de faciliter l'analyse des résultats, la majorité des questions étaient des questions fermées et les modalités de réponses de type échelle de Likert ont été utilisées pour certaines questions (« Oui, absolument – Oui, plutôt – Non, pas vraiment – Non, pas du tout »).

Les questions fermées limitent la personnalisation de la réponse et ce type d'échelle implique une formulation de question qui exprime déjà une opinion, par exemple « Pensez-vous que la prescription d'APA puisse inciter les patients à la pratique physique à long terme ? ».

Ainsi, ce type de question est susceptible d'entraîner un biais de suggestibilité consistant pour le répondant à favoriser une réponse allant dans le sens de l'opinion exprimée dans la question et donc dans le sens de l'enquêteur. Néanmoins, nous avons tenté de compenser ce biais en plaçant en haut de la liste les modalités négatives, afin d'éviter une éventuelle tendance à l'acquiescement de la part du répondant.

4.3. Biais de désirabilité sociale

Lorsqu'il répond à un questionnaire, le répondant a une tendance naturelle à se valoriser aux yeux de l'enquêteur, bien que les réponses soient anonymes. Le MK interrogé a donc pu manquer de justesse dans sa réponse ou se surévaluer lors de certaines questions subjectives telles que « Connaissez-vous l'existence du dispositif de prescription d'APA ? » ou « Pensez-vous avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA ? ».

Ce biais de désirabilité sociale a cependant été minimisé par le test de connaissances, pour lequel il a été demandé au MK de répondre uniquement à l'aide de ses connaissances personnelles, afin d'obtenir des réponses objectives et sans effet de valorisation.

4.4. Effet de halo

Par souci de cohérence, les réponses à certaines questions peuvent être influencées par la réponse à une question précédente, le répondant voulant rester en accord avec ses premières réponses, donnant lieu à un « effet de halo » ou « de contamination ».

Dans notre questionnaire, cet effet a pu se produire entre les questions « La pratique d'activité physique fait-elle partie de vos moyens de rééducation avec vos patients atteints de pathologies chroniques ? » ; « Conseillez-vous à ces patients la pratique d'activité physique en dehors des séances de masso-kinésithérapie ? » et « Pensez-vous que la construction et l'encadrement de séances d'APA fassent partie de votre pratique professionnelle ? ».

Cependant, cet effet est contrebalancé par le changement des modalités de réponses et l'espacement des questions concernées, qui ne se suivent pas.

5. Perspectives

5.1. Former et informer

Nous avons vu que le manque d'information était le principal frein à la mise en place du dispositif. Ce manque d'information concerne non seulement les médecins prescripteurs, mais aussi les MK et les patients, et fait par ailleurs partie des objectifs de la « Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 », dont les premières lignes ont été dévoilées le 25 Mars 2019. [78]

Elaborée en collaboration par le Ministère des Solidarités et de la Santé et celui des Sports, cette stratégie est inscrite dans le plan national de santé publique « Priorité Prévention » et s'articule autour de 4 axes :

- la promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique
 - le développement du recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique
 - la protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiques et des pratiquants
 - la diffusion des connaissances
-
- Les médecins

L'absence d'informations claires délivrées par le médecin au patient sur son orientation vers une AP représente un frein majeur à l'initiation de sa pratique.

Ainsi, en plus du « Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée » présent en annexe de l'instruction interministérielle [42], des aides sont peu à peu mises en place afin d'inciter les médecins à prescrire de l'APA et les aider dans leur démarche.

Un MOOC (Massive Open Online Course) gratuit « Prescrire le Sport Santé sur ordonnance » est notamment proposé aux médecins par l'IRBMS. [85]

Plus récemment, la HAS a publié en Octobre 2018 un « guide pour faciliter la prescription à tous les patients ». Ce guide propose des référentiels d'aide à la prescription de l'APA pour six pathologies : la BPCO, la maladie coronaire stable, l'obésité, le diabète de type 2, l'HTA et l'AVC. [51] La publication de nouveaux référentiels concernant des pathologies supplémentaires sont attendues pour 2019.

Un partenariat du Médicosport-Santé avec les éditions Vidal a également été établi, permettant de faciliter le travail des médecins dans l'orientation des patients vers une AP et une structure adaptée.

Le rapport de l'IGAS et l'IGJS et celui de l'INSERM s'accordent pour recommander l'introduction de modules obligatoires de formation aux APS dans la formation initiale des études de médecine. [16] [62]

Enfin, la « Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 » propose la « mise à disposition des médecins d'outils en appui à la prescription et à la décision médicale à partir des recommandations de la HAS ». [78] Ces outils ne sont cependant pas connus pour le moment.

- Les masseurs-kinésithérapeutes

De même que pour les médecins, il paraît essentiel que l'APA occupe une place plus importante dans la formation initiale des MK, pouvant être amenés à en dispenser.

Ainsi, il conviendrait d'augmenter le nombre d'heures consacrées à la formation à l'APA, avec non seulement des travaux pratiques consacrés à acquérir les compétences nécessaires à la construction et l'encadrement de séances d'APA mais aussi d'y inclure un cours magistral à propos du décret relatif au dispositif de prescription d'APA, afin d'en connaître les modalités d'application.

