



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX EN 2019

DYNAMIQUES INNOVANTES ET
ESSOR DU SPORT SUR ORDONNANCE

Marc Charles, Benjamin Larras, Jacques Bigot, Corinne Praznoczy

En partenariat avec :

Strasbourg.eu



Villes-Santé OMS
Réseau Français



Crédit photo : Martine Duclos

« Sport sur ordonnance » ou « prescription d'activité physique adaptée » ?

Même si le terme « sport sur ordonnance » n'est pas celui qui aurait été le plus adapté à la prescription de l'activité physique, c'est celui qui a été choisi et qui continue à se propager sur l'hexagone et bien au-delà (territoires d'outre-mer et pays d'outre-mer) avec des effets bénéfiques pour la population. Il a pour but de modifier les comportements sur le long terme pour améliorer la santé (augmenter l'activité physique totale, diminuer le temps passé à des comportements sédentaires).

Dans notre culture, le mot « sport » peut parfois faire peur. Surtout quand on est en surpoids, hypertendu, passant la journée assis au travail, 1 ou 2h par jour supplémentaires assis dans les transports en commun ou en voiture et le reste de la journée derrière les écrans en rentrant à la maison. Pour le plus grand nombre, le sport sous-entend compétition, mais aussi transpiration, courbatures, et forte intensité pour que cela soit efficace. Cette vision est erronée mais il est difficile de se défaire des fausses idées. En effet, le sport a aussi une forte dimension loisirs et plaisir et le milieu sportif développe de nombreuses activités dans la direction sport santé (création du Médicosport-Santé), adaptées à toutes les populations quels que soit l'âge et le niveau de santé, sans aucun objectif de compétition.

De plus l'activité physique ne se réduit pas au sport. C'est d'abord se bouger dans sa vie quotidienne, lors de ses déplacements (vélo, marche à pied), et, bien sûr, dans ses loisirs. Et c'est là que le sport intervient.

Le médecin a pour rôles d'expliquer au patient ce qu'est l'activité physique et sportive et ses effets bénéfiques, de le rassurer sur ses capacités à pratiquer, de rechercher d'éventuelles limitations d'exercice avant d'adresser les patients à des professionnels formés.

Ce rapport de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps) et du Pôle Ressources National (PRN) Sport Santé Bien-Être fait le point sur les dispositifs de prescription d'activité physique mis en place, leurs modes de fonctionnement et de financement. Aucun dispositif n'est à ce jour financé de façon pérenne alors que la santé est un droit immatériel et que l'activité physique et sportive est probablement actuellement l'un des meilleurs moyens de maintenir la santé tout au long de la vie et surtout de prévenir la plupart des maladies chroniques qui menacent notre santé, tout en augmentant la qualité de vie et la cohésion sociale.

Ce rapport montre la diversité des dispositifs mis en place, la collaboration des différents intervenants (médicaux, paramédicaux, professionnels de l'activité physique et sportive formés, politiques, institutionnels) pour trouver des solutions pour tous. Il sera régulièrement mis à jour, avec, espérons-le, de plus en plus de dispositifs de sport sur ordonnance émergeant dans les différents territoires pour faire modifier les politiques publiques et améliorer la prise en charge par l'activité physique et le sport sur ordonnance.

Professeur Martine Duclos

Présidente du comité scientifique de l'Onaps

Chef du service de Médecine du Sport et des Explorations Fonctionnelles au CHU de Clermont-Ferrand

Endocrinologue, physiologiste et médecin du sport, professeur des universités

AVANT-PROPOS

Le mois d'octobre est devenu le mois du sport santé en France.

Strasbourg, ville pionnière, a lancé son dispositif innovant à l'automne 2012, et organisé les premières Assises du sport santé sur ordonnance en octobre 2015.

Le premier document réalisé par l'Onaps et le PRN Sport Santé Bien-Être avait permis de contextualiser le sport santé sur ordonnance et de donner des exemples (8) de mises en œuvre. Il avait été remis à l'ensemble des participants lors des deuxièmes Assises en octobre 2017 à Strasbourg.

Cette nouvelle parution qui vous est proposée présente près de 100 dispositifs (réseaux municipaux, réseaux de santé, associations...) ! Il témoigne ainsi de la dynamique très forte des territoires qui innovent au service de la santé de nos concitoyens.

Mais cette puissance d'innovation locale doit maintenant être soutenue par une politique nationale du sport santé ambitieuse, organisée et financée.

Cet enjeu est bien celui des troisièmes Assises organisées à Strasbourg le 14 octobre 2019, dont la thématique générale est « la stratégie nationale du sport santé : une chance pour les territoires ».

Historiquement organisée grâce au concours du réseau national sport santé des Villes-Santé de l'OMS, cette rencontre sera aussi l'occasion d'annoncer la création d'une fédération des réseaux sport santé. Et pour cette nouvelle édition, nous sommes également très heureux d'être rejoints par l'Association Nationale des Élus en charge du Sport (Andes).

Réseaux municipaux, réseaux de santé, adjoints au sport, adjoints à la santé, professionnels de la santé et du sport, usagers bénéficiaires du sport santé, sont présents aux Assises mais également dans cette publication.

Ce document riche, documenté, structuré, illustré, sera un document de référence au moins jusqu'en octobre 2021 pour les quatrièmes Assises du sport santé sur ordonnance à Strasbourg !

Par l'Adjoint au Maire chargé de la Santé

Ville de Strasbourg

The logo consists of the text "Strasbourg.eu" in a white, sans-serif font, centered within a solid green rectangular background.

PRÉAMBULE

En tout premier lieu, préciser la terminologie choisie par les auteurs et relecteurs de ce rapport nous a paru opportun. Au regard de la littérature internationale et des textes législatifs, l'expression « activité physique sur prescription » fait consensus comparée à « sport sur ordonnance » ou « sport santé sur ordonnance ». Le choix est difficile tant cette formule « sport sur ordonnance » est passée dans le langage courant et comprise de tous.

Il faut cependant noter que le « sport » est une forme d'activité physique particulière où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs (cf. Définitions). Or, il existe bien d'autres formes d'activités physiques dont l'objectif majeur est le bien-être. Ainsi employé, le terme sport est réducteur et peut également impressionner les plus fragiles, voire les rebuter.

Par ailleurs, tout l'enjeu d'une prescription d'activité physique adaptée est d'amener le patient à adopter un comportement actif par la pratique quotidienne d'activités physiques choisies, mais aussi à diminuer ses attitudes sédentaires. Cette prescription fait donc appel aux principes de l'éducation thérapeutique (accompagnement, motivation...) dans lesquels l'« ordonnance » d'un point de vue étymologique (idée d'obligation) n'a pas de place.

Le groupe de travail « sport santé sur ordonnance » du réseau national sport santé des Villes-Santé de l'OMS constitué aux Assises de Strasbourg en 2015 a impulsé le développement de cette thérapeutique non médicamenteuse en médecine ambulatoire. Aujourd'hui encore, le réseau des villes « sport santé sur ordonnance » coordonné par la ville de Strasbourg ne cesse de se développer et offre l'accès à ce dispositif à un nombre croissant de concitoyens comme en attestent les résultats de ce rapport.

L'Onaps et le PRN Sport Santé Bien-Être se trouvent ainsi honorés de présenter les résultats de cette étude à l'occasion des 3^{èmes} Assises du Sport Santé sur Ordonnance de Strasbourg.

CITATION RECOMMANDÉE

Charles M, Larras B, Bigot J, Praznoczy C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être ; octobre 2019. 84 p.

TABLE DES MATIÈRES

Éditorial	1
Avant-propos	2
Préambule	3
Citation recommandée	3
Table des matières	4
Figures et encadrés	6
Définitions	7
Introduction	9
Rappels sur les affections de longue durée (ALD) et leur répartition spatiale	9
L'activité physique et la politique de santé publique	10
L'activité physique : une thérapeutique non médicamenteuse	10
La prescription d'activité physique: de quoi parle-t-on ?.....	12
Les dispositifs d'activité physique sur prescription	12
Contexte et objectif de l'étude	16
Objectif	16
Méthodologie	16
Les porteurs de dispositifs	17
Les données disponibles	17
Les différentes échelles.....	17
L'articulation entre les différentes échelles	27
Les acteurs du sport	29
Une offre diversifiée	29
L'enseignant en activité physique adaptée : un professionnel de formation universitaire à l'APA	31
Les regroupements de professionnels en APA et groupements d'employeurs	32
Les dispositifs en chiffres	33
Les acteurs de la santé	36
La formation des médecins	36
L'engagement des structures et professionnels de santé	37
Les dispositifs en chiffres	38
Bénéficiaires, parcours de soin et évaluation	41
Le profil des bénéficiaires	41
Des bénéficiaires en ALD mais pas seulement.....	41
Les parcours de soin.....	42
L'évaluation des dispositifs	43

Les modèles économiques	44
Partenaires institutionnels et privés	44
Budget, coût de la prise en charge et coût par bénéficiaire	45
Partenaires financiers	47
Pérennité des modèles.....	48
Discussion / conclusion.....	50
Les limites de l'étude : un recensement non exhaustif.....	51
Des dispositifs variés.....	51
Des financements non pérennes	52
Des difficultés de mise en œuvre	53
Des solutions innovantes	54
Postface	55
Annexe 1 – L'expérience de la CAMI Sport & Cancer (Oliver Laplanche, responsable des Relations Institutionnelles).....	60
Annexe 2 – Cartographies des dispositifs recensés dans l'enquête selon leur échelle, par région ...	62
Auvergne-Rhône-Alpes	62
Bourgogne-Franche-Comté	63
Bretagne	64
Centre-Val de Loire	65
Grand Est	66
Hauts-de-France.....	67
Ile-de-France.....	68
Normandie.....	69
Nouvelle-Aquitaine	70
Occitanie.....	71
Pays-de-la-Loire	72
Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	73
Départements et régions d'outre-mer	74
Annexe 3 – Liste des dispositifs ayant répondu à l'enquête et contacts, par région.....	75
Sigles et abréviations.....	78
Remerciements	80

FIGURES ET ENCADRÉS

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Prévalence des ALD* par département en 2017.....	10
Figure 2 – Parcours patient en fonction de ses limitations fonctionnelles	14
Figure 3 – Année de mise en place des dispositifs d’activité physique sur prescription recensés au 31/03/2019	17
Figure 4 – Répartition des dispositifs d’activité physique sur prescription selon leur échelle (en %)	18
Figure 5 – Distribution des dispositifs d’échelle communale ou intercommunale selon la taille de la population habitant dans leur périmètre (en nombre de dispositifs).....	18
Figure 6 – Répartition des dispositifs communaux et intercommunaux d’activité physique sur prescription par type de porteur (en %, sur les 53 dispositifs recensés).....	19
Figure 7 – Répartition des dispositifs départementaux et infra-départementaux d’activité physique sur prescription par type de porteur (en %, sur les 34 dispositifs départementaux recensés)	24
Figure 8 – Cartographie des dispositifs recensés dans l’enquête selon leur échelle	28
Figure 9 – Fréquence des professionnels du sport impliqués dans les dispositifs d’activité physique sur prescription (en %) et nombre médian, selon l’échelle des dispositifs	34
Figure 10 – Fréquence des structures de santé impliquées dans les dispositifs d’activité physique sur prescription (en %), selon l’échelle des dispositifs	39
Figure 11 – Fréquence des professionnels de la santé impliqués dans les dispositifs d’activité physique sur prescription (en %) et nombre médian selon l’échelle des dispositifs	40
Figure 12 – Profil des bénéficiaires, selon l’échelle des dispositifs (en %).....	42
Figure 13 – Partenaires institutionnels et privés des dispositifs communaux/intercommunaux et départementaux/infra-départementaux (en nombre de dispositifs concernés).....	44
Figure 14 – Distribution du budget annuel (en euros), selon l’échelle des dispositifs	45
Figure 15 – Distribution du coût de prise en charge par patient (en euros), selon l’échelle des dispositifs	46
Figure 16 – Coût à la charge du bénéficiaire (en euros), selon l’échelle des dispositifs	47
Figure 17 – Fréquence des partenaires financiers dans les dispositifs d’activité physique sur prescription (a) et financement médian par dispositif (b).....	48

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 – La prescription médicale d’activité physique : quelques repères essentiels du guide de la HAS (Onaps, d’après le guide de la HAS)	15
Encadré 2 – Une dynamique nationale des villes engagées dans le sport santé (par l’Adjoint au Maire chargé de la Santé à la ville de Strasbourg, coordonnateur du Réseau Français des Villes-Santé de l’OMS)	20
Encadré 3 – L’Andes et le sport santé (par le Chargé communication et partenariats et le Directeur général) ..	21
Encadré 4 – L’expérience de l’association ASALEE : de la prévention informative à la prévention participative (Christelle Repond et Françoise Chague, infirmières libérales ; Bernard Laguerre, médecin généraliste).....	22
Encadré 5 – Éducation thérapeutique à l’activité physique : prise en charge supervisée par l’activité physique au service de médecine du sport du CHU de Clermont-Ferrand (Pr Martine Duclos et Pr Frédéric Costes).....	25
Encadré 6 – L’encadrement des activités physiques adaptées (Jacques Bigot, Responsable du Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être)	29
Encadré 7 – L’enseignant en Activité Physique Adaptée, qui est ce professionnel et que fait-il sur le terrain ? (Mathieu Vergnault, Christophe Latrille, Damien Maudet, Sébastien Lefranc, Joffrey Humbert, SFP-APA)	31
Encadré 8 – Les formations d’effORMip (Marie-Liesse Douvigne, Directrice d’effORMip).....	36
Encadré 9 – Présentation du Réseau MÉNAPT (Dr Bruno Burel, Médecin du sport à Rouen, URML Normandie)	38
Encadré 10 – L’expérience du dispositif de Chablais sport santé sur ordonnance (Dr André Prunier)	49
Encadré 11 – L’évaluation du dispositif PRESCRIMOUV’ – Bouger sur ordonnance (Onaps, d’après le rapport d’évaluation de l’ORS Nouvelle-Aquitaine, Stéphane Robin et Dr Jean-Pierre Ferley).....	50

DÉFINITIONS

Activité Physique

L'activité physique (AP) se définit comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos. Elle inclut tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs.

Source : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), 2016

Activité physique adaptée

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.

La dispensation d'une activité physique adaptée (APA) a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liés à l'affection chronique ou transitoire dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent des activités physiques et sportives (APS) et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences respectives.

Source : 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

Atelier passerelle

Il s'agit d'un cycle d'activité physique adaptée à destination de patients qui ont besoin d'une activité sport santé mais dont les ressources physiques, psychiques ou motivationnelles sont insuffisantes. L'atelier passerelle est ainsi une étape intermédiaire dans le parcours de la personne pour lui permettre de devenir physiquement active. Il a vocation à permettre aux bénéficiaires de pratiquer ensuite au sein d'une structure proposant une activité physique de «sport santé», de «sport santé bien-être», de «sport loisir», voire de pratiquer une activité physique en autonomie.

Il consiste à remettre le patient en activité ainsi qu'à mobiliser ses ressources culturelles, sociales, physiques, psychologiques pour développer son autonomie et sa motivation avant d'être orienté vers des activités sport santé. Les activités physiques adaptées de l'atelier passerelle sont nécessairement accompagnées d'une éducation thérapeutique du patient et d'un soutien motivationnel tout au long du cycle.

Les patients doivent être encadrés par des professionnels ayant les compétences requises en fonction du niveau de leur limitation fonctionnelle tel que précisé dans l'instruction du 3 mars 2017. Les compétences d'enseignement développées dans la licence en Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), parcours Activité Physique Adaptée et Santé (APA-S), constituent une véritable plus-value dans cette phase éducative.

Source : Onaps, DRDJSCS/ARS Auvergne-Rhône-Alpes et contribution collective des relecteurs

Inactivité physique

Niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine ou de 25 à 30 minutes d'AP intensité élevée au moins 3 jours par semaine pour les adultes.

Source : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016

Pathologie chronique

Les pathologies chroniques sont caractérisées par :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;

- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Source : Haut Conseil de la santé publique (HCSP), La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, novembre 2009

Santé

État de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Source : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adopté par la Conférence internationale sur la Santé en 1946

Sédentarité ou comportement sédentaire

Situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée : déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone...).

Ce terme est à distinguer de l'inactivité physique.

Source : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016

Sport ou activité sportive

Forme particulière d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs bien définis. La pratique sportive comprend : le sport de haut niveau (en compétition) en club, la pratique de masse avec parfois une composante « sport santé », le sport scolaire, et les pratiques sportives de loisir ou en compétition, pratiquées en individuel ou en groupe non affiliées à une association.

Source : Haute Autorité de Santé (HAS), Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, 2018

Sport santé

Sport dont les conditions de pratique sont aptes à maintenir ou améliorer l'état de santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Le sport santé fait appel à des professionnels de l'activité physique adaptée ou à des éducateurs sportifs formés, selon les niveaux de vulnérabilités des publics déterminant ou non des besoins spécifiques.

Source : Haute Autorité de Santé, Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, 2018

Les créneaux sport santé sont des activités de sport santé pratiquées en groupe et organisées par les Fédérations, associations, clubs sportifs ou municipalités autour d'encadrants spécifiquement formés.

INTRODUCTION

RAPPELS SUR LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) ET LEUR RÉPARTITION SPATIALE

Une ALD est une affection de longue durée qui, si elle nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois, implique des dispositions médico-administratives particulières. Ces dispositions concernent le patient, son médecin traitant et la caisse d'Assurance Maladie, notamment les médecins-conseils. On distingue deux types d'ALD : l'ALD exonérante pour laquelle le malade voit tous les soins qui se rapportent à cette affection pris en charge à 100%¹, et l'ALD non-exonérante, pouvant être attribuée à des patients qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à 6 mois.

Une personne peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur si elle est atteinte :

- d'une affection inscrite sur une liste dans le Code de la Sécurité Sociale (liste ALD 30²) ;
- ou d'une affection « hors liste » (ALD 31), c'est-à-dire d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- ou de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32), nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

En 2017, 10,7 millions de personnes bénéficient du dispositif des ALD, soit 17,3% de la population du régime général de l'Assurance Maladie³.

Par ailleurs, 1,7 million de nouvelles exonérations ont été enregistrées sur l'année 2015, correspondant à un taux d'incidence⁴ de 2 715 pour 100 000 personnes couvertes par le régime général.

Selon les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), la croissance des effectifs des bénéficiaires du dispositif des ALD est régulière : elle est en moyenne de +2,7% par an entre 2010 et 2017. Entre 2016 et 2017, elle est de +3,2%.

En 2017, les affections les plus représentées parmi les personnes qui bénéficient du dispositif des ALD sur liste pour le régime général sont le diabète⁵ (2,7 millions, 26,0%), les tumeurs malignes⁶ (2,1 millions, 20,7%) et les affections psychiatriques⁷ (1,4 million, 13,5%). Par ailleurs, l'ensemble des maladies cardio-neurovasculaires⁸ concernent 36,9% (soit 3,8 millions) des bénéficiaires du dispositif des ALD sur liste.

Pour la France entière, le taux de prévalence⁹ pour l'ensemble des ALD s'élève à 17 351 pour 100 000 personnes protégées du régime général, avec des disparités départementales (Figure 1).

¹ Code de la sécurité sociale : articles L 322-3, 3° et 4° et D 322-1

² Au nombre de 29 depuis que l'hypertension artérielle (ALD₁₂) a été retirée de la liste (décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 (JO du 26 juin 2011)). Cependant, les patients admis en ALD pour hypertension artérielle avant la date de parution du décret sont toujours comptabilisés en ALD₁₂.

³ Ce régime concerne près de 90% de la population française.

⁴ Nombre d'individus ayant contracté une maladie pour 100 000 personnes exposées au risque de cette maladie, sur une année.