De plus, il conviendrait pour les MK déjà diplômés souhaitant prendre en charge des patients avec une prescription d'APA de se former à cette prise en charge. Pour cela, de nombreuses formations voient le jour et notamment, depuis peu, des formations spécifiques réservées aux MK. C'est le cas par exemple de la formation « Activité physique adaptée : la place du kinésithérapeute », proposée par la fondation EFOM, qui propose un contenu de formation à la fois sur l'aspect réglementaire du dispositif et sur l'aspect pratique de sa mise en place par les MK. [86]

- Les patients

Les patients, qui sont certainement les acteurs principaux du dispositif de prescription d'APA, sont aussi les moins informés à propos de celui-ci. Des campagnes publicitaires d'information à l'image de celle ayant pour slogan « Mangez-bougez » pourraient donc être nécessaires afin de promouvoir l'AP pour la santé mais aussi faire connaître l'existence du dispositif au grand public. Cependant, une telle campagne publicitaire pourrait poser problème compte tenu du fait que le dispositif est réservé aux patients présentant une ALD et ne concerne donc pas toute la population, contrairement à celle de « Mangez-bougez ».

Des plaquettes d'informations placées dans les cabinets médicaux et s'adressant à la population atteinte d'une ALD pourraient donc être un moyen de communication plus approprié bien que plus restreint.

Par ailleurs, la Stratégie Nationale relative au sport-santé prévoit « d'ici 2021, la création d'une plateforme en ligne recensant les offres d'APS et d'APA » afin de faciliter l'orientation et l'accompagnement des patients vers une offre adaptée. [78]

5.2. Création de structures dédiées au sport-santé

Il n'existe pas aujourd'hui de structure spécifiquement dédiée au « sport-santé », celui-ci prenant place dans des structures variées selon les initiatives et les moyens mis à leur disposition (centre hospitalier, centre de rééducation, locaux d'association...).

Néanmoins, le projet de création de 500 maisons sport-santé, une des promesses présidentielles d'Emmanuel Macron, réaffirmée par la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2022, pourrait sembler être une perspective. [78]

A la demande de la ministre des Sports Laura Flessel, une des missions du rapport conjoint de l'IGAS et l'IGJS était de préciser l'intérêt de telles structures et le cadre dans lequel elles pourraient prendre en charge les différents publics. [62] Le rapport dresse ainsi le concept d'un lieu qui prendrait appui sur des structures déjà existantes et permettrait une coordination générale des acteurs. Ces maisons auraient pour vocation d'être un lieu d'accueil et d'orientation des publics vers une AP adaptée, à partir d'un bilan médico-sportif et motivationnel. Elles seraient garantes de la qualification des intervenants, au besoin à l'aide d'une labellisation et assureraient la coordination du suivi avec le médecin traitant des patients. Le rapport précise par ailleurs qu' « il revient à l'Etat d'assurer une homogénéité des financements qu'il entend mobiliser ». [62] En revanche, il spécifie également que ces maisons « sport-santé » n'ont pas vocation à être des lieux d'accueil de l'AP, qui resterait dans les structures déjà prévues à cet effet.

Le projet de « déployer les maisons sport santé sur tout le territoire » n'est d'ailleurs pas inscrit dans l'axe de développement de l'APA de la « Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 », mais dans celui de la promotion de la santé par les APS, ce qui confirme le rôle purement informatif de ces maisons, qui n'accueilleront pas la pratique de l'APA. [78]

Le rapport de l'IGAS et l'IGJS propose donc la mise en place d'une reconnaissance nationale, voire d'une labellisation des structures accueillant la pratique du « sport-santé ». Cette labellisation aurait pour but de garantir la qualité de la prise en charge des pratiquants et offrir une meilleure lisibilité de l'offre aux médecins prescripteurs et au grand public. [62]

Cependant, les lieux de prescription, d'information et de pratique ne seraient donc pas regroupés dans une même structure. Un lieu réunissant chaque acteur du dispositif d'APA sur prescription, c'est-à-dire un ou plusieurs médecins prescripteurs, MK, EAPA et éducateurs sportifs, pourrait pourtant faciliter le parcours du patient mais aussi l'interprofessionnalité entre les différents acteurs.

5.3. Financement

Une des principales limites du dispositif de prescription d'APA repose aujourd'hui sur son absence de financement national.

Or, l'AP étant reconnue comme thérapeutique non-médicamenteuse, il paraît légitime que l'Assurance Maladie puisse prendre en charge l'AP à titre de prévention secondaire et tertiaire pour les patients porteurs d'une pathologie pour laquelle les bienfaits de l'AP ont été démontrés.

On pourrait donc imaginer une future prise en charge de l'AP par la Sécurité Sociale, complétée par une prise en charge des mutuelles, en prenant appui sur les expérimentations déjà mises en place par certaines, comme c'est le cas pour une thérapie médicamenteuse.

Ainsi, l'instauration d'une consultation spécifique à la prescription d'APA par les médecins serait nécessaire et son intégration dans les ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) a par ailleurs déjà été proposée. [64]

Du côté des MK, si l'APA sur prescription venait à être remboursée par la Sécurité Sociale, elle pourrait alors être inscrite à la NGAP, avec une cotation qui resterait à définir.

Un des objectifs de la Stratégie Nationale Sport Santé a justement pour sujet le financement de l'APA. [78] Cependant, il est préconisé d' « accompagner et soutenir le développement des prises en charge de l'activité physique adaptée en mobilisant tous les financeurs possibles » mais ne fait pas l'état d'un éventuel projet de remboursement de l'APA par la Sécurité Sociale.

Néanmoins, il est précisé que « dès 2020, l'activité physique adaptée sera inscrite dans le protocole de soin des femmes atteintes de cancer du sein ». [78] Le remboursement de l'APA pour cette catégorie d'ALD pourrait donc représenter une avancée non négligeable dans le remboursement de l'APA, qu'il faudra par la suite généraliser à l'ensemble des ALD mais aussi à terme aux autres pathologies pour lesquelles les bénéfices de l'AP sont reconnus.

5.4. Propositions d'études complémentaires

- Rapport coût-efficacité du remboursement de la prescription d'APA

Afin d'appuyer un futur projet de remboursement de la prescription d'APA par la Sécurité Sociale, il est nécessaire d'en démontrer les bénéfices, non seulement sanitaires mais aussi économiques. En effet, nous avons vu que des études évaluant le coût économique que représente l'inactivité physique dans le monde commençaient à émerger afin d'inciter les Etats à réagir et à intervenir en faveur de la promotion de l'AP. [59] Il apparaît donc nécessaire de démontrer les bénéfices d'éventuels investissements de la part des Etats pour la promotion de l'AP auprès de leurs populations et d'en évaluer le rapport coût-efficacité. Pour cela, des études évaluant les bénéfices en termes d'amélioration de la santé mais aussi en termes de réduction des dépenses de santé et des inégalités sociales et territoriales par rapport aux moyens engagés doivent être mises en place. Il serait notamment intéressant de réaliser une

telle étude pour chaque dispositif de prescription d'APA ayant été mis en place en France, afin d'en déduire le rapport coût-efficacité et ainsi définir un projet de financement efficace.

- Interprofessionnalité entre MK et EAPA

Nous avons vu que le décret était complexe à appréhender et à mettre en application, notamment au niveau de l'intervention des différents acteurs habilités à dispenser l'APA. Une mauvaise interprétation du décret peut ainsi être source de confusion et de conflit entre les différents acteurs. Afin que l'organisation de la prescription d'APA définie par le décret puisse fonctionner, il est nécessaire de définir clairement le rôle de chaque acteur dans le dispositif mais aussi d'insister sur l'interprofessionnalité entre ces derniers et non sur leur mise en concurrence. Une étude réalisée à propos de la complémentarité entre le métier de MK et celui d'EAPA dans la prise en charge du patient amputé du membre inférieur démontre que les compétences des deux professions, qui parfois se chevauchent, ne doivent pas être source de rivalité mais au contraire d'un travail en coopération. [87] Pour cela, il est nécessaire que chacun connaisse la profession et les compétences de l'autre afin de pouvoir communiquer et définir ensemble un programme optimal pour le patient. Bien que les occasions d'intervention commune des deux professions soient multiples, les études relevant de l'interprofessionnalité entre ces deux acteurs sont rares. Il serait donc intéressant d'effectuer un travail de recherche sur la complémentarité entre MK et EAPA lors de la prise en charge de patients ALD, dans le cadre d'une prescription d'APA.

Conclusion

Alors que l'inactivité physique et les maladies chroniques ne cessent de progresser, la promotion de l'AP s'impose comme un enjeu de santé publique majeur. Les bénéfices de l'AP ont été démontrés non seulement sur le plan préventif, curatif mais aussi économique. Néanmoins, le niveau d'AP général de la population reste bien loin des recommandations mondiales, insuffisant pour lutter contre la progression de la pandémie de maladies chroniques.

Alertés par cette problématique, les pouvoirs publics tentent d'inverser la tendance par des politiques de promotion de l'AP, comme c'est le cas en France avec l'instauration du dispositif de prescription d'APA. Depuis Mars 2017, les médecins traitants peuvent donc prescrire une AP adaptée à la sévérité de la pathologie, aux capacités fonctionnelles et au risque médical de leurs patients atteints d'ALD. Le décret d'application du dispositif désigne les MK comme intervenants habilités à dispenser cette APA, notamment dans le cadre de patients présentant des limitations fonctionnelles sévères, préalablement évaluées par le médecin.

Ce dispositif semble être une avancée dans la promotion de l'AP pour la santé en France, cependant, sa mise en application se heurte à certaines difficultés.

Deux ans après la mise en application du décret, nous avons souhaité interroger les MK afin de recueillir leur expérience personnelle et leurs ressentis concernant le dispositif de prescription d'APA.