⁵ ALD₈

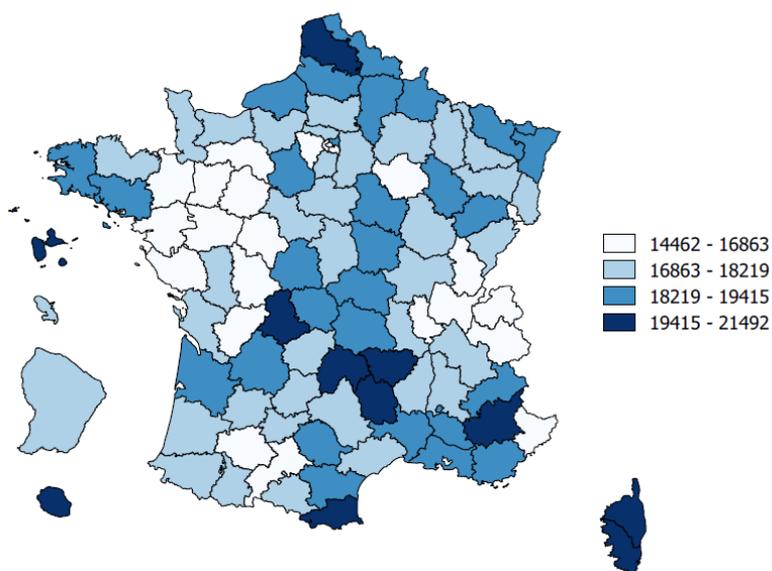
⁶ ALD₃₀ : « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique »

⁷ ALD₂₃

⁸ ALD₁, ALD₃, ALD₅, ALD₁₂ et ALD₁₃

⁹ Nombre de personnes souffrant d'une maladie à un moment donné, par population exposée au risque de cette maladie. Il est exprimé pour 1 000 personnes, et englobe aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

**Figure 1 - Prévalence des ALD* par département en 2017
(pour 100 000 personnes du régime général)**



**Après standardisation sur l'âge et le sexe de la population du régime général*

Source : CNAM-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Face aux augmentations considérables de l'incidence des maladies chroniques (due principalement à un mode de vie sédentaire, au vieillissement de la population et aux dépistages précoces) et des coûts de prise en charge des années de vie en incapacité et de la mortalité prématurée évitable liée à ces pathologies (OMS, 2014), les autorités de santé développent des politiques visant à promouvoir l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. La France a commencé au début des années 2000 avec le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Il a fait de la lutte contre le surpoids et l'obésité une cause nationale. En 2008, un Plan National de prévention par les Activités Physiques et Sportives (PNAPS) a été préparé et rédigé conjointement par les ministères de la Santé et de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Il n'a cependant pas été mis en œuvre. L'activité physique est devenue un axe à part entière du PNNS entre 2011 et 2015 et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) actualisera en 2016 les repères du PNNS relatifs à l'activité physique et la sédentarité.

Parallèlement, sur instruction interministérielle, le Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSBE) mis en place en 2012 encourage et appuie les initiatives proposant des activités physiques aux personnes les plus fragiles dans le but d'améliorer leur santé (personnes avançant en âge, porteurs de maladie(s) chronique(s), personnes en situation de handicap ou de précarité). Grâce à une forte mobilisation des acteurs du sport et des activités physiques dans le cadre d'un co-pilotage par les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), les Plans Régionaux Sport Santé Bien-Être (PRSSBE) ont permis un foisonnement d'actions menées principalement par des acteurs associatifs.

Enfin, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 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 ».

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : UNE THÉRAPEUTIQUE NON MÉDICAMENTEUSE

Dans un rapport publié en 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS), compte-tenu des données de la littérature, reconnaît un programme d'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse. Sur la base d'une médecine fondée sur les preuves, Pedersen et Saltin (2015) détaillent 26 maladies chroniques pour lesquelles un programme d'activité physique devrait être prescrit : maladies psychiatriques (dépression, anxiété, stress chronique, schizophrénie) ; maladies neurodégénératives (démences dont Alzheimer, maladie

de Parkinson) ; maladies métaboliques (obésité, hyperlipidémie, syndrome métabolique, syndrome des ovaires polykystiques, diabète de type 2, diabète de type 1) ; maladies cardiovasculaires (hypertension, maladies coronaires, insuffisance cardiaque, accidents vasculaires cérébraux, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) ; maladies pulmonaires (bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire, asthme, mucoviscidose) ; troubles musculo-squelettiques (arthrose, ostéoporose, lombalgie/dorsalgie, polyarthrite rhumatoïde) et cancers (cancer du sein, cancer colorectal en particulier). Des études prospectives, randomisées, multicentriques, sont actuellement en cours pour les maladies chroniques manquantes (insuffisance rénale, addictions).

En effet, depuis deux décennies, une accumulation exponentielle de connaissances et de preuves montre qu'une pratique régulière d'activité physique a non seulement des bénéfices importants dans la prévention des maladies chroniques mais également des effets thérapeutiques évident dans leur prise en charge (expertises collectives de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2008 et 2019 ; Anses, 2016 ; Institut national du cancer (INCa), 2017 ; HAS, 2018).

Les bénéfices de la lutte contre la sédentarité et d'une activité physique régulière sur la santé ne sont plus à démontrer, tout au plus à préciser. L'expertise Inserm 2019 s'est davantage concentrée sur comment amener les patients atteints de pathologies chroniques à une activité physique régulière. Toute la difficulté et tout l'enjeu de cette thérapeutique sont là : amener à une activité physique quotidienne, tout au long de la vie. « **Le groupe d'experts recommande d'associer à la prescription une démarche éducative pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme. Le groupe d'experts recommande d'articuler les programmes d'activité physique avec les programmes d'éducation thérapeutique** et d'initier toute démarche par un bilan éducatif partagé qui invite le patient à identifier ses habitudes de vie, ses besoins, possibilités, envies, les freins et les leviers, la manière dont il aimerait pouvoir être aidé. Il convient alors avec l'enseignant en activité physique adaptée ou le professionnel de santé qui mène le bilan, de fixer un objectif et d'identifier les moyens qu'il mobilisera pour l'atteindre. Des bilans de suivi permettent d'ajuster les objectifs et de renouveler les moyens pour soutenir le projet de pratique d'activité physique.

Ce bilan peut déboucher sur une orientation vers :

- un club, une association si le patient est autonome en activité physique et dans la gestion de sa pathologie ;
- un dispositif éducatif de courte durée pour expérimenter les possibilités de pratique d'une activité physique adaptée au besoin médical et aux limitations fonctionnelles ;
- ou un dispositif éducatif en activité physique adaptée de plus longue durée (plusieurs mois) quand il est nécessaire de combler un déficit de ressources (physiques, psychologiques ou sociales).

Pour les publics les plus fragiles ou vulnérables, présentant des caractéristiques connues pour limiter ou compromettre l'adhésion et le maintien à long terme de l'activité physique (patients âgés, faible niveau socioéconomique, précarité sociale...) et/ou n'ayant pas ou peu vécu en matière d'activité physique, le groupe d'experts préconise un cycle éducatif en activité physique adaptée de plusieurs mois en veillant à ce que les compétences des encadrants répondent aux besoins et aux ressources de ces personnes.

L'enjeu est de permettre à ces patients d'expérimenter concrètement des activités physiques adaptées (APA) à leurs possibilités et à leurs besoins, d'en ressentir les effets, de les vivre avec plaisir et de les reconnaître comme étant bénéfiques pour leur santé.

L'objectif de ce cycle éducatif n'est pas tant de faire de l'exercice que de développer des ressources physiques (perception de son corps, de ses postures, identification d'indicateurs pertinents pour soi et sa santé, développement de compétences motrices), psychologiques et sociales (confiance en soi, en sa capacité d'évoluer, à entrer en relation avec les autres, à s'approprier des savoirs généraux sur les activités physiques et sportives, mais aussi sur la santé et le soin, sur l'indépendance et l'autonomie).

Dès que le patient en a les ressources, le groupe d'experts recommande d'accompagner le patient dans la construction d'un projet de pratique d'activité physique qui a du sens pour lui dans son parcours de soins et dans son parcours de vie. L'enjeu est qu'il le poursuive sur le long terme. »¹⁰.

LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE: DE QUOI PARLE-T-ON ?

Elle fait référence au cadre législatif apporté par le **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 ayant une affection de longue durée (NOR : AFSP1637993D)**, entré en vigueur le 1^{er} mars 2017.

Pour en reprendre les points essentiels :

- 1) Le décret précise ce qui est entendu par activité physique adaptée : « ... des *mouvements corporels basés sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires... Les techniques mobilisées relèvent d'APS et se distinguent des actes de rééducation...* ». Elle nécessite donc une évaluation régulière des aptitudes fonctionnelles, des motivations et des besoins spécifiques du patient.
- 2) Il en rappelle l'objectif : « *la dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif* ». Il s'agit en premier lieu d'une mesure d'incitation et d'accompagnement des personnes vers une modification durable de leur comportement, faisant appel notamment à des compétences en matière d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient (ETP), en plus de celles relatives aux activités physiques adaptées.
- 3) En fonction des limitations fonctionnelles du patient, il précise le niveau de qualification requis pour le personnel encadrant afin de concevoir des programmes d'activités physiques adaptées, de les personnaliser, de les encadrer et de les évaluer (cf. Encadré 6).
- 4) Il rappelle la nécessité d'une prescription « *... sur un formulaire spécifique* ». Il s'agit bien d'une prescription écrite.
- 5) Il définit la nécessité d'un suivi médical : « *... avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur* ».

Tout parcours de soins de patients présentant une maladie chronique parmi la liste citée devrait ainsi intégrer un programme d'APA. Celui-ci devrait être suivi et ajusté régulièrement dans le cadre du dispositif de prescription d'AP.

LES DISPOSITIFS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION

Un dispositif d'activité physique sur prescription a deux objectifs : organiser et coordonner les soins relatifs à l'activité physique du patient et faire appel à des compétences éducatives (éducation à la santé et thérapeutique) et de soutien motivationnel, l'objectif étant d'amener les patients à pratiquer en autonomie des comportements d'auto-soins (Figure 2).

L'entrée dans ce parcours est initiée par une prescription médicale. Le **Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé publié par la HAS en septembre 2018** donne aux prescripteurs des repères essentiels (Encadré 1)¹¹.

La prescription d'un programme d'activité physique adaptée suppose qu'il existe un impératif médical à amener le patient vers un comportement actif et une diminution des comportements sédentaires au risque de perdre le contrôle sur l'évolution de sa pathologie, qu'il est nécessaire de commencer par des exercices physiques personnalisés et supervisés pour sa santé, son autonomie, sa participation sociale et/ou son pouvoir d'achat.

¹⁰ Expertise collective de l'Inserm : Activité physique. Prévention et traitement des maladies. Février 2019. L'expertise est à retrouver ici : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

¹¹ Le guide de la HAS est à retrouver dans son intégralité ici : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

Concernant la prescription d'une activité physique de type sport santé, il existe des aides à la prescription. La plus importante d'entre-elles est très certainement le **Médicosport-Santé**¹², édité par les Éditions Vidal en 2019. Il s'agit d'un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives, conçu par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) en coopération étroite avec la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES). Il recense les caractéristiques de chaque discipline, les intérêts potentiels et impacts sur la santé du pratiquant d'un point de vue physique, physiologique, mental, ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport santé. Il contient actuellement les protocoles sport santé de 45 fédérations sportives et vise à aider les médecins généralistes à la prescription d'activités physiques et sportives.

L'orientation du patient : le patient est ensuite orienté vers **un parcours de soin centré sur l'activité physique**. Ce parcours fait intervenir des professionnels de santé (par exemple masseur-kinésithérapeutes, infirmiers...) des professionnels du sport qualifiés en activités physiques adaptées, en sport santé et à l'accompagnement des personnes vers des comportements favorables à la santé (éducation pour la santé, éducation thérapeutique).

Ces parcours de soin sont organisés par des dispositifs d'activité physique sur prescription médicale. Ces dispositifs sont de deux ordres :

- **les dispositifs « opérationnels »** : ce qui est entendu par dispositif opérationnel dans ce rapport est un dispositif qui reçoit les patients (physiquement ou sur appel téléphonique) adressés sur prescription médicale. Il s'agit d'un guichet unique sur un territoire donné, en charge de coordonner le parcours du patient en fonction de la prescription, des bilans fonctionnel et motivationnel. Ses missions sont de :

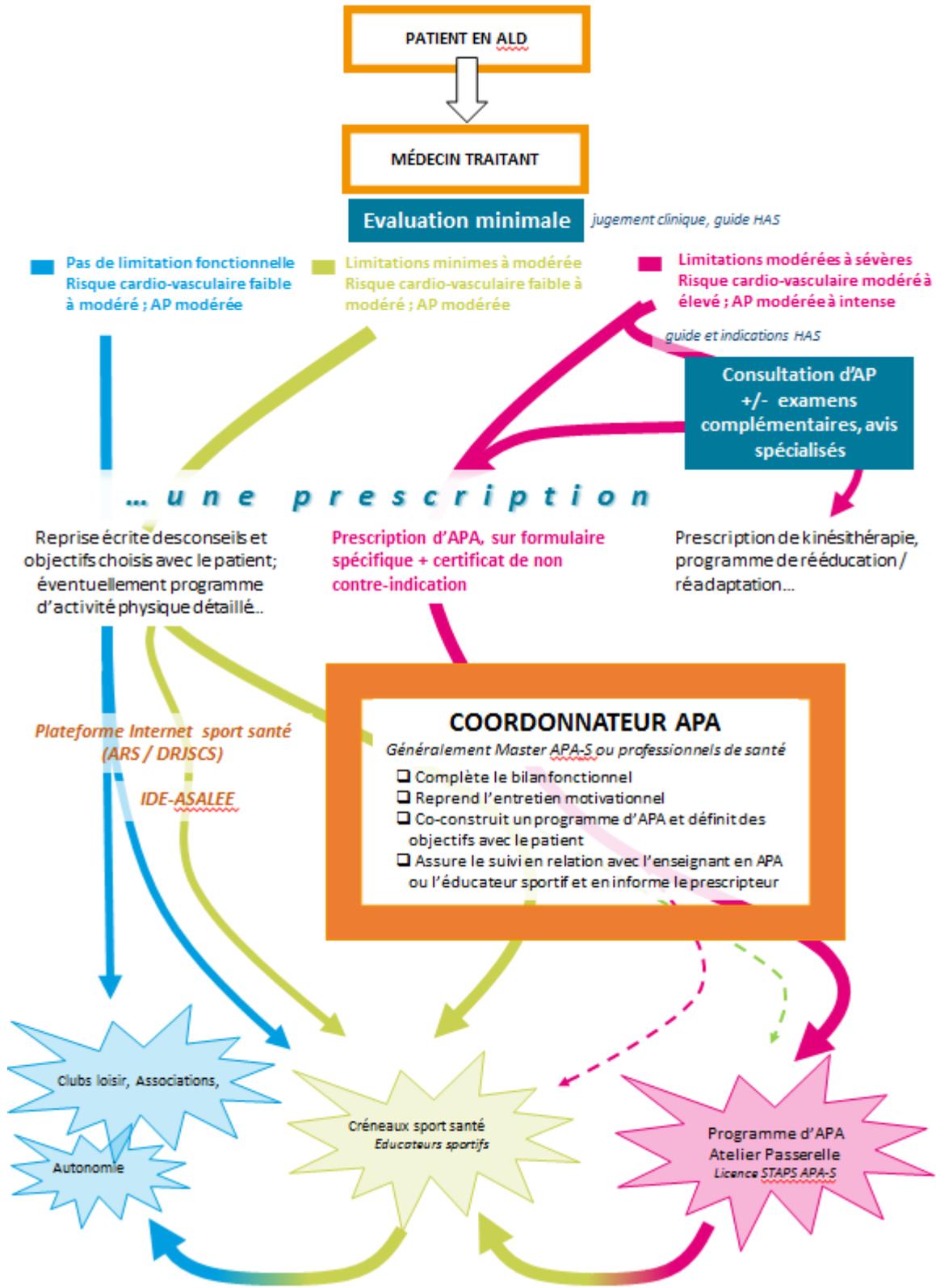
- compléter le bilan fonctionnel et motivationnel engagé par le prescripteur ;
- co-construire avec le patient un programme d'activités physiques adaptées ;
- orienter vers des professionnels de l'APA, des ateliers passerelles, des créneaux sport santé ;
- organiser le suivi fonctionnel et psychologique (pouvant repérer des soutiens complémentaires d'ordres motivationnel, nutritionnel, social...) ;
- assurer les échanges avec le médecin prescripteur.

- **les dispositifs « institutionnels »** : ce qui est entendu par dispositif institutionnel dans ce rapport est un dispositif porté par des institutions régionales (ARS, DRJSCS) qui viennent en appui des structures locales. Ces institutions régionales harmonisent les pratiques (développement d'outils de prescription, d'évaluation, de suivi), recensent les structures d'accueil, sécurisent les parcours individuels (commission de validation des structures d'accueil pour les APA), gèrent des plateformes d'échange interprofessionnel et peuvent soutenir financièrement des programmes passerelles, des coordonnateurs, des actions innovantes (communication, formations...).

¹² Le Médicosport-Santé, édition décembre 2018, est à retrouver ici :

<https://cnosf.franceolympique.com/cnosf/fichiers/File/Medical/Medicosport/medicosport-version-internet-v2.pdf>

Figure 2 – Parcours patient en fonction de ses limitations fonctionnelles



Source : Onaps, 2019

Encadré 1 – La prescription médicale d'activité physique : quelques repères essentiels du guide de la HAS (Onaps, d'après le guide de la HAS)

Il est nécessaire de **faire une évaluation minimale** avant de conseiller et prescrire un programme d'APA à un patient malade chronique :

- estimation des niveaux habituels d'AP et de sédentarité du patient ;
- estimation de l'état de motivation du patient pour les AP envisagées ;
- évaluation de l'aptitude physique et psychologique à la pratique d'AP à visée de santé ;
- évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire du patient ;
- évaluation des autres risques du patient à la pratique d'une AP ;
- estimation de l'intensité des AP envisagées.

Tous les patients ne relèvent pas d'une prescription écrite d'AP pour la santé. On distingue quatre niveaux d'intervention :

- le niveau 1 concerne des limitations fonctionnelles sévères justifiant un programme de réentraînement à l'effort sous surveillance constante par un professionnel paramédical (kinésithérapeute...);
- le niveau 2 concerne des patients nécessitant un programme d'APA. Le médecin rédige une prescription d'AP et les adresse à un professionnel de l'APA ;
- le niveau 3 concerne des patients inactifs physiquement qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'AP, capables de participer à une gamme ordinaire d'AP en groupe. Il lui est prescrit un programme écrit d'AP encadré par des éducateurs sportifs et des professionnels formés en APA ;
- le niveau 4 est approprié aux patients physiquement actifs qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'AP en autonomie. Il peut leur être proposé un programme d'AP sur prescription.

Après l'évaluation minimale, il peut être proposé aux patients présentant des risques à la pratique d'AP une **consultation d'AP dédiée**. Les indications à cette consultation dépendent du risque cardio-vasculaire du patient, de son niveau habituel d'AP et de l'intensité de l'AP envisagée mais aussi des risques spécifiques liés aux antécédents et à la pathologie ciblée (détaillées chapitre 5 du guide de la HAS) :

- une consultation médicale d'AP dédiée demande en moyenne 30 minutes ;
- elle peut être réalisée sur un ou plusieurs temps de consultation ;
- une consultation médicale d'AP ne concerne que les patients asymptomatiques, c'est-à-dire ne présentant pas de signes ou symptômes évocateurs d'une pathologie cardio-vasculaire, métabolique, rénale ou respiratoire non connue ou non stabilisée (il est évident que les patients présentant les caractéristiques précédentes ou symptomatiques doivent consulter leur médecin traitant avant de démarrer toute activité physique) ;
- elle n'est pas indiquée chez tous les patients (chapitre 5.1 du guide) ;
- elle s'inscrit le plus souvent dans le cadre d'un parcours de santé coordonné, pluri-professionnel, centré sur la prescription d'AP faite par le médecin traitant ;
- dans le cadre d'un tel parcours pluri-professionnel, l'évaluation de la condition physique peut être réalisée par un autre professionnel de santé ou par un professionnel de l'AP formé ;
- l'évaluation de la motivation et des ressources neuro-psycho-sociales doit être réalisé au moins en partie par le médecin. Cette dernière est complétée par les professionnels de l'AP intervenant tout au long du parcours.

La consultation médicale d'AP dédiée comprend :

- un interrogatoire sur l'histoire médicale et sur les habitudes de vie du patient ;
- un examen physique complet, cardio-vasculaire, respiratoire, locomoteur... ;
- une évaluation des différentes composantes de la condition physique ;
- +/- une demande d'un avis spécialisé +/- une épreuve d'effort (indications précisées chapitre 5.2) ;
- une prescription d'autres examens complémentaires (si indiquée) ;
- une évaluation de la motivation aux AP et des ressources neuro-psycho-sociales ;
- une prescription individualisée d'AP ;
- un certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive (CACI) ;
- la programmation du suivi médical.

CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

OBJECTIF

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux des initiatives locales et institutionnelles en matière de prescription d'activité physique en France. À plus long terme, il s'agit de constituer une base de données actualisée permettant de suivre l'évolution des dispositifs d'activité physique sur prescription en France. Ce travail entre par ailleurs dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024¹³, dont une des actions consiste à recenser l'offre d'activités physiques adaptées et de la mettre à disposition du grand public et des professionnels.

Il existe un foisonnement d'initiatives dont quelques exemples ont été illustrés dans le rapport de 2017 de l'Onaps et du PRN Sport Santé Bien-Être « Sport santé sur ordonnance : contexte et exemples de mise en œuvre ». Les structures qui portent les dispositifs peuvent être locales, autour d'une maison ou d'un pôle de santé, communales (ville, communauté de communes, agglomération, métropole) ou territoriales (ville, communauté de communes, agglomération, métropole, département, région). Elles peuvent être publiques ou privées, anciennes ou récentes. L'objet de ce rapport est d'en dessiner les profils, les acteurs impliqués, les partenaires et les modèles économiques.

Malgré l'intérêt médical largement démontré des programmes d'APA, l'utilisation de cette thérapeutique non médicamenteuse n'est pas suffisamment enseignée dans les cursus de médecine et des autres professions de santé. Très souvent, les professionnels de santé ne connaissent pas les métiers du sport santé, les programmes d'activité physique adaptée et les qualifications requises. Ils ne connaissent pas non plus les ressources disponibles de leur territoire. Ce document tente d'apporter quelques éclairages et informations utiles aux prescripteurs.

Enfin, les enjeux médico-économiques sont encore peu évalués en France et les dispositifs souvent précarisés par des modèles économiques non pérennes. Ce rapport ouvre des discussions et quelques pistes de réponses expérimentées.

MÉTHODOLOGIE

L'Onaps et le PRN Sport Santé Bien-Être ont réalisé conjointement en 2017 un rapport autour du décret relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée par le médecin traitant, faisant la synthèse des éléments législatifs et administratifs, et présentant quelques expériences menées sur les territoires. Dans la lignée de cette publication, et suite aux recommandations issues d'un rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS) en vue de l'élaboration de la Stratégie Nationale Sport Santé, il a été décidé de poursuivre le recensement des dispositifs.

Le questionnaire d'enquête a été réalisé par l'Onaps et le PRN Sport Santé Bien-Être, relu et validé par plusieurs membres du conseil scientifique de l'Onaps, de l'équipe de coordination du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, par des médecins conseillers auprès des DRJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté et par l'équipe dirigeante du Réseau Sport-Santé Bien-Être (RSSBE) de Champagne-Ardenne.

Il a été mis en ligne en juillet 2018 *via* l'outil de recueil LimeSurvey¹⁴ et relayé par le réseau des Villes-Santé de l'OMS, l'ensemble des DRJSCS métropolitaines et ultra-marines, sur les newsletters et sites internet de l'Onaps et du PRN Sport Santé Bien-Être et les réseaux sociaux. Une relance de ces différents réseaux a été effectuée en décembre 2018.

Un travail qualitatif sur les données manquantes, en lien avec les répondants, a été réalisé en février et mars 2019. Tout au long de l'enquête, un recensement actif des dispositifs a été poursuivi.

L'analyse du rapport porte sur les données présentes dans la base **au 31 mars 2019**.

¹³ À retrouver ici : <http://sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/>

¹⁴ Lien vers le questionnaire : <http://enquetes.uca.fr/index.php/827826?lang=fr>

LES PORTEURS DE DISPOSITIFS

LES DONNÉES DISPONIBLES

Parmi les 115 questionnaires d'enquête renseignés au 31 mars 2019, 96 ont été retenus dans cette étude.

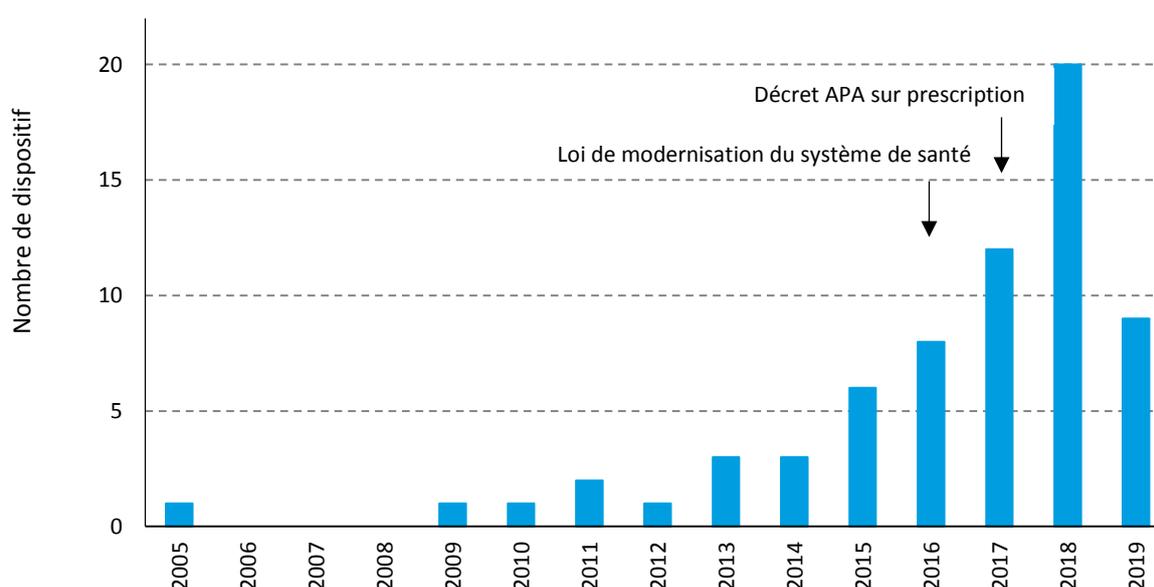
Parmi ceux non-retenus :

- 6 étaient des doublons (différents acteurs renseignant le même dispositif) ;
- 5 n'étaient pas suffisamment renseignés pour être exploitables ;
- 3 étaient en projet ;
- 4 correspondaient à des initiatives de professionnels en APA indépendants ;
- 1 dispositif de la CAMI Sport & Cancer très bien renseigné n'a pas été inclus. En effet, la CAMI est une association nationale ayant un centre de coordination et 80 centres d'intervention répartis sur l'ensemble du territoire. Elle offre aux patients atteints de cancer un programme d'activité physique thérapeutique qui lui est propre, le Médiété®. Pour l'ensemble de ces raisons les centres opérationnels de la CAMI ne pouvaient être recensés dans cette étude. Néanmoins, l'action de cette association en matière de thérapie sportive proposée aux patients atteints de cancers est présentée en **Annexe 1**.

D'autres répondants ont renseigné leurs dispositifs après la date du 31 mars 2019.

La mise en place des dispositifs d'activité physique sur prescription est souvent récente. Leur nombre a augmenté très nettement ces trois dernières années (Figure 3). Cette augmentation est vraisemblablement stimulée par la loi de modernisation du système de santé du 26/01/2016 et le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée sur prescription.

Figure 3 – Année de mise en place des dispositifs d'activité physique sur prescription recensés au 31/03/2019



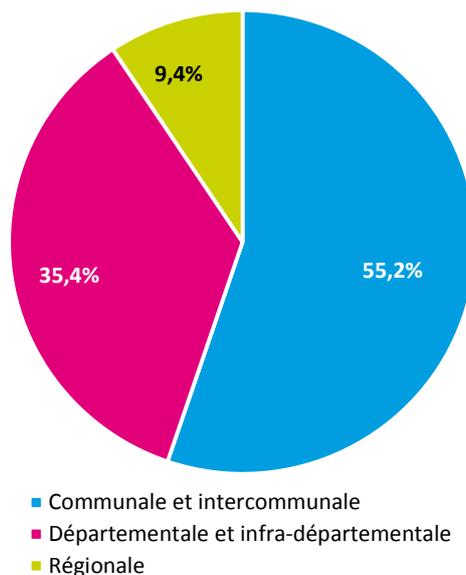
Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

LES DIFFÉRENTES ÉCHELLES

Sur les 96 dispositifs retenus dans l'enquête au 31 mars 2019 :

- 53 ont un périmètre d'action d'échelle locale, communale ou intercommunale ;
- 34 ont un périmètre d'action d'échelle départementale ou infra-départementale : les dispositifs portés par les centres hospitaliers couvrent notamment des territoires dépassant nettement l'échelle de la commune sans pour autant couvrir l'ensemble du département ;
- 9 ont un périmètre d'action d'échelle régionale (Figure 4).

Figure 4 – Répartition des dispositifs d'activité physique sur prescription selon leur échelle (en %)



Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

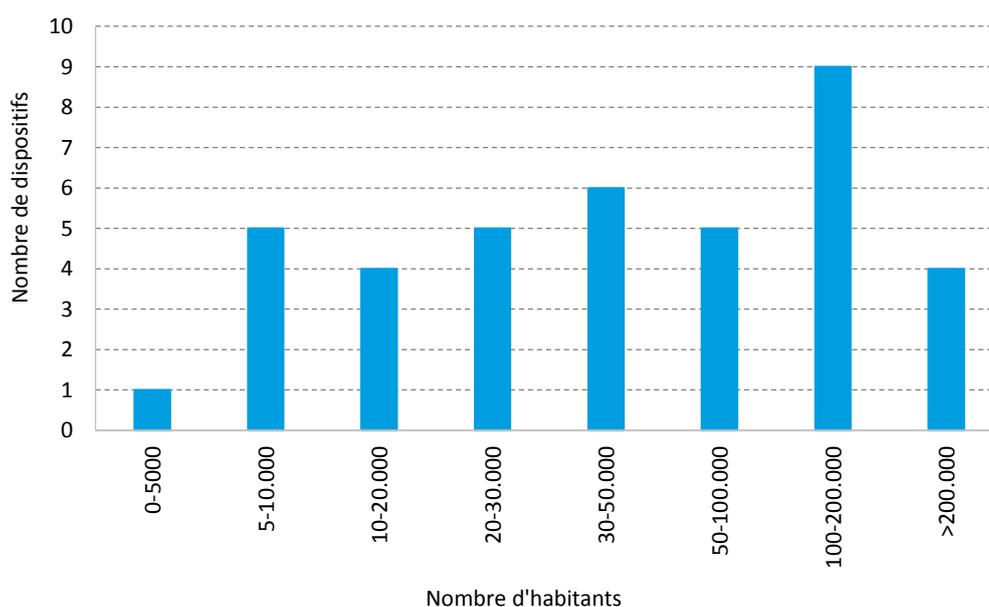
Échelles locale, communale et intercommunale

Parmi l'ensemble des dispositifs participants et retenus dans l'enquête (n=96), les communes participent activement au développement de 45 d'entre eux. Plus particulièrement, 31 (soit 1/3) de ces dispositifs sont portés et coordonnés par des services municipaux.

Dimensions communale et intercommunale :

- 67% de ces dispositifs se déploient sur des villes et communautés de communes de 20 000 à 150 000 habitants (médiane = 53 000) ;
- 24% sur des villes de moins de 20 000 habitants (Figure 5).

Figure 5 – Distribution des dispositifs d'échelle communale ou intercommunale selon la taille de la population habitant dans leur périmètre (en nombre de dispositifs)

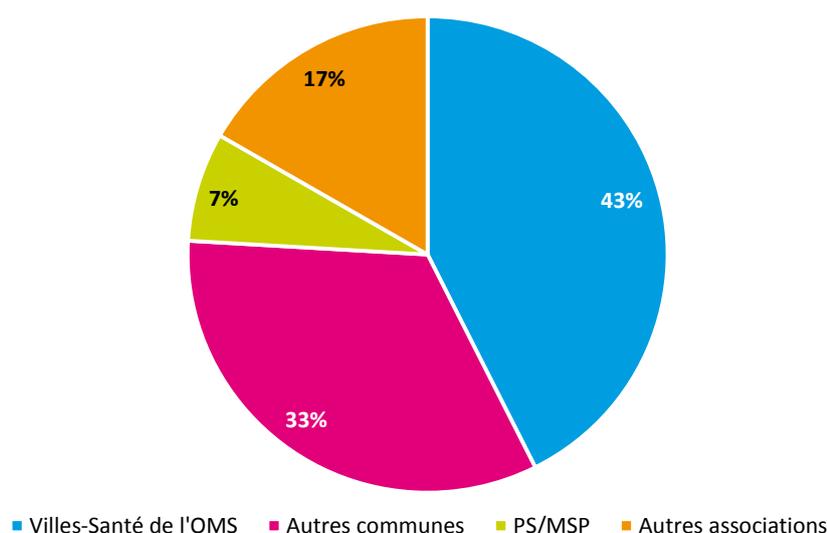


Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

Les structures qui portent les dispositifs d'activité physique sur prescription à cette échelle sont à 43 % des communes appartenant au Réseau des villes sport-santé sur ordonnance des Villes-Santé de l'OMS coordonné par la ville de STRASBOURG (Encadré 2). Néanmoins, d'autres communes, notamment celles du réseau de l'Association nationale des élus du sport (Andes) (Encadré 3), représentent une part non négligeable (Figure 6).

Au niveau local, l'initiative est parfois portée par des pôles de santé (PS), des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (PARTHENAY, TARASCON-SUR-ARIÈGE, JOINVILLE, CHAMPSAUR-VALGAUDEMAR) ou encore par des centres médico-sportifs (CMS) (AIX-EN-PROVENCE, ANTIBES, MONTLUÇON), des clubs omnisports (SAINT-PAUL DE LA RÉUNION, MALAKOFF, MONT-DE-MARSAN), des offices municipaux des sports (AUBAGNE, INTERCOMMUNALITÉ DE LA GASCOGNE TOULOUSAIN) ou un réseau de santé et sport santé étroitement soutenus par la ville.

Figure 6 – Répartition des dispositifs communaux et intercommunaux d'activité physique sur prescription par type de porteur (en %, sur les 53 dispositifs recensés)



PS/MSP = pôles de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

Le réseau des villes sport-santé sur ordonnance des Villes-Santé de l'OMS

Dès 2012, un dispositif d'activité physique sur prescription est initié et expérimenté par la ville de STRASBOURG sous l'impulsion du Dr Alexandre Feltz, adjoint au maire en charge de la santé. Ce dispositif de Sport-santé sur ordonnance de Strasbourg (SSsO) a ensuite été étendu à plusieurs autres communes du réseau français des Villes-Santé de l'OMS (Encadré 2).

Parmi les villes du groupe de travail SSsO, 29 sont présentes dans l'enquête soit en portant le dispositif au sein de leurs services municipaux (n=19), soit en soutenant le développement de dispositifs l'activité physique sur prescription dans leur commune, leur agglomération ou leur communauté de communes (n=10). À l'image du dispositif SSsO développé par la ville de STRASBOURG, la majorité (65%, soit n=19) portent le dispositif au sein même des services administratifs de la collectivité (Direction des sports, Direction de la santé, Service promotion de la santé, Centres communaux d'action sociale (CCAS)...). Les patients adressés par leur médecin traitant sur prescription sont accueillis par un professionnel en activité physique adaptée (le plus souvent un enseignant APA, titulaire d'un diplôme de Master en Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), parcours Activité physique adaptée et santé (APA-S) (Encadré 6) employé par la collectivité. Il précise l'évaluation fonctionnelle et motivationnelle du patient puis l'oriente vers des activités physiques adaptées proposés par la commune elle-même (par exemple 20 éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives (ETAPS) à DUNKERQUE) ou proposés par les associations, fédérations et clubs partenaires. Le coordonnateur, employé par la mairie, assure le suivi et les échanges avec le médecin prescripteur. La majorité de ces villes assure une prise en charge partielle ou totale du programme d'APA et une tarification selon le quotient familial (par exemple BLAGNAC, CAEN, CARCASSONNE, CAVALAIRE-SUR-MER, CHARENTON-LE-PONT, COUDEKERQUE-

BRANCHE, DUNKERQUE, MONTREUIL, MULHOUSE, NARBONNE, PERPIGNAN, ROMANS-SUR-ISÈRE, REIMS, SÈTE, STRASBOURG, VILLEURBANNE, ou encore GONFREVILLE-L'ORCHER et ISSOIRE (non-répondant au questionnaire)).

À l'image du dispositif de la ville de BIARRITZ qui, depuis sa phase expérimentale lancée en 2009, s'appuie sur l'association « Côte Basque Sport Santé », d'autres villes SsS0 participantes (35% soit n=10) confient la coordination du dispositif à une structure tierce, en général une association, travaillant en collaboration étroite avec les services de la mairie (par exemple l'association « Collectif Sud » à VALENCE ET ROMANS-SUR-ISÈRE, l'association de patient APAVAL'S à VALENCIENNES, l'association NÎMES SPORT SANTÉ). D'autres encore s'appuient sur les clubs omnisports de la commune qui développent le sport santé dans leurs activités et leurs compétences (« Stade Montois Sport Santé » à MONT-DE-MARSAN ; « club sportif montereaualais » à MONTEREAU ; Office Municipal des Sports de SAINT-PAUL à la Réunion).

Encadré 2 – Une dynamique nationale des villes engagées dans le sport santé (par l'Adjoint au Maire chargé de la Santé à la ville de Strasbourg, coordonnateur du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS)

Dès le lancement du Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg en 2012, de nombreuses collectivités nous ont contactés pour se renseigner sur le dispositif. Certaines sont venues nous visiter en délégation politique et technique. D'autres ont sollicité des rendez-vous téléphoniques. Dès 2013, la ville de Blagnac a lancé son dispositif, suivi par Saint-Paul de la Réunion en 2014. L'année 2015, autour des premières Assises du sport santé sur ordonnance, a vu l'explosion des initiatives territoriales, par des collectivités toutes engagées dans la réflexion ou la mise en place de dispositifs de prescription médicale d'une activité physique adaptée aux pathologies des patients. La création du réseau national des villes sport-santé sur ordonnance, dans le cadre du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, a ainsi été une évidence en octobre 2015.

Ce groupe de travail, piloté par la ville de Strasbourg, réunit des élus et des techniciens de villes intéressées par la démarche. Les échanges entre ces membres ont permis l'émergence de nombreux projets. Les réunions fédèrent et regroupent une cinquantaine de personnes deux fois par an. Aujourd'hui, 70 collectivités sont adhérentes à ce réseau. Marseille par exemple, a été la trentième ville du réseau à mettre en place un dispositif effectif en juin 2019.

Le travail effectué permet, par l'échange de pratiques, de dépasser certaines difficultés financières et/ou organisationnelles. Les liens humains ainsi créés sont un terreau très fertile à l'innovation. La question des inégalités sociales et territoriales est primordiale pour nos villes.

Outre un rôle de mise en lien et de partage d'expériences, la fonction du réseau est aussi politique, notamment pour interpeler l'État et les financeurs sur la nécessité d'un système d'organisation national structuré et financé. Une nécessité d'équité territoriale est partagée par tous. Un communiqué de presse est réalisé après chaque réunion de travail pour rappeler ces exigences. La prochaine réunion de notre groupe, qui aura lieu le 15 octobre à la suite des troisièmes Assises du sport santé sur ordonnance, aura pour objet l'évaluation des effets concrets de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024.

D'autres initiatives communales et intercommunales : l'implication des adjoints et direction des sports

Le groupe de travail des villes sport-santé sur ordonnance (service santé des administrations communales) travaille le plus souvent en collaboration avec les services des sports (réseau Andes, Encadré 3). Dans cette enquête, plus de la moitié (16/31) des dispositifs portés par les administrations communales se trouve soutenue ou directement coordonnée par les adjoints et direction des sports (ANTIBES, FLEURY-LES-AUBRAIS, LAVARDIN, MALAKOFF, NANTERRE, ROCHEFORT-DU-GARD, SAINT-PHILBERT-DE-GRAND-LIEU, SAINT-AUBIN-DE-MÉDOC, VAUVERT, VILLEURBANNE...).

Certains de ces dispositifs ont débuté leur phase expérimentale très tôt, avant même la loi de modernisation du système de santé, souvent à l'initiative de médecins convaincus par les effets thérapeutiques de l'activité physique (par exemple à MURAT sur la communauté de communes de HAUTES-TERRES-COMMUNAUTÉ ou à THONON-LES-BAINS). Ces initiatives viennent compléter celles des Villes-Santé de l'OMS.

De la même façon, certains (n=6) de ces dispositifs ne sont pas initiés ni portés par les services municipaux mais sont étroitement liés et soutenus par la commune (par exemple « Tremplin Sport Santé » porté par l'Office

Municipal des Sports d'AUBAGNE, le dispositif du centre de médecine du sport de MONTLUÇON ou de BOULOGNE-SUR-MER, celui de l'Office Intercommunal des Sports de la GASCOGNE TOULOUSAINE, ou encore l'association NÎMES Sport Santé, le Club omnisport de MALAKOFF et l'Office des sports de VILLEURBANNE).