Concernant l'objectif principal qui était d'établir un état des lieux de la pratique de l'APA sur prescription dispensée par les MK, notre étude met en évidence une présence moindre de ces derniers au sein du dispositif. En effet, la majorité des MK n'ont jamais reçu de patient avec une prescription d'APA et la majorité des réseaux sport-santé développés autour de cette prescription n'inclut peu ou pas de MK dans son organisation. Par ailleurs, les résultats démontrent également un manque d'information évident des MK sur le dispositif et ses modalités ainsi qu'un faible taux de formation à l'APA. On observe toutefois que les MK sont conscients des bénéfices de l'AP pour la santé de leurs patients puisqu'elle est au cœur de leur pratique.

Concernant le ressenti des MK, nous constatons que ces derniers revendiquent la place de l'APA dans leur pratique professionnelle, notamment ceux dont la pratique est déjà tournée vers l'AP. Cette partie de la population des MK représente certainement la minorité craignant la concurrence que pourrait représenter les EAPA pour leur profession, cette question faisant encore débat aujourd'hui.

L'absence de remboursement de l'APA par la Sécurité Sociale, le manque d'infrastructures adaptées et le manque de motivation des patients constituent les principales difficultés rencontrées par les MK, qui pointent également du doigt le manque d'information des médecins comme frein majeur au dispositif.

La France semble donc avoir compris les enjeux du « sport-santé » avec la mise en place du dispositif d'APA sur prescription, qui est un premier pas vers la promotion des APS pour la santé. Cependant, la dispensation de l'APA sur prescription par les MK est encore peu présente et sa mise en place se heurte à des difficultés. Il est nécessaire que l'Etat mette en place des solutions concrètes aux freins présents afin de donner les moyens à un tel dispositif d'engager un véritable changement durable.

Références bibliographiques

- [1] Ameli.fr, « Prévalence des ALD en 2017 ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>.
- [2] HAS, « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées », Paris: HAS Edition, 2011.
- [3] Legifrance, « Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée ». .
- [4] Hippocrate, *Du regime*. .
- [5] Aristote, *La politique, Livre V*. .
- [6] M. Rieu, « La santé par le sport : une longue histoire médicale », *La revue pour l'histoire du CNRS*, n° 26, p. 30-35, nov. 2010.
- [7] Hoffmann, *Du mouvement considéré comme la meilleure médecine du corps*. 1708.
- [8] Kenneth Cooper, *Run for Your Life: Aerobic Conditioning for Your Heart*. 1974.
- [9] A. Radel, « 50 ans de campagnes d'éducation pour la santé: l'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010) », Thèse de doctorat, Université Toulouse III-Paul Sabatier, 2012.
- [10]OMS, « Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé », 2010.
- [11]OMS, « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé », *New York*, p. 19-22, 1946.
- [12]OMS, *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. 2004.
- [13]IRBMS, « Le Sport Santé », 01-févr-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/le-sport-sante/>.
- [14]ANSES, « Actualisation des repères du PNNS: révision des repères de consommations alimentaires », 2016.
- [15]S. Aquatias *et al.*, « Activité physique: Contextes et effets sur la santé », Inserm, 2008.
- [16]Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), *Activité physique: prévention et traitement des maladies chroniques*. 2019.
- [17]M. G. Wilson, G. M. Ellison, et N. T. Cable, « Basic science behind the cardiovascular benefits of exercise », *Br J Sports Med*, vol. 50, n° 2, p. 93-99, janv. 2016.
- [18]J. Li et J. Siegrist, « Physical activity and risk of cardiovascular disease—a meta-analysis of prospective cohort studies », *International journal of environmental research and public health*, vol. 9, n° 2, p. 391-407, 2012.
- [19]K. B. Gunter, H. C. Almstedt, et K. F. Janz, « Physical activity in childhood may be the key to optimizing lifespan skeletal health », *Exercise and sport sciences reviews*, vol. 40, n° 1, p. 13, 2012.
- [20]M. Steffi, R. W. Bohannon, L. Sontakova, J. J. Tufano, K. Shiells, et I. Holmerova, « Relationship between sarcopenia and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis », *Clinical interventions in aging*, vol. 12, p. 835, 2017.
- [21]M. Duclos *et al.*, « Activité physique et diabète de type 2: Référentiel de la Société francophone du diabète (SFD), 2011 », *Médecine des maladies Métaboliques*, vol. 6, n° 1, p. 80-96, 2012.