Encadré 3 – L'Andes et le sport santé (par le Chargé communication et partenariats et le Directeur général)

L'Andes a pour mission de défendre les intérêts des collectivités territoriales dans le domaine du sport par une représentation active des adhérents au sein des instances décisionnaires. Elle soutient et accompagne les élus locaux en charge des sports dans la mise en place de leur politique sportive, par les échanges et les partages sur les expériences des communes et des intercommunalités en matière de sport. Les collectivités locales ont un rôle prépondérant dans la politique sportive française, avec la propriété de 80% des installations sportives et plus de 12 milliards d'euros de dépenses publiques par an.

L'Andes qui regroupe les villes et les intercommunalités dans le domaine du sport, dispose de 6 000 villes et intercommunalités en réseau et de 120 référents départementaux qui favorisent le maillage du territoire. Son expertise relative aux politiques sportives territoriales est désormais reconnue par l'ensemble des acteurs du sport français, que ce soit auprès du Mouvement sportif, de l'État et des acteurs économiques et sociaux.

L'Andes est le « Réseau sport des Collectivités locales ». L'ensemble de ses travaux et contributions sont publiés sur le site www.andes.fr

L'Andes est membre du comité de pilotage national Sport santé sous l'égide du Ministère des Solidarités et de la Santé et du Ministère des Sports. Le développement des activités physiques est un enjeu majeur de santé publique en France. Le constat est accablant, avec 1 million de personnes dépendantes à ce jour et 2 millions en 2040, l'inactivité physique est aujourd'hui la 1^{ère} cause de mortalité évitable. Deux tiers des français ont un niveau d'activité physique insuffisant et un enfant sur deux ne fait pas suffisamment d'activité physique.

Certaines villes ont une action volontariste en matière de sport santé, mais se heurtent également à la contrainte budgétaire et à la faible mobilisation des médecins. Concernant le sport sur ordonnance, l'Andes a contribué à la Mission « flash » de M. Belhaddad¹⁵, afin d'inciter à la prise en charge par l'Assurance maladie d'une activité physique à des fins thérapeutiques non médicamenteuse. L'Andes propose que l'Assurance maladie prenne en charge des expérimentations dans plusieurs territoires en France en lien avec les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) afin de prouver l'efficacité de l'activité physique comme thérapie non médicamenteuse. L'Andes soutient également le développement des parcours du cœur en partenariat avec la Fédération Française de Cardiologie afin de sensibiliser aux bons réflexes alimentaires, refuser le tabac et faire de l'activité physique chaque jour.

L'initiative de certains pôles de santé

À l'échelle locale, il existe également plusieurs initiatives portées par des Pôles de santé et/ou des maisons de santé pluriprofessionnelles (PS en CHAMPSAUR, PS de TARASCON-SUR-ARIÈGE, PS des Mousquetaires de JOINVILLE, de PARTHENAY). Dans plusieurs de ces initiatives, les infirmiers du réseau ASALEE assument un rôle de coordination entre le médecin prescripteur et la mise en place d'APA, permettant de remettre en mouvement des patients fragiles, en perte d'autonomie ou isolés. Dans le témoignage ci-dessous (Encadré 4), Christelle Repond, infirmière ASALEE à TARASCON-SUR-ARIÈGE, utilise le programme D-marche® afin de remettre ces patients en mouvement et depuis peu, les orienter aussi vers des programmes d'APA. Elle présente ainsi les articulations de son activité avec celle de réseaux sport santé et d'AP sur prescription plus vastes tel qu'effORMip. Ces dispositifs, somme toute modestes en moyen humain et en programme d'APA, parviennent à offrir de l'activité physique thérapeutique à des patients bien ciblés et éloignés de la pratique dans des zones rurales ou défavorisées. Sur ces territoires, dans la pratique de nombreux médecins généralistes, l'AP des personnes fragiles est encore déléguée aux infirmiers ASALEE.

¹⁵ Mission « flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques, Communication de Belkhir Belhaddad, 31 janvier 2018

Encadré 4 – L'expérience de l'association ASALEE : de la prévention informative à la prévention participative (Christelle Repond et Françoise Chague, infirmières libérales ; Bernard Laguerre, médecin généraliste)

La communauté des communes du pays de Tarascon-sur-Ariège est un territoire rural. La population est vieillissante et comme pour bon nombre de communes françaises, elle doit faire face à une raréfaction de professionnels médicaux. Une association de professionnels de santé libéraux, *Le Pôle de santé*, est née de la prise de conscience de mutations profondes, avec trois grandes orientations : faire le choix de la prévention, organiser les soins autour du patient et en garantir l'égal accès, approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration.

Des infirmières libérales formées au dépistage du risque de la fragilité de la personne âgée et des infirmières ASALEE (en coopération médecin-infirmier) ont constaté une problématique populationnelle liée à l'isolement et la chronicité.

En 2017, afin de proposer une action non médicamenteuse à cette situation, un groupe de 15 personnes de plus de 60 ans suivi par le dispositif ASALEE¹⁶ a été sensibilisé au programme D-marche® (invitation à augmenter son nombre de pas au quotidien)¹⁷. Cette initiative a été soutenue par la Conférence des Financeurs d'Ariège. Au bout de deux mois, ce même groupe a souhaité être accompagné pour valoriser la marche pour sa santé.

Fort de ce constat, le Pôle de santé a répondu à un appel à projet de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) d'Occitanie et sollicité l'Union régionale des professionnels de santé infirmiers (URPS infirmiers) pour un cofinancement.

Les objectifs étaient de rompre l'isolement, favoriser le lien social, valoriser la marche du quotidien et autonomiser le patient pour être actif pour sa santé globale.

Avant de réaliser le projet, il a été nécessaire de recenser les actions sport santé existantes sur le territoire ou les ateliers d'activités physiques adaptées et ou encadrées, et de créer du lien entre les acteurs professionnels de la santé, du social, du territoire (associatif et municipalité) et du milieu sportif.

Le recrutement des usagers est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire du Pôle de santé (2 médecins, 7 infirmiers, 4 masseurs-kinésithérapeutes, 2 pharmaciens...), le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), mais aussi par cooptation. Six groupes de 15 usagers et des professionnels de santé volontaires du Pôle de santé ont été sensibilisés au programme D-marche®. Ce dernier est le dispositif fédérateur, le premier temps collectif du projet. Le format permet une interaction avec et entre les usagers, une clarification de termes importants comme la sédentarité, l'inactivité physique, l'activité physique, l'autonomie, la motivation ou la prévention.

L'accompagnement dans le temps des usagers est réalisé par les infirmiers : 75 personnes bénéficient d'un accompagnement pluriel, d'entretiens individuels, d'ateliers d'accompagnement collectifs marchés, de temps autonomes, d'une invitation mensuelle avec un temps d'échanges dédié à un thème de santé choisi (premiers secours, nutrition, diabète...).

Le sentiment d'isolement a diminué par cette action. Des temps de rencontres et d'échanges autres que ceux prévus sont organisés entre usagers. Ces temps d'accompagnement par les infirmiers permettent la valorisation du parcours de santé et une meilleure adhésion et/ou une orientation plus aisée vers les réseaux d'activité physique adaptée et/ou encadrée. Plusieurs facteurs favorisent cela : une meilleure connaissance et communication entre les acteurs de différents secteurs et réseaux, un discours commun concernant notamment la sédentarité et l'activité physique, des actions de proximité choisies par les usagers. Ainsi, en plus de solliciter les réseaux tels qu'efFORMip (ressource de formations auprès des professionnels de santé et d'actions auprès des usagers porteurs de maladies chroniques) ou Partn'air¹⁸ pour les personnes ayant un handicap d'origine respiratoire, des actions sport santé comme le rugby santé peuvent être créés par des fédérations sportives proposant des ateliers préventions.

¹⁶ ASALEE est l'acronyme de «Action de santé libérale en équipe». C'est un dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmiers permettant d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques.

¹⁷ <https://d-marche.fr/presentation-du-projet/le-programme-d-marche/>

¹⁸ <http://www.partnair.asso.fr/>

Par ce renforcement des coopérations entre médecins, Infirmier diplômé d'état (IDE) libéraux, professionnels de santé et acteurs du milieu sportif, le patient semble plus épanoui en consultation médicale du fait de cette action et semble avoir une meilleure prise en compte de son parcours de santé.

Cette synergie et émulation permet de passer de « faire pour » à « être avec ».

Pour en savoir plus, consultez cette vidéo : <https://www.azinat.com/2019/05/le-programme-d-marche-le-meilleur-traitement-cest-le-mouvement/>

Les associations loi 1901

De nombreuses associations loi 1901 ayant développé le sport santé sur leur territoire mettent en place des dispositifs d'AP sur prescription avec des soutiens institutionnels et sanitaires plus ou moins importants (exemples : l'association *Nîmes Sport Santé* porte le dispositif « Bougez sur ordonnance » soutenu par la municipalité, le Centre National pour le Développement du Sport (CNDS), l'ARS et la DRJSCS Occitanie ; l'association *Pass'sport-santé* à SAINT-OMER ; *Profession Sport 59* (Groupement d'employeur de professionnels du sport) propose le dispositif « Sport avant et sur ordonnance dans le DOUAISIS » ; *PAS'APA*, association d'enseignants APA active dans l'AUDOMAROIS (Pas-de-Calais) ; l'association *Profession Sport & Loisirs 24* (affiliée à la Fédération nationale profession sport et loisirs) propose aux professionnels de santé le dispositif *Pass Mouv'R* sur plusieurs communes de la Dordogne ; l'association de réseau de santé « *Collectif Sud* » à VALENCE ET ROMANS-SUR-ISÈRE ; *Sport Santé Provence* à AIX-EN-PROVENCE qui vient de fonder sa Maison Sport Santé et s'appuie sur les compétences et l'activité de recherche de son CMS ; le *Stade Bordelais*, club omnisports qui avec plusieurs autres associations sportives de l'agglomération bordelaise (*AGJA*, *CAPV*, *AQOB*) et le Comité Départemental des Offices Municipaux du Sport (CDOMS) de Gironde travaillent au déploiement et à la départementalisation du dispositif ; la *maison intercommunale sport santé* (MISS-13) sur le secteur de VITROLLES en collaboration avec la Fédération française sports pour tous ; l'*Alliance Thérapeutique du Golfe* (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) autour de CAVALAIRE-SUR-MER ; l'association *AREP* dans le Var développe l'offre d'APA au domicile de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et insuffisants respiratoires, l'*APAsserelle*, association émergente créée par trois enseignants en APA de l'agglomération marseillaise ayant développé les programmes d'APA et les outils nécessaires...).

En dehors des grandes agglomérations, la majorité de ces associations ont un rayon d'action qui dépasse souvent l'échelle communale et se rapproche plutôt de l'échelle départementale.

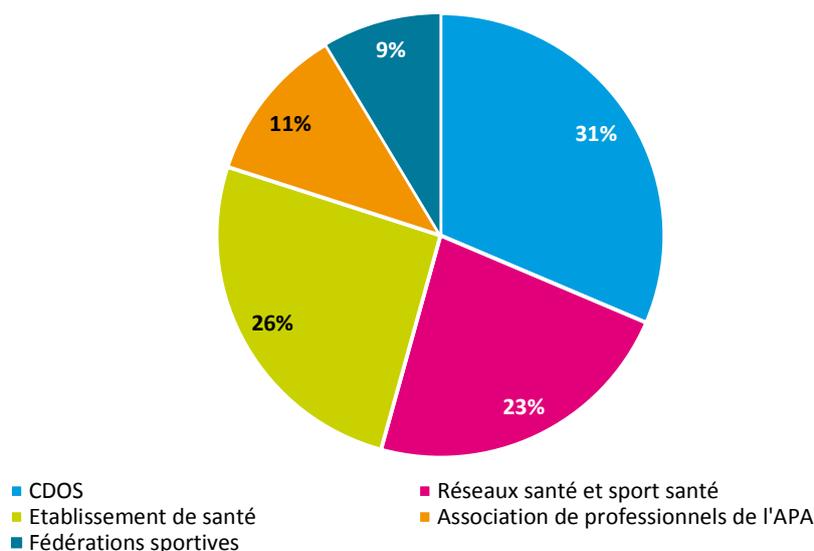
Échelle départementale et infra-départementale

Il a été parfois difficile d'établir une frontière entre certains dispositifs intercommunaux très étendus (MONT-DE-MARSAN, CHÂTEAU-THIERRY, DOUAISIS & VALENCIENNOIS, SAINT-PAUL DE LA RÉUNION, MONTLUÇON...) et d'autres dispositifs dont le périmètre d'action dépasse la commune ou communauté de commune sans toutefois couvrir l'ensemble du département. Il a été choisi de parler de dispositifs infra-départementaux lorsque les structures porteuses ont par nature un rayon d'action étendu. C'est le cas notamment des dispositifs portés par des centres hospitaliers (ARCACHON, BAYONNE, BLIGNY, MORLAIX, CORNOUAILLE QUIMPER-CONCARNEAU...).

La majorité des dispositifs départementaux sont portés par les comités départementaux olympiques et sportifs (CDOS) souvent administrateurs de plateformes sport santé développées dans le cadre du plan national sport santé bien-être de 2012 : CDOS de la Loire, de l'Isère, de la Savoie, de la Vendée, du Var, de l'Orne, de la Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et de la Moselle. Ils sont également présents dans le comité de pilotage de nombreux dispositifs (Figure 7).

L'échelle départementale est souvent une échelle adaptée au développement des réseaux de santé et de sport santé d'où émergent des dispositifs d'activité physique sur prescription (par exemple le *Réseau de santé Sud Alsace*, le réseau sport santé *Sud'Aisne en Forme*, *Limousin Sport Santé*, le *Réseau Sport Santé Bien-Être Champagne-Ardenne*, *Sport Santé 86*, la *Maison des réseaux de Savoie*, Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers les Loisirs Intégrés et Réguliers (*DAHLIR*) dans les départements de l'ex région Auvergne, l'*Association pour le développement de la médecine et du sport en Eure-et-Loir* (*ADMS 28*)).

Figure 7 – Répartition des dispositifs départementaux et infra-départementaux d'activité physique sur prescription par type de porteur (en %, sur les 34 dispositifs départementaux recensés)



Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

L'échelle infra-départementale est également une échelle sur laquelle se constituent des groupements d'employeurs, associations permettant de mutualiser l'emploi de professionnels de l'APA sur plusieurs communes notamment (*Ain profession sport, Profession sport 59, Profession Sport 24*) ou sur laquelle se créent des associations de professionnels de l'APA (ex : *Pas'APA 62*).

C'est également l'échelle privilégiée pour le développement du sport santé par certaines fédérations sportives (la Fédération sportive et culturelle de France (FSCF) et le réseau RESEP Pays-de-la-Loire, l'Union française des œuvres laïques d'éducation physique (UFOLEP) Haute-Savoie qui porte le dispositif d'accompagnement vers la pratique d'activité physique (DAPAP)⁷⁴, l'UFOLEP 83 et le programme « À Mon Rythme »). Les fédérations sportives développant le sport santé sont nombreuses (Fédération française sports pour tous, Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV), FSCF, UFOLEP...). Elles proposent un large choix d'APA et de créneaux sport santé et sont partenaires de nombreux dispositifs. Deux d'entre eux sont notamment affiliés à la Fédération française sports pour tous : CMS d'AIX-EN-PROVENCE (Santé Sport Provence) et la Maison Intercommunale du Sport-Santé (MISS-13). Néanmoins, dans cette étude, très peu de dispositifs d'activité physique sur prescription sont portés par ces fédérations, qui semblent être plus souvent dans l'offre de sport santé que dans la coordination des parcours de soins en APA.

Enfin, plusieurs dispositifs d'activité physique sur prescription sont portés par des établissements de santé dont le rayon d'action est d'échelle départementale ou infra-départementale : le Centre d'investigation par la médecine du sport de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; le Service de médecine du sport de l'Hôpital Avicenne (AP-HP) ; le CH de Bligny et le Groupement de coopération sanitaire groupant les CH de Bligny, Manhès, la Martinière et des Cheminots dans le 91 ; le service de médecine du sport du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand ; le CH de Cornouaille Quimper-Concarneau, de Morlaix, d'Arcachon, le CH de la Côte Basque à Bayonne (Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé).

Au sein de ces structures, se développent des programmes de réadaptation à l'exercice, de ré-athlétisation et d'éducation thérapeutique. Les médecins hospitaliers, soucieux de la continuité des soins en ambulatoire, sont souvent des pionniers en matière de prescription d'activité physique adaptée. Ainsi, le service de médecine du sport du CHU de Clermont-Ferrand oriente depuis 2007 son programme d'éducation thérapeutique sur l'activité physique des patients. Il constitue une structure d'appui essentielle au développement de l'activité physique sur prescription dans le Puy-de-Dôme (Encadré 5).

Encadré 5 – Éducation thérapeutique à l'activité physique : prise en charge supervisée par l'activité physique au service de médecine du sport du CHU de Clermont-Ferrand (Pr Martine Duclos et Pr Frédéric Costes)

En 2007, la première étape a été de mettre en place au CHU Gabriel-Montpied de Clermont-Ferrand, dans le service de médecine du sport, un programme d'éducation thérapeutique à l'activité physique dans quatre pathologies (diabète de type 2, obésité morbide/syndrome métabolique, BPCO, virus de l'immunodéficience humaine (VIH)) et d'en évaluer l'efficacité clinique, biologique ainsi qu'en termes d'adhésion des patients. La prise en charge est gratuite pour tous les patients.

La deuxième étape, depuis 2008, a été de prolonger le suivi des patients au-delà des quatre mois au CHU. En effet, devant la constatation de l'efficacité de la prise en charge et la demande des patients pour la poursuite du programme à domicile, en l'absence de structures relais identifiées, le suivi à long terme a été prolongé. Un second professionnel de l'activité physique adaptée a été engagé pour suivre annuellement ces patients et les guider pour le maintien de l'activité physique à domicile. Parallèlement, conjointement avec la DRJSCS et l'ARS, un site internet, référençant les lieux où les sujets porteurs de maladies chroniques peuvent bénéficier d'une AP supervisée par un professionnel formé en médecine ambulatoire¹⁹, a été construit et régulièrement incrémenté, permettant d'identifier les relais possibles avec la prise en charge au CHU.

Actuellement, le(s) situation(s) clinique(s) couverte(s) sont : diabète de type 2, BPCO, syndrome métabolique et obésité morbide, cancers (pendant ou après les traitements), maladie de Parkinson, fibromyalgie, douleurs chroniques.

Le recrutement des patients se fait en collaboration avec les services du CHU et les médecins libéraux (médecins généralistes, nutritionnistes, endocrinologues, pneumologues...).

Objectifs généraux :

- Augmenter à court terme et moyen terme l'AP des sujets porteurs de la pathologie chronique ;
- Diminuer le temps passé assis (comportements sédentaires) ;
- Apporter aux patients les connaissances et outils pour une meilleure gestion de leur maladie.

Modalités d'élaboration du programme personnalisé :

1. Première consultation dans le service de médecine du sport :
 - patients adressés par leur médecin traitant ou par un médecin spécialiste en fonction de la pathologie et du contexte ;
 - première consultation par un médecin du service afin de vérifier les indications, rechercher d'éventuelles contre-indications à la pratique de l'activité physique, élaborer un premier bilan éducatif et informer le patient du contenu du programme ;
 - bilan éducatif partagé : à l'issue de cette consultation, un second rendez-vous est proposé afin de finaliser le bilan éducatif avec le professeur d'activité physique adaptée en réalisant différentes évaluations. Le programme est expliqué au patient et son consentement recueilli ;
 - lettre au médecin traitant pour l'informer de la prise en charge de son patient et des effets bénéfiques de l'AP.
2. Prise en charge de trois mois au CHU : le programme d'AP est supervisé et individualisé :
 - protocole d'entraînement associant exercices en endurance et exercices de renforcement musculaire selon les recommandations internationales, exercices de coordination et d'assouplissement ;
 - démarrage après évaluation individuelle pour chaque type d'exercice ;
 - progressivité d'augmentation des charges d'entraînement individualisée sur critères prédéfinis ;
 - trois séances d'AP par semaine, d'une durée de 1h chacune.

Ces séances sont l'occasion d'une démarche éducative concernant les activités physiques adaptées à la pathologie et l'état de santé du patient, les conditions de sécurité lors de ces activités (prévention des hypoglycémies, de la désaturation en oxygène...), un renforcement de la motivation et la recherche de solutions pour une autonomisation.

À la fin de la prise en charge, un courrier est adressé au médecin traitant, montrant l'évolution des paramètres

¹⁹ <https://www.sport-sante-auvergne-rhone-alpes.fr>

mesurés et les choix de pratique d'AP du patient.

Les patients sont ensuite revus à 6 mois et annuellement pour mesure de la condition physique, du niveau d'AP et de sédentarité. Ce suivi permet de réadapter, si nécessaire, l'AP et les comportements sédentaires et de refaire le point sur les objectifs et les motivations. Ce point annuel (suivi) avec les patients – et avec compte-rendu au médecin traitant- est un élément important de la prise en charge.

Les CHU jouent un rôle majeur dans l'initiation de la prise en charge par l'AP adaptée chez des patients ayant le plus souvent plusieurs pathologies chroniques, non autonomes dans la pratique de l'AP, et encore moins dans la double gestion de l'AP et de leur(s) pathologie(s). L'AP est un formidable outil d'éducation thérapeutique, pouvant favoriser aussi un mode de vie général plus sain et aider à la gestion de la maladie. La difficulté reste le financement de ces postes d'APA qui est souvent assurée par des montages financiers précaires assurés par les chefs de service, hors financement du CHU.

Échelle régionale

Il faut d'abord admettre que le format du questionnaire d'enquête est adapté aux porteurs de projet de terrain et beaucoup moins aux acteurs institutionnels. Certains ont néanmoins accepté de participer à l'enquête et nous permettent de rappeler que les institutions régionales, notamment les ARS et les DRJSCS, sont très impliquées dans la promotion des APS pour la santé et le développement de la prescription médicale d'activité physique sur leur territoire, sous l'impulsion du décret du 30 décembre 2016. Ils sont très largement cités parmi les partenaires (cf. chapitre « Partenaires institutionnels et privés »).

Les dispositifs institutionnels portés par les ARS et les DRJSCS sont différents des dispositifs opérationnels. Ils ne coordonnent pas directement le parcours de soin du patient mais apportent un soutien logistique, organisationnel et financier aux coordonnateurs locaux. Ils aident au développement d'outils tels que des carnets de suivi et des formulaires de prescription ; ils peuvent produire des documents de promotion et d'information aux médecins. Dans la plupart des régions, les ARS et les DRJSCS sont gestionnaires de plateforme recensant l'offre en matière d'APA et de sport santé, répertoriant les créneaux sport santé et parfois les ateliers passerelles sur leur territoire. Elles créent des chartes avec les structures d'accueil, organisent des commissions de validation des structures. Elles peuvent proposer des formations aux différents intervenants (médecins, enseignants APA/éducateurs sportifs), communiquent et font la promotion du dispositif auprès des médecins, du grand public...

Ainsi, la DRJSCS d'Occitanie déploie son dispositif « Bougez sur ordonnance » en appuyant les initiatives et structures locales du sport santé (ALÈS, BAGNOLS-SUR-CÈZE, CARCASSONNE, LASALLE, LE VIGAN, NÎMES, SAUVE, SÈTE, VAUVERT, ROCHEFORT-DU-GARD, PERPIGNAN, projet en cours à MONTAUBAN).

L'ARS Grand-Est s'appuie sur des coordonnateurs départementaux (CDOS 54, 55 et 57, Réseau SSBE Champagne-Ardenne, association APS Vosges, Réseau de santé Sud-Alsace) ou sur des collectivités comme les villes de STRASBOURG et de MULHOUSE pour déployer le dispositif « Prescri'Mouv ».

L'ARS Île-de-France s'appuie également, pour mettre en place le dispositif « Prescri'Forme », sur des communes (NANTERRE, SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES) et des réseaux de santé, de sport santé, d'éducation thérapeutique d'échelle départementale. Ils sont dénommés Centres de Référence-Ressources (CRR) par l'ARS Île-de-France.

L'ARS et la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) d'Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), sur appel à candidature, ont sélectionné en 2018 dans chaque département une structure porteuse du dispositif d'accompagnement vers la pratique d'activité physique (DAPAP) dont le cahier des charges et la rupture avec les financements antérieurs sont discutés plus loin (Encadré 10).

Les régions AURA, Bretagne, Grand-Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) mettent à la disposition des prescripteurs et des patients un recensement des offres sport santé et des APA sur une plateforme internet, à l'aide d'une commission de validation des structures prenant en compte la qualification des intervenants, dans le respect du décret du 30 décembre 2016 et de l'instruction ministérielle du 3 mars 2017 portant sur les conditions de dispensation de l'APA.

L'implication des institutions régionales dans le développement de la prescription d'activité physique adaptée est variable. Les régions des Hauts-de-France, Centre-Val-de-Loire, Pays-de-la-Loire, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Guyane, Martinique, Réunion et Mayotte n'ont pas rapporté de dispositif d'activité physique sur prescription coordonné à l'échelle de la région. Néanmoins, dans chacune de ces régions, il existe des dispositifs opérationnels financièrement soutenus par ces institutions. La mise en place d'un dispositif régional a parfois été retardée par la fusion des régions de 2016. Il semble que cela ait été notamment le cas en Nouvelle-Aquitaine, actuellement très active dans la mise en place d'un tel dispositif. Dans les régions d'outre-mer, la DRJSCS de Guadeloupe met en place un dispositif qui devrait être opérationnel courant 2019. À la Réunion, le déploiement du dispositif de Saint-Paul sur l'ensemble du territoire est appuyé par les institutions régionales.

En Bourgogne-Franche-Comté (BFC), le choix a été fait de développer un dispositif opérationnel à l'échelle régionale. Le Réseau Sport Santé BFC, créé en 2007 sous l'impulsion de la DRJSCS et porté par le Comité régional olympique et sportif (CROS), coordonne et développe le dispositif régional « Parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS) », dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS. Le guichet unique est géré par le CROS de BFC, qui oriente les patients vers les acteurs locaux du sport santé et des professionnels de l'APA de leur secteur.

En Occitanie, il existe également un dispositif régional porté par l'association « efFORMip ». Elle est probablement la première en France à avoir développé un réseau entièrement dédié à l'activité physique sur prescription en ambulatoire, s'inscrivant dans la dynamique lancée au sein des réseaux diabète, tout en désenclavant l'intervention en AP du projet d'éducation thérapeutique partagé par les acteurs des réseaux de santé. Son territoire d'action est l'ancienne région de Midi-Pyrénées. Le réseau efFORMip est apparu dans le PNNS comme une référence en la matière et repose notamment sur le recrutement de médecins et acteurs du sport santé à travers une formation commune à la prescription d'activité physique (Encadré 8).

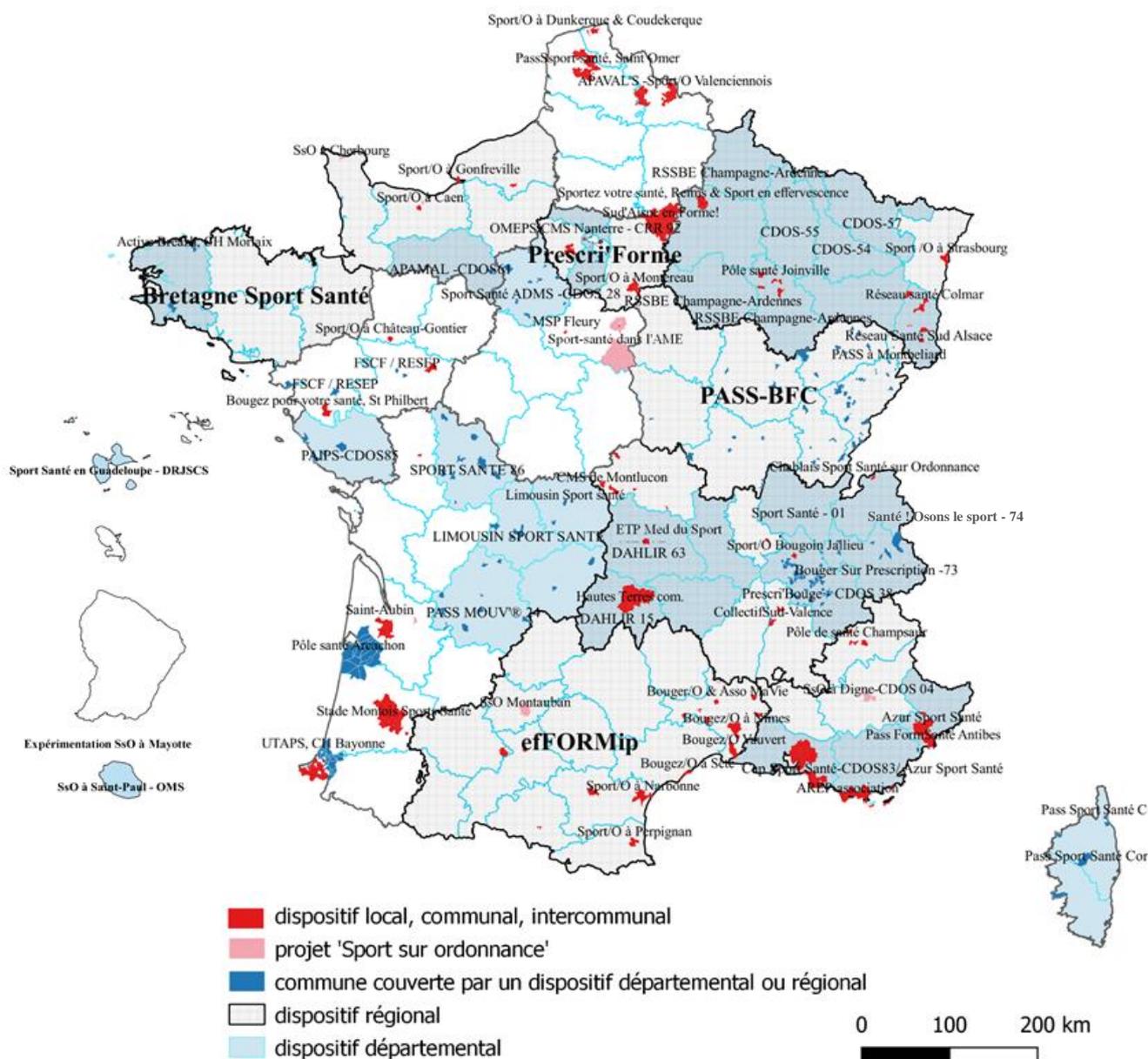
À la demande des institutions régionales (Conseil Régional, DRJSCS et ARS), la faisabilité du déploiement du dispositif d'efFORMip sur la Nouvelle-Aquitaine est en cours d'étude.

L'ARTICULATION ENTRE LES DIFFÉRENTES ÉCHELLES

Ces différentes échelles d'initiatives locales, communales, intercommunales, infra-départementales, départementales ou régionales s'articulent très souvent entre elles (Figure 8). Ainsi, les dispositifs institutionnels des ARS et DRJSCS d'Île-de-France ou de la région Grand-Est, mais également désormais celles d'Occitanie, d'AURA, de PACA, de Bretagne et très prochainement de Nouvelle-Aquitaine, proposent des outils tentant d'harmoniser les pratiques, des outils d'aide à la prescription, des outils de communication, des formations, un recensement de l'offre d'APA... Elles viennent en appui des initiatives locales portées par les communes, les CMS, les pôles de santé, et les réseaux de santé et de sport santé qui souhaitent développer l'activité physique sur prescription et qui ont le plus souvent la charge du personnel encadrant. Il en va de même pour des associations de professionnels, des réseaux de santé et de sport santé qui, après une phase expérimentale locale, proposent d'étendre leur expérience à d'autres collectivités et structures d'appui reconnues (exemple du développement de Limousin Sport Santé et de l'expérimentation PrescriMouv' à Poitiers, aujourd'hui portée par Sport Santé 86, étendue sur trois communes alentours et en cours de structuration sur trois autres communes du département de la Vienne).

Il est aussi fréquent que la mise en place des dispositifs dans les collectivités territoriales s'intègre aux Contrats Locaux de Santé (CLS), et soit donc implicitement cofinancée par les ARS.

Figure 8 – Cartographie des dispositifs recensés dans l'enquête selon leur échelle



Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

Des cartographies détaillées par région sont retrouvées en **Annexe 2**, et la liste des dispositifs avec les contacts des coordonnateurs en **Annexe 3**.

UNE OFFRE DIVERSIFIÉE

La plupart des coordonnateurs contactés sont des enseignants en APA. La formation en Master STAPS APA-S, apporte à la fois des capacités de coordination de projet mais également des compétences dans l'évaluation fonctionnelle, motivationnelle et dans l'accompagnement des personnes vers un projet d'AP. La plupart des stages et enseignements de la formation permettent d'aborder différentes pathologies chroniques. D'autres coordonnateurs sont des élus en charge du sport, compétents en coordination, ayant une connaissance des acteurs, des activités de sport santé et des lieux de pratique sur leur territoire.

Dans certains dispositifs, régionaux notamment (PASS en BFC, eFORMip en ex région Midi-Pyrénées), la coordination est dissociée de l'évaluation du patient. L'entretien coordonnateur-patient aboutit à l'orientation du bénéficiaire vers le professionnel en APA de son secteur. Ce dernier prend en charge l'évaluation fonctionnelle et motivationnelle puis établit le programme d'APA avec le patient.

L'offre du sport santé est extrêmement diverse. Les ateliers passerelles permettent de remettre en mouvement des patients très éloignés de la pratique d'activité physique avant de pouvoir les orienter vers des activités physiques de loisir et/ou de sport santé. Ces ateliers passerelles utilisent des programmes d'activité physique adaptée qui font appel pour leur conception et leur supervision à des professionnels de l'APA ou à des professionnels de santé. Concernant les créneaux sport santé, ils font appel à des éducateurs sportifs formés ou à des professionnels de l'APA selon le niveau de vulnérabilité des publics. Des créneaux sport santé sont souvent intégrés dans les programmes passerelles afin de proposer des activités physiques visant à l'autonomisation de la pratique, pour ensuite les orienter vers les AP qui leur correspondent.

Les formations au sport santé sont multiples et précisées dans les différents textes réglementaires (Encadré 6).

Encadré 6 – L'encadrement des activités physiques adaptées (Jacques Bigot, Responsable du Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être)

1. L'activité physique adaptée selon le décret (n°2016-1990 du 30 décembre 2016)

La pratique régulière d'APA doit permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif afin d'augmenter le niveau d'activité physique et de réduire les comportements sédentaires, les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte.

Le décret précise également que les techniques mobilisées relèvent des activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

2. Qui peut encadrer une activité physique adaptée?

Les intervenants pouvant dispenser de l'activité physique adaptée, issus de différents cursus de formation appartiennent au corps des :

- **Professionnels de santé** : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens ;
- **Professionnels titulaires d'un diplôme universitaire** dans le domaine de l'**activité physique adaptée** (filière STAPS -APA) ;
- **Professionnels du sport et personnes qualifiées** disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée :
 - titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistré au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), ainsi que fonctionnaires et militaires ;
Ces diplômes relèvent du champ du Ministère des Sports (Brevet d'État d'éducateur sportif (BEES), Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS), Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS)...) ainsi que de la filière STAPS ;
 - titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification

professionnelle (CQP) figurant sur la liste mentionnée à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistré au RNCP.

Les titres à finalité professionnelle feront très prochainement l'objet d'une liste fixée par arrêté **dans la mesure où il ne s'agit pas de certifications du Ministère des Sports ou de la filière STAPS mais de certifications mises en place par les branches professionnelles.**

- **Personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée,** répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 du décret et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité.

L'arrêté du 8 novembre 2018 fixe une première liste de ces certifications fédérales complétée par l'arrêté du 29 juillet 2019. L'arrêté du 19 juillet 2019 établit la liste de ces certificats de qualification professionnelle.

3. Tous les éducateurs sportifs peuvent-ils encadrer tous les patients en ALD, quel que soit leur état de santé ?

Tous les professionnels et personnes qualifiées précités ne peuvent pas intervenir auprès de tous les patients dans les mêmes conditions.

D'une part, le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 distingue deux situations particulières :

- patients atteints de **limitations fonctionnelles sévères ;**
- patients **ne présentant pas de limitations fonctionnelles sévères.**

D'autre part, l'instruction du 3 mars 2017 adressée aux services déconcentrés du Ministère des Sports et aux ARS décline quatre principaux phénotypes fonctionnels reposant sur différents niveaux d'altération : altération sévère, modérée, minime et sans limitation (cf. annexe 2 du décret - tableau des phénotypes de l'instruction).

À partir de son diagnostic, le médecin traitant détermine le niveau d'altération fonctionnelle du patient.

À noter :

S'agissant des patients présentant des limitations fonctionnelles sévères :

Seuls les professionnels de santé peuvent encadrer les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères.

Lorsque le patient a atteint une autonomie suffisante et présente une atténuation des altérations, les enseignants en activité physique adaptée (STAPS APA-S) peuvent intervenir en complémentarité des professionnels de santé.

Les éducateurs sportifs titulaires d'un diplôme du Ministère des Sports (BEES, BPJEPS, DEJEPS, DESJEPS), d'un titre à finalité professionnelle (TFP), d'un CQP ou d'une certification fédérale ne peuvent pas intervenir auprès de ces patients.

S'agissant des patients présentant des limitations fonctionnelles modérées :

Les titulaires d'un TFP ou d'un CQP ainsi que les personnes titulaires d'une certification fédérale peuvent encadrer des patients présentant des limitations fonctionnelles modérées dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

4. Une formation complémentaire est-elle obligatoire pour les personnes titulaires d'un diplôme relevant du Ministère des sports ?

Aucune formation complémentaire n'est requise par le décret pour les personnes titulaires d'un diplôme relevant du champ du Ministère des Sports (BEES, BPJEPS, DEJEPS...).

Cependant, l'accompagnement de ces éducateurs sportifs peut être recommandé afin de s'assurer qu'ils disposent des connaissances relatives aux pathologies ainsi qu'au fonctionnement du système de soins.

A minima, il est souhaitable qu'ils suivent des formations spécifiques « sport santé » dès lors que cette activité a été développée par la fédération sportive concernée.

Le Médicosport-Santé élaboré par la commission médicale du CNOSF est un outil d'appui aux professionnels de santé et du sport dans la prescription et la mise en œuvre d'activités physiques adaptées aux patients.

L'ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE : UN PROFESSIONNEL DE FORMATION UNIVERSITAIRE À L'APA

L'enseignant en APA n'est pas un professionnel de la rééducation, tels qu'ils sont définis dans le code de la Santé Publique. Cependant, par son approche et ses compétences spécifiques acquises lors de sa formation en STAPS, parcours APA-S, il apporte une valeur ajoutée à la prise en charge des bénéficiaires (Encadré 7).

Encadré 7 – L'enseignant en Activité Physique Adaptée, qui est ce professionnel et que fait-il sur le terrain ? (Mathieu Vergnault, Christophe Latrille, Damien Maudet, Sébastien Lefranc, Joffrey Humbert, SFP-APA)

LE RÉFÉRENTIEL MÉTIER

Après plusieurs mois de travail et une collaboration avec l'équipe Activités Physiques et Vulnérabilité du Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport et le Département APA-S de l'Université Claude Bernard Lyon 1, la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA, association créée en 2008 qui regroupe les professionnels diplômés en STAPS avec un parcours APA-S) a rédigé et publié le référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activité physique adaptée en août 2015. Ce référentiel métier est un document important soulignant les compétences de ces professionnels diplômés *a minima* de la Licence STAPS parcours APA-S. Il vise à faire reconnaître les actions des enseignants en APA sur le terrain, dans différentes situations professionnelles, en lien avec différents publics. L'ensemble des secteurs dans lesquels l'enseignant en APA intervient sont représentés : sanitaire, médico-social et social.

Au sein de ces secteurs, l'enseignant en APA possède sept compétences transversales :

1. Concevoir et rédiger un document cadre pour la pratique de l'APA dans le service ou la structure afin de mettre en cohérence le projet en APA avec le projet médical et/ou éducatif du service ou de la structure ;
2. Évaluer les besoins, les attentes, et les capacités des pratiquants afin de maintenir, rétablir ou améliorer les capacités d'action et d'interaction de l'individu, dans le but de favoriser et développer son autonomie ;
3. Élaborer un programme individualisé en concevant des interventions qui reposent sur les capacités des personnes en adaptant les activités physiques, sportives ou artistiques aux besoins des pratiquants et selon les moyens disponibles ;
4. Enseigner les activités physiques adaptées en accord avec le programme personnalisé en gérant la sécurité des pratiquants, tout en animant une intervention soutenant le plaisir dans l'activité physique et la participation sociale afin de favoriser des représentations de soi positives et l'apprentissage de nouveaux comportements ;
5. Réaliser et formaliser des bilans de l'intervention en APA ;
6. Participer à l'amélioration de la qualité de vie de la personne en amenant le pratiquant vers un changement des comportements liés à la sédentarité afin de réduire les facteurs de risque qui y sont associés ;
7. Se coordonner avec une équipe de professionnels pluridisciplinaires afin de coopérer avec un réseau d'acteurs permettant au pratiquant de poursuivre son projet.