- [22]G. Mammen et G. Faulkner, « Physical Activity and the Prevention of Depression: A Systematic Review of Prospective Studies », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 45, n° 5, p. 649-657, nov. 2013.
- [23]D. L. Gill *et al.*, « Physical Activity and Quality of Life », *J Prev Med Public Health*, vol. 46, n° Suppl 1, p. S28-S34, janv. 2013.
- [24]K. I. Erickson, C. H. Hillman, et A. F. Kramer, « Physical activity, brain, and cognition », *Current Opinion in Behavioral Sciences*, vol. 4, p. 27-32, août 2015.
- [25]D. Hupin *et al.*, « Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥60 years: a systematic review and meta-analysis », *Br J Sports Med*, vol. 49, n° 19, p. 1262-1267, oct. 2015.
- [26]B. K. Pedersen et B. Saltin, « Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases », *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, vol. 25, n° S3, p. 1-72, 2015.
- [27]OMS, « Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 «Atteindre les neuf cibles mondiales: une responsabilité partagée », *OMS 2014*, 2014.
- [28]E. Gimeno-Santos *et al.*, « Characterization of COPD patients with severe airflow limitation and high physical activity », in *Physiotherapists*, 2018, p. OA1982.
- [29]A. Desnoyers, E. Riesco, T. Fülöp, et M. Pavic, « Activité physique et cancer : mise au point et revue de la littérature », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 37, n° 6, p. 399-405, juin 2016.
- [30]OMS, « Activité physique », <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. .
- [31]« Le niveau d'activité physique ou sportive des Français : résultats 2016 et bilan de 5 ans d'étude », *Attitude Prévention*, 12-janv-2017. .
- [32]OMS, « Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020) ». 2013.
- [33]R. Guthold, G. A. Stevens, L. M. Riley, et F. C. Bull, « Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants », *The Lancet Global Health*, vol. 6, n° 10, p. e1077-e1086, oct. 2018.
- [34]Y. Guo, H. Shi, D. Yu, et P. Qiu, « Health benefits of traditional Chinese sports and physical activity for older adults: A systematic review of evidence », *Journal of Sport and Health Science*, vol. 5, n° 3, p. 270-280, sept. 2016.
- [35]F. Péronnet, « Kino-Québec: le programme québécois de lutte contre la sédentarité », *Science & Sports*, vol. 24, n° 2, p. 79-83, 2009.
- [36]« Cubes énergie ». [En ligne]. Disponible sur: <https://cubesenergie.com/fr/ecole-primaire-du-quebec/home/index>.
- [37]M. J. Hamlin, E. Yule, C. A. Elliot, L. Stoner, et Y. Kathiravel, « Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative », *Public Health*, vol. 140, p. 102-108, nov. 2016.
- [38]D. Koutaissoff, A. Jeannin, et F. Dubois-Arber, « Evaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre) », Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2012.
- [39]Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, « Sport santé sur ordonnance - Contexte et exemples de mise en oeuvre ». 2017.
- [40]LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016.

- [41]Xavier Bigard, « Rapport du groupe de travail : Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? », 2016.
- [42]Legifrance, « INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. » .
- [43]Legifrance, *Code de la santé publique - Article D1172-1*, vol. D1172-1. .
- [44]CNOSF, « Nouvelle version du Médicosport-santé », *FranceOlympique.com*. [En ligne]. Disponible sur: <http://espritbleu.franceolympique.com/cnosf/actus/7038-nouvelle-version-du-mdicosport-sant.html>.
- [45]Communiqué du Comité national olympique et sportif français, « Médicosport-santé, lancement d'une version numérique en partenariat avec VIDAL ». 03-déc-2018.
- [46]*Code de la sécurité sociale - Article L322-3*, vol. L322-3. .
- [47]Assurance Maladie, « Evolution des dépenses de santé : une étude sur les coûts de traitement des affections de longue durée », 2006.
- [48]*Code du sport - Article L231-2*, vol. L231-2. .
- [49]C. Gérin, P. Guillemot, M. Bayat, A. M. André, V. Daniel, et P. Rochcongar, « Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique », *Science & Sports*, vol. 30, n° 2, p. 66-73, avr. 2015.
- [50]E. M. Phillips et M. A. Kennedy, « The Exercise Prescription: A Tool to Improve Physical Activity », *PM&R*, vol. 4, n° 11, p. 818-825, nov. 2012.
- [51]HAS, « Activité physique et sportive : un guide pour faciliter la prescription à tous les patients », 2018.
- [52]Legifrance, *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Annexe IV Référentiel de formation et unités d'enseignement*. .
- [53]M. de Saint-Rapt, C. Meignan, J.-L. Reynaud, D. Burles, et P. Desbois, « La réforme des études de kinésithérapie : une opportunité de relance des défis de santé publique pour la profession », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 16, n° 180, p. 55-59, déc. 2016.
- [54]*LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 123*. 2016.
- [55]*Code du sport - Article Annexe II-1 (art. A212-1)*, vol. Annexe II-1 (art. A212-1). .
- [56]A. Lowe, M. Gee, S. McLean, C. Littlewood, C. Lindsay, et S. Everett, « Physical activity promotion in physiotherapy practice: a systematic scoping review of a decade of literature », *Br J Sports Med*, vol. 52, n° 2, p. 122-127, janv. 2018.
- [57]*Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. .
- [58]« Définition du métier de psychomotricien », *Syndicat National d'Union des Psychomotriciens*. .
- [59]D. Ding *et al.*, « The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases », *The Lancet*, vol. 388, n° 10051, p. 1311-1324, 2016.
- [60]ANDES, « Contribution de l'ANDES dans le cadre des travaux relatifs à la gouvernance du sport en France ». 2018.
- [61]DREES, « Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé ». 2018.