Sans être ni spécifiques, ni exhaustifs, ces précédents points permettent d'illustrer les savoir-faire de l'enseignant en APA, professionnel du sport qui construit son action dans le but d'améliorer la santé des individus les plus fragiles.

LA FORMATION INITIALE

Formation spécifique universitaire en STAPS APA-S, de niveau minimum licence 3 (bac+3). Elle peut être approfondie par un Master 1 et Master 2, voire un Doctorat (bac+8).

LE MÉTIER

L'enseignant en APA intervient auprès de tout individu dont les aptitudes physiques, psychologiques, ou sociales réduisent la participation individuelle et collective et la capacité à avoir une activité physique. Il s'adresse de ce fait souvent aux personnes en situation de handicap, aux personnes vivant avec une maladie

chronique, aux personnes ayant des difficultés d'insertion sociale et aux personnes supportant les contraintes du vieillissement. Il intervient dans des conditions techniques, matérielles, règlementaires et motivationnelles adaptées à la situation, la sécurité et l'adhésion de l'individu, et ce grâce aux évaluations qu'il met en œuvre avant d'intervenir. Ceci dans un objectif d'optimisation de la condition physique par une réadaptation, un réentraînement, de l'éducation active et préventive et/ou de l'insertion sociale. À ces fins, il travaille à partir des sciences et techniques des activités physiques et sportives. Un cadre législatif²⁰ identifie les domaines d'intervention préférentiels des enseignants en APA aux personnes à limitations fonctionnelles modérées à sévères.

LE CODE DE DÉONTOLOGIE

Pour aller plus loin dans sa démarche de structuration de la pratique professionnelle, pour le bénéfice des pratiquants et patients les plus fragiles, la SFP-APA a publié, en septembre 2018, le code de déontologie de l'enseignant en APA. Riche de ses 49 articles, il se veut être un outil permettant de soutenir le savoir-être, une vision et une pratique éthique commune et pertinente de la profession dans le contexte institutionnel français actuel. La SFP-APA espère que ces travaux participeront à l'émergence d'un cadre législatif professionnel spécifique et qu'ils apporteront à la (re)connaissance de ce nouveau métier d'intérêt pour les enjeux de santé publique associés à l'activité physique à des fins de santé (cf. Stratégie Nationale de Santé pour la période 2018-2022 et Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024). En effet, pour l'heure, il n'existe pas de code de déontologie publié dans le journal officiel ou de décret d'exercice. Cela entraîne selon le secteur d'intervention, une reconnaissance partielle de ce métier. Les conventions collectives notamment n'intègrent que très peu cette profession dans leurs textes. Enfin, une méconnaissance à propos du métier d'enseignant en APA de la part du public, des autres professionnels et des institutions est constatée. Tout cela constitue des freins au déploiement de dispositifs et à la mise en place d'études désirant mobiliser des enseignants en activité physique adaptée sur le territoire national.

LE RÉFÉRENCEMENT

L'annuaire national des enseignants en activité physique adaptée est disponible pour les (futurs) pratiquants, prescripteurs, les professionnels de santé et les professionnels du sport. Sa consultation est libre et gratuite et les informations sont maintenues à jour (<https://www.sfp-apa.fr/annuaire/>).

LES REGROUPEMENTS DE PROFESSIONNELS EN APA ET GROUPEMENTS D'EMPLOYEURS

La plupart des collectivités, associations et clubs sportifs n'ont des besoins que ponctuels en professionnels du sport, du sport santé et de l'APA. Ces besoins ponctuels et dispersés géographiquement peuvent dissuader les professionnels de l'activité physique adaptée et du sport santé de multiplier les contrats et charges administratives. C'est particulièrement un frein au développement de ces activités en zones rurales. Sur certains territoires, des groupements d'employeurs (GE) ont été créés. Il s'agit d'associations loi 1901 qui permettent de mutualiser les besoins et permettent à ces professionnels du sport et de l'APA de n'avoir qu'un employeur : l'association. Chaque structure ayant un besoin ponctuel en professionnel du sport paie son affiliation à l'association *au prorata* de ses besoins (par exemple *Profession Sport et Loisir*, *GE2A* en Auvergne et *Sport Pyrénées Emploi 64*). Plusieurs de ces GE coordonnent des dispositifs d'activité physique sur prescription sur leur territoire (*Profession sport 59*, *Profession sport 24*, *Ain Profession sport*).

D'un autre côté, il existe des associations et des sociétés qui ne regroupent pas les employeurs mais les professionnels du sport santé et de l'APA. Certaines d'entre elles portent des dispositifs : l'association *Pas'APA* dans le Pas-de-Calais, l'association *Siel Bleu* ou la société *Mooven (ex V@si)* (non répondants au questionnaire), constituées exclusivement d'enseignants en APA. Cette dernière a récemment développé un dispositif à la demande d'une complémentaire santé souhaitant offrir un programme d'APA à ses adhérents atteints d'ALD.

²⁰ Décret n°2016-1990 du 30/09/2016 du code de la santé publique et instruction interministérielle N°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3/03/2017

LES DISPOSITIFS EN CHIFFRES

Le nombre médian de structures sportives accueillant les patients s'élève à 5 à l'échelle communale ou intercommunale. Il est égal à 16 pour les dispositifs infra-départementaux et départementaux et à 140 à l'échelle régionale. Parmi ces structures, 90% sont à but non lucratif.

Le nombre médian de créneaux sport santé hebdomadaires s'élève à 7 à l'échelle communale/intercommunale et à 20 à l'échelle infra-départementale/départementale.

Le type de professionnels du sport impliqués dans les dispositifs est représenté sur la Figure 9.

Au niveau des dispositifs d'échelle communale ou intercommunale (n=54) :

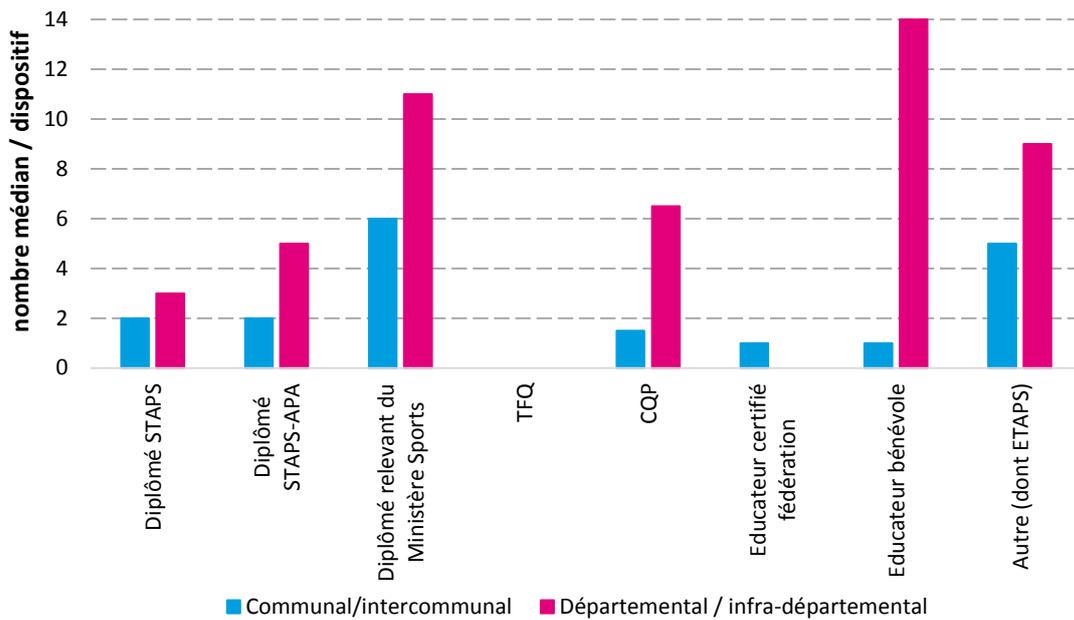
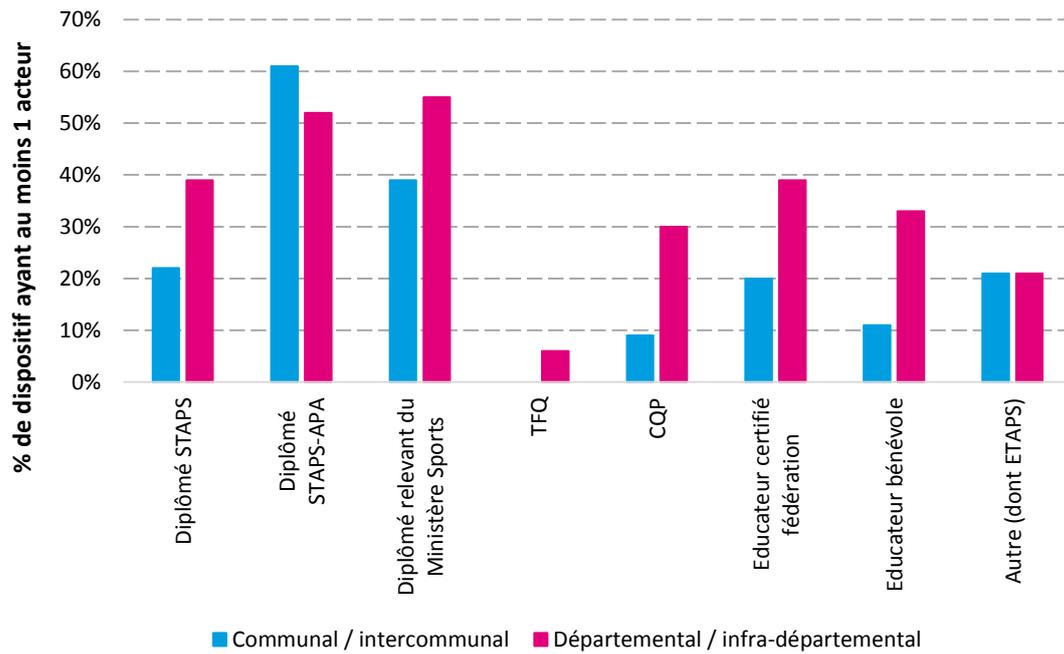
- 61% ont au moins 1 enseignant en STAPS-APA (médiane = 2 par dispositif) ;
- 39% ont au moins 1 titulaire d'un diplôme relevant du ministère des Sports (médiane = 6 par dispositif) ;
- 9% ont au moins 1 éducateur certifié CQP (médiane = 1.5 par dispositif) ;
- 20% ont au moins 1 éducateur certifié par une fédération (médiane = 1 par dispositif) ;
- 3 dispositifs (6%) intègrent chacun 1 masseur-kinésithérapeute diplômé d'état (MKDE) ;
- 3 communes utilisent des ETAPS²¹ (5 à BLAGNAC, 14 à CAEN et 20 à DUNKERQUE) ;
- À MONTREUIL, l'activité physique sur prescription s'appuie sur le dispositif de la région « Prescri'Form » et des éducateurs sportifs formés au sport santé par le CROS d'Île-de-France. À TARASCON-SUR-ARIÈGE, l'activité physique sur prescription s'appuie sur des éducateurs sportifs et des enseignants APA du réseau régional « eFORMip » ayant une double formation « médecin-éducateur » ;
- Enfin, 15% des dispositifs ont 1 à 3 éducateurs bénévoles.

Au niveau départemental (n=35) :

- 56% ont au moins 1 enseignant en STAPS APA-S (médiane = 4 par dispositif) ;
- 53% ont au moins 1 titulaire d'un diplôme relevant du ministère des Sports (médiane = 11 par dispositif) ;
- 31% ont au moins 1 éducateur certifié CQP (médiane = 7 par dispositif) ;
- 38% ont au moins 1 éducateur certifié par une fédération sportive (nombre non renseigné) ;
- 13% intègrent de 1 à 3 MKDE ;
- Enfin, 34% des dispositifs (12 sur 35) s'appuient également sur des éducateurs bénévoles (médiane = 14 par dispositif). Néanmoins, seuls 4 dispositifs ont renseigné ce nombre.

²¹ L'éducateur territorial en activités physiques et sportives (ETAPS) est un fonctionnaire travaillant pour une collectivité locale (commune, département, région, intercommunalité). Il participe à la définition, coordonne et met en place sur le plan administratif, social, technique, pédagogique et éducatif le projet d'activités physiques et sportives décidé par la commune.

Figure 9 – Fréquence des professionnels du sport impliqués dans les dispositifs d'activité physique sur prescription (en %) et nombre médian, selon l'échelle des dispositifs



TFQ = titre à finalité professionnelle; CQP = certificat de qualification professionnelle

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

Au niveau régional, le recensement des acteurs du sport santé réalisé par les DRJSCS est en cours. À titre d'exemples, nous présentons les données de deux dispositifs « opérationnels » :

- efFORMip (créé en 2005) :
 - 842 structures sportives d'accueil, dont 805 (95%) à but non lucratif ;
 - 152 diplômés de STAPS, dont 63 enseignants en STAPS-APA ;
 - 426 titulaires d'un diplôme relevant du ministère des Sports ;
 - 116 éducateurs certifiés CQP ;
 - 225 éducateurs certifiés par une fédération sportive.
- Parcours d'accompagnement sportif pour la santé en Bourgogne-Franche-Comté (créé en 2011) :
 - 65 structures sportives d'accueil, 100% à but non lucratif ;
 - 10 enseignants en STAPS-APA ;
 - 34 titulaires d'un diplôme relevant du ministère des Sports ;
 - 4 éducateurs certifiés CQP ;
 - 16 éducateurs certifiés par une fédération sportive ;
 - 4 masseur-kinésithérapeutes diplômés d'état.

Comme le souligne le Pr Claire Perrin dans la postface de ce rapport ou encore dans l'expertise collective de l'Inserm de 2019, les premiers médecins et services de médecine à avoir utilisé l'activité physique à des fins thérapeutiques étaient le plus souvent en charge de patients atteints de maladies métaboliques (obésité, diabète), cardiaques ou respiratoires. Depuis, les bénéfices thérapeutiques d'une activité physique régulière ont été démontrés pour de nombreuses autres pathologies chroniques et sont communément admis par l'ensemble du corps médical et paramédical. Cependant, la prescription de cette thérapeutique non médicamenteuse est encore très peu utilisée en médecine ambulatoire. La formation des médecins à son utilisation ainsi que l'implication des structures et professionnels de santé dans ces dispositifs est déterminante.

LA FORMATION DES MÉDECINS

Bien que la prescription d'activité physique soit entrée au programme des épreuves classantes nationales en 2017, elle reste très peu enseignée, que ce soit dans le tronc commun des études médicales (2^{ème} cycle) ou au cours de l'internat (3^{ème} cycle). Des initiatives sont à souligner, comme par exemple à Strasbourg, où une formation optionnelle pour les étudiants en médecine est portée par le département de médecine générale, ou à la Faculté de médecine de Toulouse où une journée obligatoire aborde ce sujet auprès de tous les internes de médecine générale.

La prescription d'activité physique adaptée fait l'objet de quelques pages dans le Référentiel des Collèges de Médecine Physique et Réadaptation et celui de Cardiologie. Un ouvrage de cette même édition intitulé « Activité physique et sportive : facteur de santé » paru en août 2019, a été rédigé par le collège des enseignants de Médecine et Traumatologie de l'Exercice et du Sport.

Malgré tout, très peu de formations sont proposées (Diplômes Universitaires (DU), Massive Open Online Course (MOOC)) et relèvent de choix personnels. Or l'absence de formation est parmi les freins à la prescription d'activité physique les plus évoqués par les médecins généralistes²². De nombreux dispositifs intègrent la formation des prescripteurs dans leurs prérogatives. Certains modules de la formation efFORMip (Encadré 8) sont par exemple communs aux éducateurs sportifs et aux médecins prescripteurs ouvrant ainsi la possibilité d'échanges entre les professionnels de santé et les professionnels de l'APA.

Encadré 8 – Les formations d'efFORMip (Marie-Liesse Dovergne, Directrice d'efFORMip)

La formation constitue la base de l'action d'efFORMip. Le dispositif d'accompagnement de patients proposé par l'association repose sur un réseau d'intervenants spécifiquement formés pour prescrire de l'activité physique aux porteurs de pathologies chroniques (médecins) puis pour les prendre en charge de manière adaptée au sein des structures associatives et des collectivités territoriales de la région (intervenants sportifs). Dans ce cadre, médecins et intervenants sportifs sont formés conjointement.

Formation « Activités physiques et sportives sur prescription médicale »

Destinée aux professionnels de santé (en premier lieu, les médecins généralistes) et aux encadrants sportifs, cette formation déclinée en trois modules permet de répondre aux problématiques liées à la pratique d'activité physique par les personnes porteuses de pathologies chroniques : **Comment prescrire ? Comment orienter son patient** vers une structure au sein de laquelle il pourra pratiquer **en toute sécurité ? Comment encadrer la pratique** d'un patient bénéficiaire d'une prescription médicale ? Comment l'accueillir dans sa structure pour une pratique **en toute sécurité ? Comment l'intégrer à un groupe** et contribuer à **pérenniser sa pratique ?**

Cette formation permet aux médecins de :

- Mieux cerner les bénéfices de la prescription d'activités physiques adaptées aux différentes pathologies ;
- Repérer les patients pouvant bénéficier d'une prescription d'activités physiques et sportives ;

²² Lesage 2016 ; Pellegrin 2014 ; Anis 2015

- Rédiger une prescription d'activités physiques et sportives en fonction des pathologies ;
- Motiver les patients concernés à la pratique régulière d'activité physique et sportive, et les accompagner dans leur démarche.

Cette formation permet aux encadrants sportifs d'apprendre à :

- Accompagner des patients porteurs de pathologie(s) chronique(s) dans leur pratique d'activité physique ;
- Développer leurs compétences pour adapter la pratique en fonction de la prescription médicale ;
- Maîtriser les recommandations et restrictions pour les différents types de pathologies ;
- Réaliser des tests d'évaluation de la condition physique et utiliser des outils de suivi adéquats ;
- Conseiller des séances en autonomie en complément de celles encadrées ;
- Soutenir la motivation des patients ;
- Contribuer à la pérennisation de l'activité.

L'ENGAGEMENT DES STRUCTURES ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

À l'échelle communale et intercommunale, les dispositifs d'activité physique sur prescription s'appuient surtout sur l'intérêt personnel des médecins généralistes pour la prescription d'AP et moins sur les structures de santé. Pour 1/3 des dispositifs, aucune structure de santé n'est conventionnée. Une structure hospitalière est engagée dans 1/3 des dispositifs, et un centre médico-sportif ou une maison de santé pluriprofessionnelle sont engagés dans 1/3 des dispositifs.

Les professionnels de santé acteurs de ces dispositifs sont essentiellement les médecins généralistes, présents dans 77% des dispositifs, avec une médiane de 13 praticiens par dispositif. Il est difficile de savoir si le nombre de médecins généralistes rapporté correspond au nombre de médecins prescripteurs. Certains coordonnateurs précisent le nombre de médecins à qui le dispositif a été présenté, d'autres le nombre de médecins prescripteurs et d'autres encore le nombre de médecins généralistes présents sur la commune.

Enfin, en dehors des médecins spécialistes impliqués dans 1 dispositif sur 2, les autres professionnels de santé sont relativement peu (masseur-kinésithérapeutes, infirmiers, diététiciens) ou rarement (psychomotriciens, ergothérapeutes) représentés.

Les dispositifs d'activité physique sur prescription départementaux et infra-départementaux font intervenir davantage de structures de santé. Elles y sont plus représentées. En particulier, les CH et les CHU sont impliqués dans 60% d'entre eux. Un dispositif sur 3 est conventionné avec un centre de réadaptation ou un service de soin de suite, 1 dispositif sur 3 avec des centres médico-sportifs, 1 sur 3 avec des cliniques privées. Les médecins spécialistes y sont également plus représentés (69% ; médiane de 3 par dispositif). Les médecins généralistes y restent majoritaires, présents dans 69% des dispositifs avec une médiane de 6 généralistes par dispositif. Là encore, le nombre de médecin rapporté est difficile à interpréter. Les infirmiers y sont bien plus présents, retrouvés dans 38% des dispositifs (13/35) avec une médiane de 2 IDE par dispositif.

Plusieurs études menées en France sur la motivation, les freins et les leviers à la prescription d'activité physique montrent que les médecins traitants, bien que convaincus de la nécessité d'une activité physique adaptée et régulière pour leurs patients, ne savent pas comment, quoi et à qui prescrire cette thérapeutique^{23,24}. L'Encadré 9 présente l'initiative d'un groupe de médecins de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Normandie, permettant aux praticiens généralistes de s'appuyer sur un réseau de médecins correspondant en activité physique thérapeutique : le réseau MÉNAPT.

²³ ORS Poitou-Charentes, URPS-ml Poitou-Charentes. Les médecins généralistes en Poitou-Charentes : promotion et prescription de l'activité physique. Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Juin 2016. N° 3. 4 p.

²⁴ Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Baromètres santé, 2011 : 266 p.

Encadré 9 – Présentation du Réseau MÉNAPT (Dr Bruno Burel, Médecin du sport à Rouen, URML Normandie)

Créé en 2018, le Réseau Normand des Médecins Correspondants en Activité Physique Thérapeutique, dénommé MÉNAPT, est à disposition des médecins traitants, des départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. En 2019, il s'étend progressivement aux trois autres départements normands, le Calvados, la Manche, et l'Orne.

Ses objectifs sont :

- D'accompagner et favoriser la prescription d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse ;
- D'informer les médecins prescripteurs ;
- De répondre aux besoins des territoires en offrant des avis de consultants dans le cadre du parcours de soins sur demande des médecins prescripteurs ;
- De recenser les médecins correspondants.

Organisation et moyens :

Le Réseau MÉNAPT est piloté par l'Union régionale des médecins libéraux de Normandie avec l'appui de l'ARS et de la DRDJSCS de Normandie. Il est constitué de médecins, libéraux et salariés, qui sont à la disposition de l'ensemble des médecins du territoire lorsqu'ils souhaitent un avis de consultant spécialisé à ce sujet pour leurs patients.

Les membres du Réseau signataires de la Charte MÉNAPT sont médecins, et ont tous été formés à la prescription d'activités physiques thérapeutiques et aux règles et usages des outils et documents du Réseau. Ils connaissent les structures, clubs et associations, acteurs régionaux proposant du « sport santé », ayant qualité à accueillir les patients porteurs de maladies chroniques.

Pour en savoir plus : <https://www.urml-normandie.org/en-action/sport-sante-sur-ordonnance/>

LES DISPOSITIFS EN CHIFFRES

Les résultats de l'analyse descriptive sont représentés sur les Figures 10 et 11. Plusieurs dispositifs en cours de structuration n'ont pas encore déclaré de prescripteurs et autres acteurs de santé.

À l'échelle communale et intercommunale :

Les structures de santé impliquées sont :

- un centre hospitalier dans 31% des dispositifs ;
- des maisons de santé pluri-professionnelles dans 23% des dispositifs (médiane = 2 par dispositif) ;
- un centre médico-sportif dans 19% des dispositifs ;
- d'autres structures dans 19% des dispositifs (école de kinésithérapie à CHARENTON-LE-PONT, réseau de santé à VALENCE, centres municipaux de santé à MONTREUIL) ;
- une clinique pour 13% des dispositifs ;
- un centre de rééducation fonctionnel (CRF) ou un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans 8% des dispositifs ;
- Enfin, 32% des dispositifs ne déclarent aucune structure de santé impliquée.

Les professionnels de santé impliqués sont :

- des médecins généralistes dans 87% des dispositifs (médiane = 12 par dispositif) ;
- des médecins spécialistes dans 54% des dispositifs (médiane = 3 par dispositif) ;
- des masseur-kinésithérapeutes diplômés d'état dans 39% des dispositifs (médiane = 1 par dispositif) ;
- des infirmiers diplômés d'état dans 15% des cas (médiane = 7 par dispositif) ;
- d'autres professionnels dans 7% des dispositifs (psychomotriciens, ergothérapeutes, pharmaciens, psycho-oncologues, diététiciens).

Au niveau départemental et infra-départemental (n=34) :

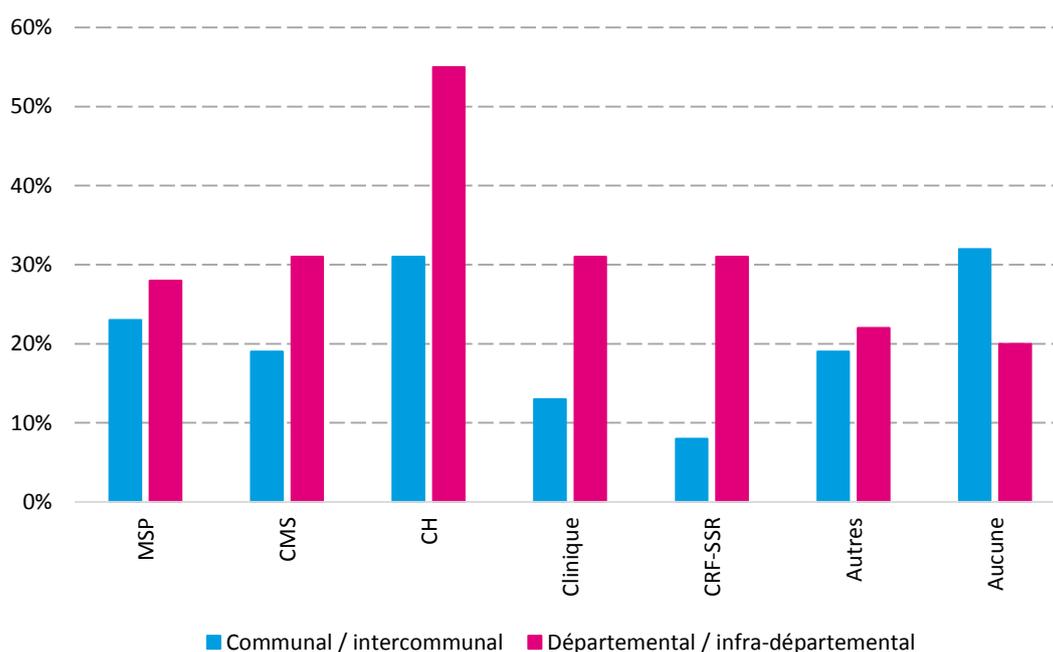
Les structures de santé impliquées sont :

- un centre hospitalier dans 55% des dispositifs ;
- des centres médico-sportifs dans 31% des dispositifs (médiane = 2 par dispositif) ;
- un établissement clinique dans 31% des cas ;
- un centre de rééducation fonctionnel ou un service de soins de suite et de réadaptation dans 31% des dispositifs ;
- des maisons de santé pluri-professionnelles dans 28% des dispositifs (médiane = 3 par dispositif) ;
- d'autres structures dans 20% des dispositifs, notamment des centres d'éducation thérapeutique du patient ;
- Enfin, 20% (7/35) ne déclarent aucune structure de santé impliquée dans leur dispositif.

Les professionnels de santé impliqués sont :

- des médecins généralistes dans 70% des dispositifs (médiane = 6 par dispositif) ;
- des médecins spécialistes dans 64% des dispositifs (médiane = 3 par dispositif) ;
- des masseur-kinésithérapeutes diplômés d'état dans 28% des dispositifs (médiane = 3 par dispositif) ;
- des infirmiers diplômés d'état dans 38% des dispositifs (médiane = 2 par dispositif) ;
- d'autres professionnels : psychomotriciens (6%), ergothérapeutes (9%), pharmaciens, psychoncologues, diététiciens (21%).

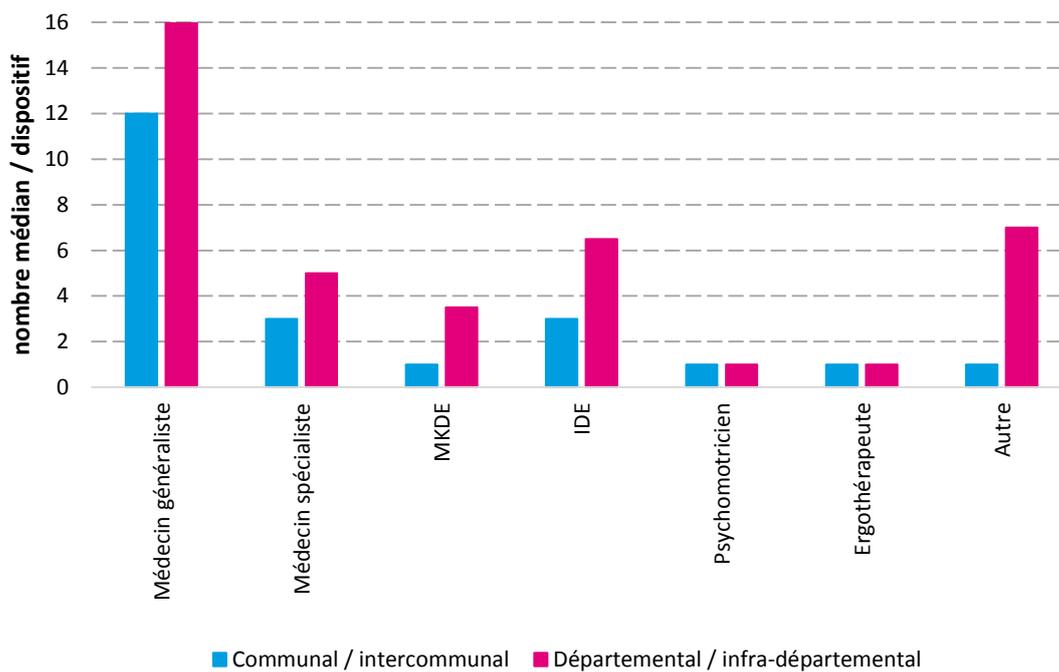
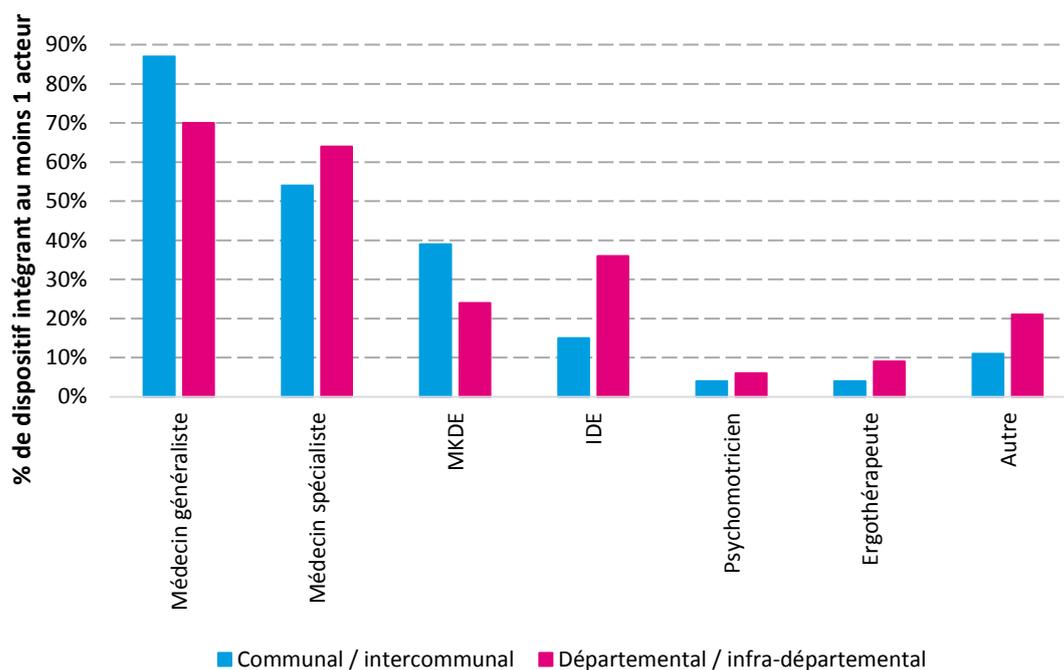
Figure 10 – Fréquence des structures de santé impliquées dans les dispositifs d'activité physique sur prescription (en %), selon l'échelle des dispositifs



MSP = Maison de santé pluri-professionnelle ; CMS = Centre médico-sportif ; CH = Centre hospitalier ; CRF-SSR = Centre de rééducation fonctionnel ou Service de soins de suite et de réadaptation

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

Figure 11 – Fréquence des professionnels de la santé impliqués dans les dispositifs d'activité physique sur prescription (en %) et nombre médian selon l'échelle des dispositifs



MKDE = Masseur-kinésithérapeute diplômé d'état ; IDE = Infirmier diplômé d'état

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

LE PROFIL DES BÉNÉFICIAIRES

Concernant le nombre de bénéficiaires annuels, de nombreux dispositifs ont débuté au cours de l'année 2018 ou 2019 (Figure 3) et n'avaient donc pas une année entière révolue au moment de l'enquête. Il est vraisemblable que cet état de fait explique que seuls 51 dispositifs sur 99 aient renseigné le nombre de leurs bénéficiaires annuels.

Le nombre médian de bénéficiaires annuels pour les 51 dispositifs ayant répondu à l'item s'élève à :

- 51 pour les dispositifs communaux et intercommunaux [Q1=45 ; Q3=154]²⁵ (n=30) ;
- 170 pour les dispositifs départementaux et infra-départementaux [Q1=90 ; Q3=212] (n=20) ;
- 450 pour les dispositifs régionaux (minimum = 400 ; maximum = 500) (n=2).

Le nombre total de bénéficiaires sur l'année écoulée pour les 51 dispositifs ayant répondu à cet item s'élève à 6 541 personnes :

- 2 309 pour les dispositifs communaux intercommunaux ;
- 3 192 pour les dispositifs départementaux et infra-départementaux ;
- 900 pour les deux dispositifs régionaux opérationnels (500 pour eFORMip, 400 pour PSS-BFC).

DES BÉNÉFICIAIRES EN ALD MAIS PAS SEULEMENT

Le taux de réponse concernant le profil des bénéficiaires (type de pathologies et/ou de fragilités prises en charge) est de 84%. La Figure 12 représente la fréquence des pathologies et des situations des personnes prises en charge.

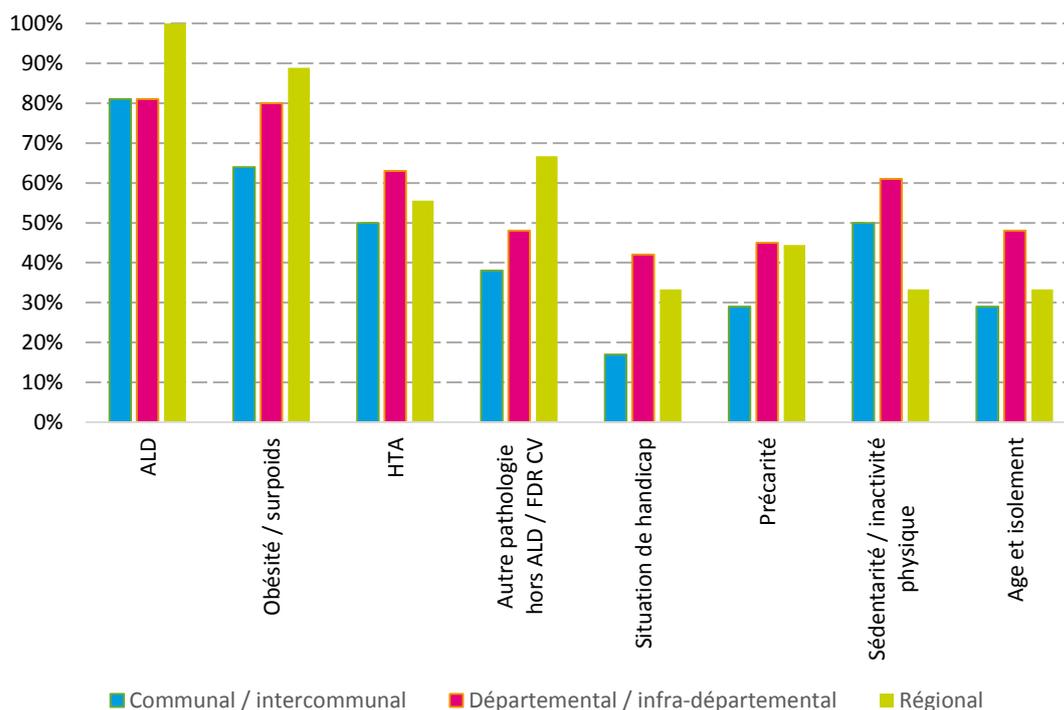
Au total, toutes échelles confondues, 83% des dispositifs s'adressent à des personnes en ALD. Mais les bénéficiaires hors ALD sont également fréquemment ciblés, notamment : 73% des dispositifs s'adressent à des personnes obèses ou en surpoids, 55% à des personnes atteintes d'hypertension artérielle (HTA), 45% à des personnes atteintes d'autres pathologies hors ALD et/ou de facteurs de risque cardiovasculaire, 51% à des personnes sédentaires et/ou physiquement inactives, 37% à des personnes âgées ou isolées, 36% à des personnes en situation de précarité, 27% à des personnes en situation de handicap.

La nature des bénéficiaires est sensiblement la même concernant les dispositifs communaux/intercommunaux et départementaux/infra-départementaux. Néanmoins, les offres d'APA pour les sujets hors ALD (HTA, obésité, autres pathologies hors ALD), en situation de handicap, précaires, sédentaires/inactifs ou avançant en âge/isolées, sont plus fréquentes pour les dispositifs départementaux.

²⁵ Le premier quartile (noté Q1) est la valeur d'une série qui est supérieure ou égale à au moins 25% des données de la série ordonnée de valeurs statistiques.

Le troisième quartile (noté Q3) est la valeur d'une série qui est supérieure ou égale à au moins 75% des données de la série ordonnée de valeurs statistiques.

Figure 12 – Profil des bénéficiaires, selon l'échelle des dispositifs (en %)



ALD = affection de longue durée ; HTA = hypertension artérielle ; FDR CV = facteur de risque cardiovasculaire

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

LES PARCOURS DE SOIN

Recrutement des patients

Le recrutement des bénéficiaires est essentiellement de deux types. Les médecins informés du dispositif et/ou formés à la prescription d'activité physique prescrivent une APA à leurs patients. Mais il existe très régulièrement un recrutement inverse. Les patients ont pris connaissance du dispositif et demandent à leur médecin traitant une prescription d'activité physique.

Enfin, il existe également l'initiative d'une complémentaire de santé qui, sur un territoire expérimental, a informé ses adhérents en ALD de la possibilité d'une prise en charge d'un programme d'APA sur prescription de leur médecin traitant (non-répondant au questionnaire).

Bilans de santé

Les bilans de santé réalisés à l'entrée du dispositif ne sont renseignés que dans 45% des réponses. Parmi eux, des bilans de condition physique, de motivation, d'activité physique et de sédentarité sont rapportés dans 70% des cas. Les acteurs de ces évaluations sont majoritairement des médecins (79%) et des enseignants en APA (58%).

Orientation des patients

Près de 2/3 des patients (61%) sont orientés vers des clubs et associations (créneaux sport santé) et 1/3 (36%) vers des ateliers passerelles. La durée médiane des ateliers passerelles, renseignée par 53% des dispositifs, est de 4 mois, pour les dispositifs d'échelle locale comme départementale.

La durée médiane du suivi des patients est de 12 mois.

L'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

Une évaluation des programmes est rapportée pour 68% des dispositifs. Elle concerne d'une part l'activité du dispositif, d'autre part l'évolution des patients.

Concernant l'évaluation du dispositif lui-même, elle se fait à travers :

- des rapports d'activité annuels ;
- le décompte des prescriptions médicales et des bénéficiaires ;
- l'évolution du nombre de partenaires professionnels de santé et du sport santé ;
- l'évolution des territoires couverts.

Des recherches universitaires notamment des thèses en STAPS et en médecine visent à produire des données probantes, ces recherches faisant parfois l'objet de conventions avec des laboratoires de recherche comme E3S à Strasbourg ou L-VIS à Lyon. Les chercheurs en sciences sociales du sport se sont d'ailleurs fédérés au sein de l'Institut de Recherche collaborative sur l'Activité Physique et la promotion de la santé (ReCAPPS), dans l'objectif de produire des recherches comparatives sur le territoire national.

Concernant l'évaluation des dispositifs, elle porte majoritairement sur :

- la condition physique (test de marche de 6 minutes, force musculaire, souplesse, équilibre, tests Diagnoform^{®26}, podomètres et cardiofréquencemètres) ;
- des questionnaires de qualité de vie (SF-12, VQ11 et CAT (BPCO), MFI20 (cancers)), d'activité physique et de sédentarité (Recent physical activity questionnaire (RPAQ), Ricci et Gagnon), de motivation (Prochaska et Di Clemente) ;
- l'assiduité des patients à la pratique d'activité physique 12 mois après la prescription. L'outil le plus souvent utilisé est un carnet de suivi. L'évaluation se fait également par téléphone pour certains dispositifs.

L'article D.1172-1 du décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'ALD rappelle que « *la dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte* ».

D'autre part, de nombreux experts rappellent que l'objectif de tels dispositifs est d'amener les patients à poursuivre leurs activités physiques au long court. Le Pr Daniel Rivière, à l'origine notamment du dispositif efFORMip, rappelle qu'après des années d'évaluations basées sur des critères clinico-biologiques, le critère lui paraissant le plus important est la poursuite des activités physiques au long court (au moins trois ans avec un questionnaire et/ou un appel téléphonique annuel).