- [62] « Rapport IGAS - IGJS : Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé », *sports.gouv.fr*, mars-2018. .
- [63] R. Roussel, « Personnes âgées dépendantes: les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », 2017.
- [64] « Mission flash sur la prescription d'activité d'activité physiques à des fins thérapeutiques - Assemblée nationale ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/secretariat/missions-flash/mission-flash-sur-la-prescription-d-activite-d-activite-physiques-a-des-fins-therapeutiques>.
- [65] MEDEF et CNOSEF, « Étude de l'impact économique de l'Activité Physique et Sportive (APS) sur l'entreprise, le salarié et la société civile. » Goodwill Management, 2015.
- [66] Ministère des Sports, « Note d'analyse SportEco N°11 - 01/02/18 : Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques ». 2018.
- [67] F. Carré, « Sport sur ordonnance, comment faire ? », *La Presse Médicale*, vol. 46, n° 7-8, p. 745-750, juill. 2017.
- [68] N. Barth, D. Hupin, F. Roche, T. Celarier, et B. Bongue, « La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 18, n° 105, p. 155-161, juin 2018.
- [69] N. Pellegrin, « Aide à la prescription d'activité physique: enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin », *Faculté de Médecine Henri Warembourg, Université du Droit et de la Santé-Lille*, vol. 2, 2014.
- [70] Benjamin Rucar, « Sport santé sur ordonnance: analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription », Université de Lille, 2018.
- [71] Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, « Note d'information relative à l'adoption de l'amendement sur la prescription d'activité physique : Place des Professionnels en Activité Physique Adaptée (APA) dans le parcours de prescription d'activité physique pour la santé et le déploiement territorial des dispositifs « Sport-Santé ». » 2015.
- [72] Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, « Communiqué de presse : Prescription d'une Activité Physique Adaptée (APA) - Un recours essentiel aux masseurs-kinésithérapeutes dans le dispositif ». 2016.
- [73] E. Barthel, « Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique », Université de Lorraine, 2017.
- [74] N. Scoatariu-Thiébaud, « Activité Physique sur ordonnance : à propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine », other, Université de Lorraine, 2016.
- [75] Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité et Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être, « Les Rencontres de Biarritz », nov-2018.
- [76] W. Gasparini et S. Knobé, « Sport sur ordonnance: l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues », *Informations sociales*, n° 1, p. 47-53, 2015.
- [77] Observatoire national de la politique de la ville, « La pratique sportive licenciée - Rapport annuel ». 2017.
- [78] Ministère des solidarités et de la santé et Ministère des sports, « Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024 ». 25-mars-2019.

- [79] Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, « Démographie des kinésithérapeutes, Situation au 31 août 2017 », sept. 2017.
- [80] Jean-Pierre Gruet, « Sport sur ordonnance : Les kinés trop souvent oubliés », *Ka*, n° 1538, févr. 2019.
- [81] « Sport santé sur ordonnance à Strasbourg | Strasbourg.eu ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>.
- [82] ARS Grand Est, « Dossier de presse Prescri'mouv Grand Est ». 14-mars-2019.
- [83] Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, « Notice de mise en œuvre de l'activité physique adaptée par les kinésithérapeutes », oct-2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/notice-de-mise-en-oeuvre-de-lactivite-physique-adaptee/>.
- [84] Legifrance, *Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute*. .
- [85] IRBMS, « Présentation du Mooc « Prescrire le Sport Santé sur ordonnance » ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.mooc-sportsante.com/course/prescrire-le-sport-sante-sur-ordonnance/>.
- [86] EFOM, « Activité physique adaptée : la place du kinésithérapeute ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.efom.fr/formation-continue/formations-kine/activite-physique-adaptee-place-du-kinesitherapeute>.
- [87] Ryckelynck A. et Letombe A., « Principes d'une rééducation conjointe entre le kinésithérapeute et le professeur d'activités physiques adaptées dans la prise en charge de la personne amputée de membre inférieur », 2010.

Annexes

Annexe I. Formulaire spécifique de prescription d'activité physique adaptée.....	79
Annexe II. Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une Affection de Longue Durée	80
Annexe III. Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants	81
Annexe IV. Questionnaire.....	82
Annexe V. Résultats	91
Annexe V.I. Répartition de l'utilisation de l'AP comme moyen de rééducation par les MK selon leur fréquence de conseil d'AP en dehors des séances de masso-kinésithérapie	91
Annexe V.II. Répartition des réponses à la question 27 selon le souhait des MK de suivre ou non une formation spécifique à l'APA.....	91

Annexe I. Formulaire spécifique de prescription d'activité physique adaptée

Tampon du Médecin	
-------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

Annexe II. Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une Affection de Longue Durée

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire neuro	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction articulaire ostéo	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec $\text{sexe}=0$ pour les femmes, $\text{sexe}=1$ pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.

Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lent, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

Annexe III. Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés

Sport-santé : état des lieux de la pratique de l'activité physique sur prescription, dispensée par les masseurs-kinésithérapeutes en France



Etant actuellement étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie, je sollicite aujourd'hui votre aide dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études.

Mon projet porte sur l'étude de **la prescription d'activité physique en France et notamment sa dispensation par les masseur-kinésithérapeutes.**

Ce questionnaire s'adresse donc à tous les masseur-kinésithérapeutes diplômés exerçant en France, que vous ayez été confrontés à cette problématique ou non.

Ce questionnaire est anonyme, il a pour but d'aider à mieux comprendre votre expérience et votre avis personnel et en aucun cas d'y porter un jugement de valeur.

Cela vous prendra **moins de 10 minutes** pour y répondre et vous pourrez, si vous le souhaitez, avoir un retour sur les résultats futurs de cette étude.

Nous rappelons que l'**APA (Activité Physique Adaptée)** correspond à une activité physique prenant en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

Parce que cette étude n'est pas réalisable sans vous, je vous remercie par avance pour l'intérêt porté à ce projet !

Pauline Roque, étudiante à l'ILFOMER de Limoges
Contact : pauline.roque@etu.unilim.fr

Informations générales

Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

Quel âge avez-vous ?

- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

Dans quel type de structure exercez-vous ?

- Cabinet libéral
- Centre hospitalier
- Centre de rééducation
- Autre

Dans quelle région exercez-vous ?

Avez-vous une formation en kinésithérapie du sport ?

- Oui
- Non

Possédez-vous une carte d'éducateur sportif ?

- Oui
- Non

Données relatives à votre pratique professionnelle

Avez-vous été formé à la construction et l'encadrement de séances d'APA lors de votre formation initiale ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

Avez-vous été formé à la construction et l'encadrement de séances d'APA lors d'une formation complémentaire ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

La pratique d'activité physique fait-elle partie de vos moyens de rééducation avec vos patients atteints de pathologies chroniques ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Quelles sont les pathologies concernées ?

- Hypertension artérielle
- Obésité
- Diabète de type 2
- Pathologies cardio-vasculaires
- Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
- Cancers
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Conseillez-vous à ces patients la pratique d'activité physique en dehors des séances de masso-kinésithérapie ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Données relatives à votre expérience concernant l'activité physique sur prescription

Connaissez-vous l'existence du dispositif de prescription d'APA mis en place par la loi de 2016 ?

- Oui
- Non

Comment l'avez-vous appris ?

- Médias (TV, journal, radio)
- Réseaux sociaux
- Bouche à oreille
- Articles scientifiques
- Autre

Vous a-t-on déjà adressé un patient avec une prescription d'activité physique ?

- Non, jamais
- Oui, entre 1 et 5 fois
- Oui, entre 6 et 10 fois
- Oui, plus de 10 fois

Quel type de prescription était-ce ?

- Une prescription médicale classique
- Un formulaire spécifique de prescription d'activité physique
- J'ai déjà rencontré les deux

Avez-vous pris en charge ce(s) patient(s) ?

- Oui
- Non

Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces patients ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

- Cotation de l'acte
- Manque d'infrastructure et/ou de matériel adapté
- Manque de motivation du patient
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Pourquoi ?

- Manque de temps
- Manque de d'infrastructure et/ou de matériel adapté
- Manque de formation
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Connaissez-vous l'existence d'un réseau « sport-santé » dans votre région ?

- Oui
- Non

Si oui, lequel ?

Connaissances sur le décret relatif à la prescription d'activité physique

Pour que les résultats de l'étude soient les plus représentatifs possibles, merci de répondre uniquement à l'aide de vos connaissances personnelles

Qui peut prescrire des séances d'APA ?

- Le médecin traitant du patient uniquement
- N'importe quel médecin
- Les médecins du sport uniquement
- Les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes

Quels patients peuvent bénéficier d'une telle prescription ? (ALD = Affection de Longue Durée)

- Les patients ALD uniquement
- Les patients atteints de maladies chroniques uniquement
- Les patients ALD et les patients atteints de maladies chroniques
- N'importe quels patients

Qui peut dispenser une activité physique sur prescription médicale à ces patients ?

- Les masseurs-kinésithérapeutes et les professeurs APA
- N'importe quel professionnel de santé ou du sport
- Les professionnels de santé uniquement
- Cela dépend du bilan fonctionnel du patient

La prescription et la dispensation d'activité physique sont-elles remboursées par la Sécurité Sociale ?

- Oui, intégralement
- Oui, mais partiellement
- Oui, mais seulement pour certains patients
- Non, pas du tout

Avis personnel

Pensez-vous que la construction et l'encadrement de séances d'APA fassent partie de votre pratique professionnelle ?

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, plutôt
- Oui, absolument

Pensez-vous avoir la formation requise pour construire et encadrer des séances d'APA ?

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, plutôt
- Oui, absolument

Souhaiteriez-vous suivre une formation spécifique à l'activité physique adaptée ?

- Oui
- Non

Dans le cadre de votre pratique professionnelle, vous considérez l'enseignant APA comme :

- Un concurrent pour le masseur-kinésithérapeute
- Un collègue, nos professions sont complémentaires
- Ni l'un ni l'autre

Pensez-vous que la prescription d'APA puisse inciter les patients à la pratique physique à long terme ?

- Non, pas du tout
- Non, pas vraiment
- Oui, plutôt
- Oui, absolument

**Quels sont, selon vous, les freins au développement de ce dispositif en France ?
Classez les propositions choisies selon leur ordre d'importance.**

- Le manque de professionnels qualifiés
- Le manque d'information des médecins
- Le manque de motivation des patients
- Le système de remboursement
- Le manque d'infrastructures adaptées
- Autre

Glissez-déposez vos réponses ici, et ordonnez les.

Plusieurs réponses possibles

Contact

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : pauline.roque@etu.unilim.fr.

Annexe V. Résultats

Annexe V.I. Répartition de l'utilisation de l'AP comme moyen de rééducation par les MK selon leur fréquence de conseil d'AP en dehors des séances de masso-kinésithérapie

Conseil d'AP →	Toujours		Souvent		Rarement		Jamais		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
AP en rééducation ↓										
Toujours	78	79,6%	20	20,4%	0	0%	0	0%	98	100%
Souvent	94	51,4%	88	48,1%	1	0,5%	0	0%	183	100%
Rarement	23	40,4%	34	59,6%	0	0%	0	0%	57	100%
Jamais	9	40,9%	13	59,1%	0	0%	0	0%	22	100%
Total	204	56,7%	155	43,1%	1	0,3%	0	0%	360	

Annexe V.II. Répartition des réponses à la question 27 selon le souhait des MK de suivre ou non une formation spécifique à l'APA

	Oui		Non		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.
Non, pas du tout	4	28,6%	10	71,4%	14	100%
Non, pas vraiment	15	40,5%	22	59,5%	37	100%
Oui, plutôt	67	80,7%	16	19,3%	83	100%
Oui, absolument	22	88%	3	12%	25	100%
Total	108	67,9%	51	32,1%	159	

État des lieux de la pratique de l'activité physique sur prescription, dispensée par les masseurs-kinésithérapeutes en France

Introduction : Alors que le nombre de maladies chroniques ne cesse d'augmenter, la pratique d'activité physique (AP) s'impose comme un enjeu de santé publique majeur. Dans ce contexte, la France a mis en place en 2017 un dispositif de prescription d'Activité Physique Adaptée (APA), que les masseurs-kinésithérapeutes (MK) sont habilités à dispenser.

Objectifs : Etablir un état des lieux de la pratique de l'AP sur prescription, dispensée par les MK en France et secondairement, analyser les ressentis et les difficultés rencontrées par ces derniers face à ce dispositif.

Méthode : Un questionnaire adressé aux MK exerçant en France.

Résultats : 360 réponses ont été obtenues au questionnaire. Les résultats ont démontré que les MK étaient majoritairement au courant du dispositif de prescription d'APA mais pas suffisamment informés sur ce dernier. On observe que peu d'entre eux ont déjà reçu un patient avec une telle prescription (17%) et qu'ils ne sont que très rarement en relation avec les réseaux sport-santé. De plus, 44% d'entre eux ne pensent pas avoir la formation requise pour concevoir et conduire des séances d'APA, n'y étant pas ou peu formés au cours de leur cursus initial et de leur parcours professionnel. Les principales difficultés rencontrées par les MK sont l'absence de remboursement de la prescription, le manque de motivation des patients, le manque d'infrastructures adaptées et le manque d'information des médecins, qui est pointé du doigt comme frein majeur au dispositif.

Conclusion : La dispensation de l'APA sur prescription par les MK est encore peu répandue en France et se heurte à des difficultés, de même que la mise en application générale du dispositif.

Mots-clés : Activité physique adaptée, prescription, masseurs-kinésithérapeutes, sport santé, France

State of play of physical activity on prescription, provided by physiotherapists in France

Introduction : While the number of chronic diseases is increasing, physical activity (PA) practice is becoming a major public health issue. In this context, France has implemented in 2017 a prescription device of Adapted Physical Activity (APA), which physiotherapists are entitled to provide.

Objectives : To establish a state of play of PA on prescription, provided by physiotherapists in France and secondarily, analyse the feelings and difficulties they encountered dealing with this device.

Method : A questionnaire addressed to physiotherapists working in France.

Results : 360 questionnaire replies have been received. Results demonstrated that physiotherapists were mostly aware of the APA prescription device but were not sufficiently informed about it. We note that only a few of them have already received a patient with this kind of prescription (17%) and they are rarely related to "sport-health" networks. In addition, 44% of them do not think they have the required training to construct and lead APA sessions, regarding the lack of training they have about this subject during their initial studies and their professional experience. The main difficulties encountered by physiotherapists are the non-reimbursement of the prescription, the lack of motivation from patients, the lack of adequate infrastructures and the lack of information among general practitioners, which is pointed out as the main obstacle to the implementation of the device.

Conclusion : The dispensing of APA on prescription by physiotherapists is still not widespread in France and face difficulties, likewise the whole implementation of the device.

Keywords : Adapted physical activity, prescription, physiotherapists, sport health, France