Au regard de l'ensemble des renseignements recueillis dans cette étude, il apparaît que les méthodes d'évaluations des dispositifs sont très hétérogènes. Au vu de la littérature et des avis d'experts, elle devrait porter *a minima* sur un questionnaire d'activité physique validé (ce qui n'est pas le cas du questionnaire de Ricci et Gagnon) et un suivi des activités physiques de loisir, en club, association ou en autonomie (carnet de liaison) au cours des 6 mois à 1 an qui suivent la prise en charge.

²⁶ Le Diagnoform[®] est un outil créé par l'Institut des Rencontres de la Forme (IRFO) et ses partenaires, permettant d'évaluer le niveau de forme d'un individu en lui proposant une série de tests ludiques et adaptés à son âge.

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET PRIVÉS

Le taux de réponse en ce qui concerne les partenariats institutionnels et privés est de 91% (87% à l'échelle communale ou intercommunale, 97% à l'échelle départementale et infra-départementale).

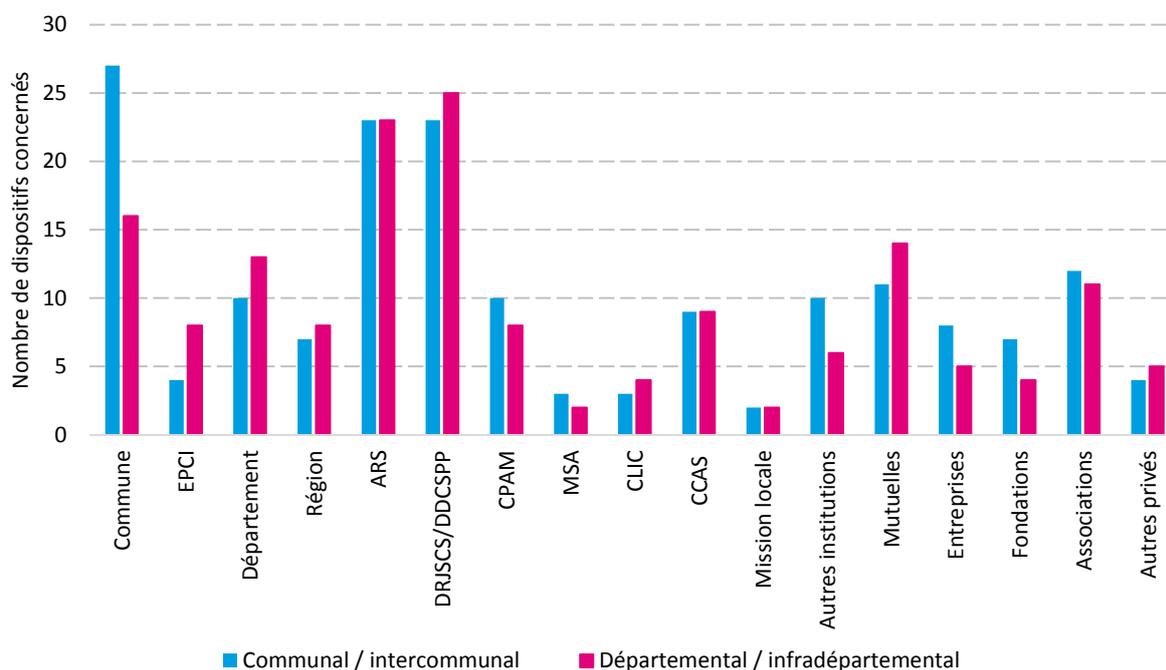
Les partenaires institutionnels et privés peuvent être des partenaires mettant à disposition des structures et équipements sportifs, des personnels encadrants, des moyens de communications, des outils d'aide à la prescription. Ils ne sont pas toujours des partenaires financiers (cf. chapitre « Partenaires financiers »).

Une forte implication des ARS et des DRDJSCS/DDCSPP est observée dans les dispositifs d'échelle départementale et infra-départementale (respectivement 72% et 78% des dispositifs). C'est le cas par exemple des DAPAP en région Auvergne-Rhône-Alpes.

À noter également que seuls 64% des dispositifs d'échelle communale ou intercommunale ont un partenariat avec la ville (56%) ou la communauté de communes concernée (8%), bien que les dispositifs bénéficient aux habitants. De même, les Conseils départementaux ne sont impliqués que dans 41% des dispositifs d'échelle départementale et infra-départementale (Figure 13).

Concernant le faible engagement des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), il faut noter que ceux-ci sont généralement peu impliqués sur les questions de santé, en raison de leurs compétences réglementaires. Cependant, compte-tenu que la majorité des grands équipements sportifs sont gérés par l'intercommunalité, une montée en puissance de ces partenariats pourrait être observée.

Figure 13 – Partenaires institutionnels et privés des dispositifs communaux/intercommunaux et départementaux/intra-départementaux (en nombre de dispositifs concernés)



EPCI = Établissement public de coopération intercommunale ; ARS = Agence Régionale de Santé ; DRDJSCS = Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; DDCSPP = Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations ; CPAM = Caisse primaire d'assurance maladie ; MSA = Mutualité sociale agricole ; CLIC = Centres Locaux d'Information et de Coordination ; CCAS = Centre communal d'action sociale

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

BUDGET, COÛT DE LA PRISE EN CHARGE ET COÛT PAR BÉNÉFICIAIRE

Budget annuel

En raison notamment d'un taux de réponse faible pour les dispositifs récents, le taux de réponse est de 56% sur l'ensemble des dispositifs retenus (53% à l'échelle communale/intercommunale, 67% à l'échelle départementale/infra-départementale).

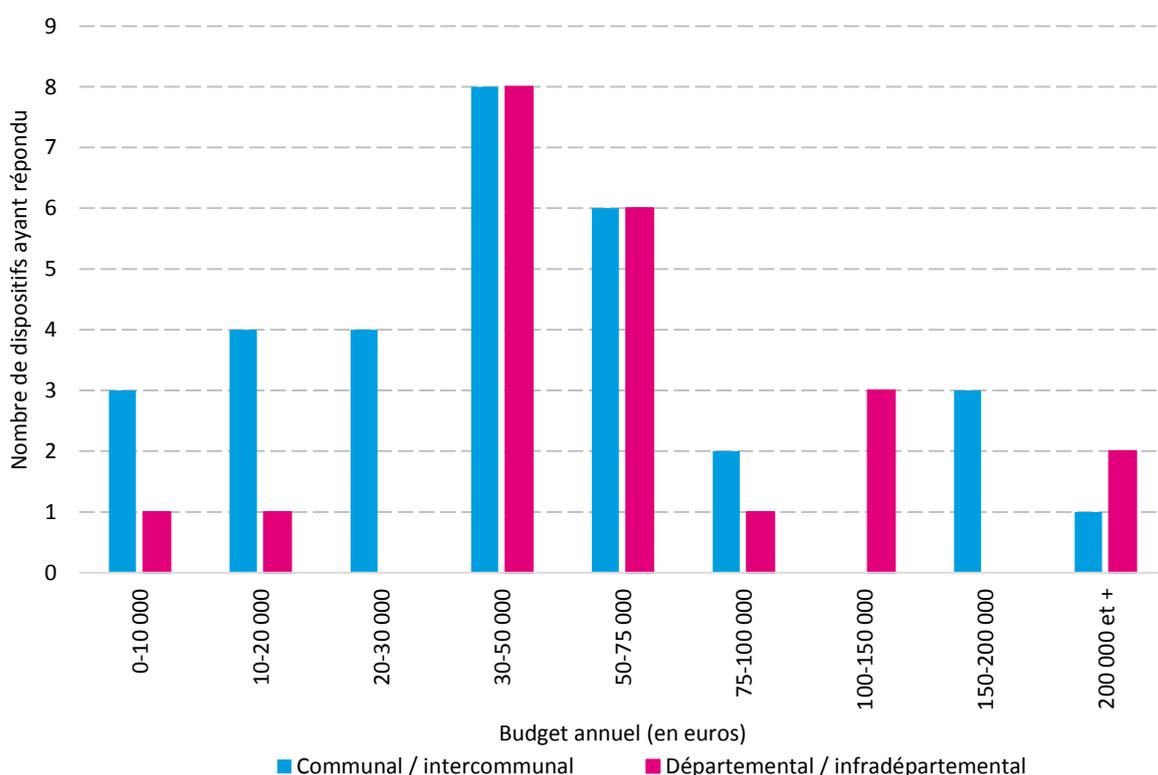
Les budgets par dispositif sont très variables, allant de 3 150 à 522 000 euros. C'est particulièrement vrai concernant les dispositifs portés à l'échelle communale/intercommunale. Néanmoins, la majorité des dispositifs se situe dans des budgets s'échelonnant de 30 000 à 75 000 euros (Figure 14).

Le budget médian s'élève à :

- 38 000 euros annuel [Q1=21 653 ; Q3=55 000] pour les dispositifs d'échelle communale ou intercommunale ;
- 51 208 euros annuel [Q1=40 000 ; Q3=83 331] pour les dispositifs d'échelle départementale ou infra-départemental.

À noter que les budgets des dispositifs régionaux ne sont pas suffisamment renseignés pour figurer dans l'analyse.

Figure 14 – Distribution du budget annuel (en euros), selon l'échelle des dispositifs



Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

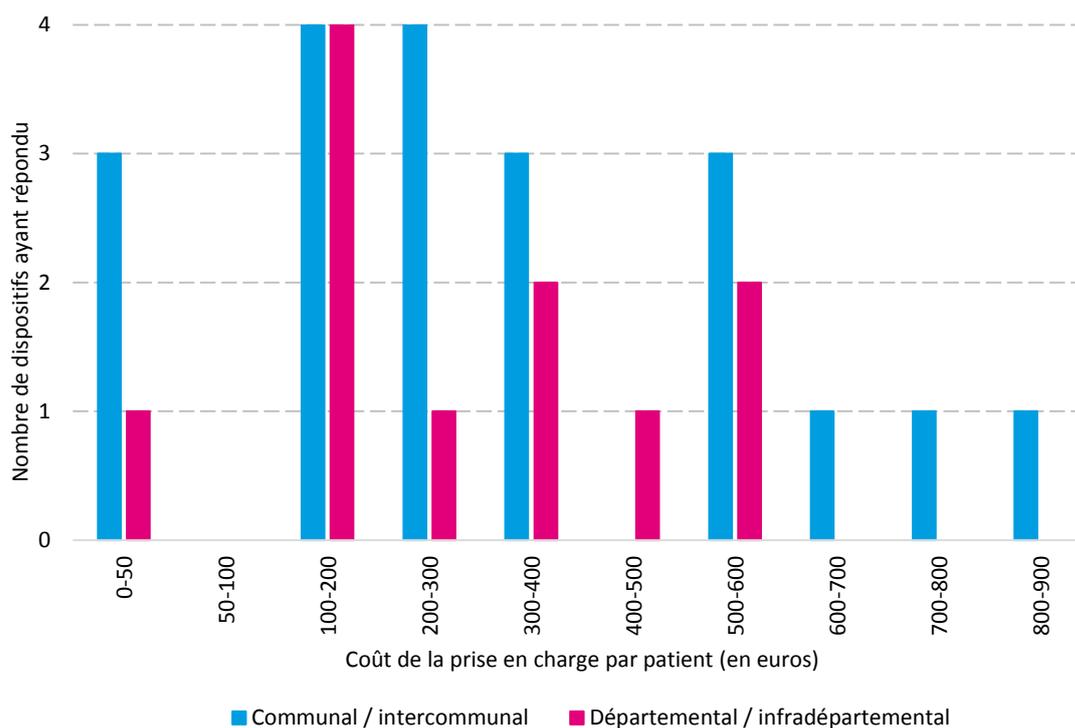
Coût de la prise en charge par patient

Le taux de réponse concernant le coût de la prise en charge par bénéficiaire (Figure 15) est de 35% (36% à l'échelle communale/intercommunale, 33% à l'échelle départementale/intra-départementale).

Le coût médian de la prise en charge s'élève à :

- 268 euros [Q1=115, Q3=506] pour les dispositifs communaux/intercommunaux ;
- 151 euros [Q1=125, Q3=350] pour les dispositifs départementaux.

Figure 15 – Distribution du coût de prise en charge par patient (en euros), selon l'échelle des dispositifs



Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

Concernant la relation qu'il pourrait y avoir entre le nombre de bénéficiaires annuel et le coût par patient, les données ne permettent pas de trouver de corrélation. Néanmoins, les données sont très incomplètes : seuls 26 dispositifs ont renseigné les deux valeurs et 5 d'entre eux ont des coûts inférieurs à 70 euros annuel, ce qui paraît très faible. En effet, dans ces estimations financières, il faut compter le coût du professionnel de l'AP qui assure les séances d'AP adaptées, l'évaluation de la condition physique et du niveau d'AP et de sédentarité (voire d'autres éléments d'évaluation) au début et à la fin de la prise en charge.

Le coût annuel par bénéficiaire apparaît extrêmement variable dans les dispositifs prenant en charge de petits effectifs (moins de 100 patients par an), allant de 50 à 800 euros. Il est cependant comparable (autour de 200 euros par bénéficiaire et par an) pour les dispositifs ayant un nombre de bénéficiaire annuel supérieur ou égal à 150.

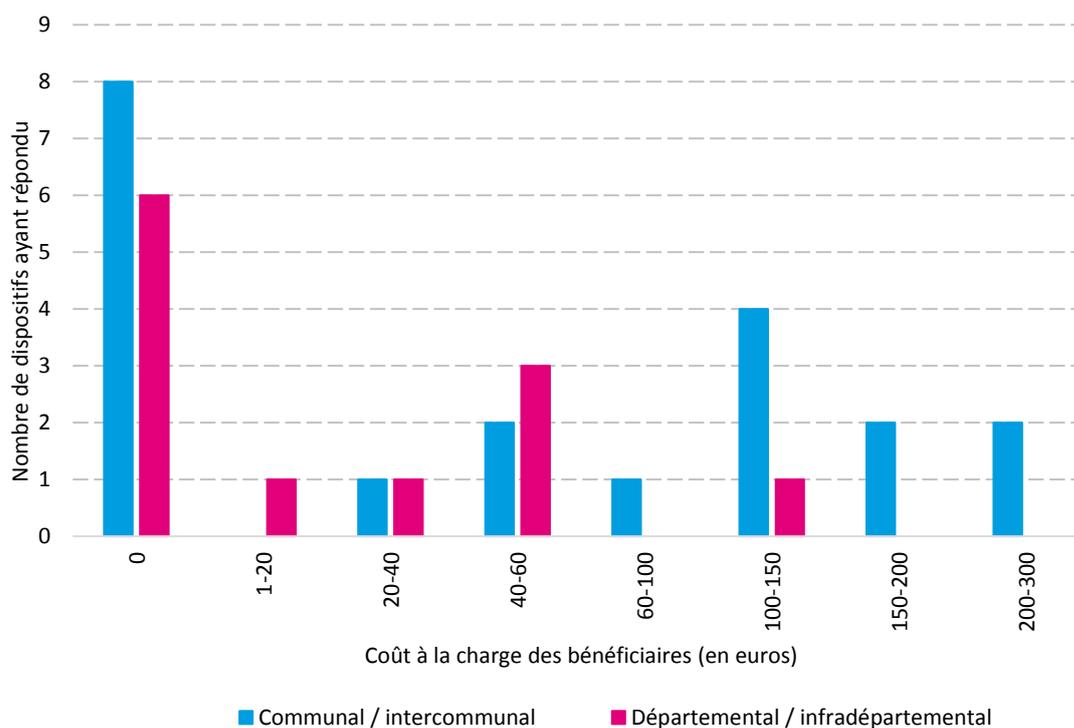
Le Dr André Prunier, médecin du sport à Thonon-les-Bains, précurseur de l'activité physique sur prescription en Haute-Savoie, à l'initiative dès 2015 du dispositif de Chablais sport santé sur ordonnance, montre que le dispositif a progressivement réussi à diminuer les coûts par patient au cours des années, jusqu'à atteindre un coût de 225 euros par an et par patient (Encadré 10). De nombreuses associations rapportent également un coût par patient légèrement supérieur à 200 euros par an.

Coût à la charge des bénéficiaires

Une tarification sociale est rapportée dans 11 des 45 dispositifs renseignés à ce sujet (24%). Parmi les 32 dispositifs qui ont pu renseigner le reste à charge pour le bénéficiaire, 44% prennent en charge l'APA en totalité (Figure 16).

La médiane du reste à charge pour le bénéficiaire est de 25 euros par an, avec des paramètres de dispersion importants (minimum = 0 ; maximum = 296 ; Q1=0 ; Q3=100).

Figure 16 – Coût à la charge du bénéficiaire (en euros), selon l'échelle des dispositifs

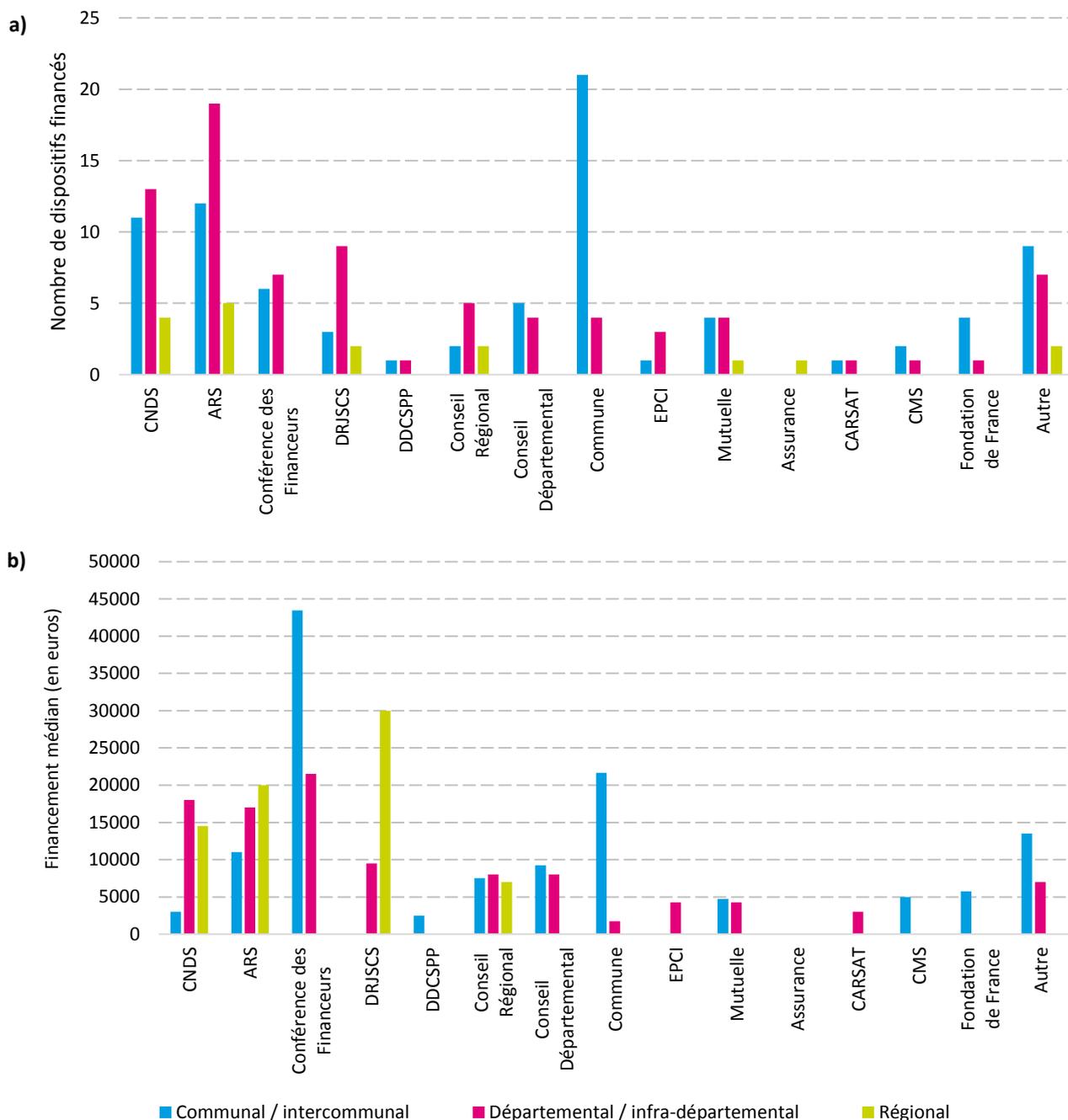


Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

PARTENAIRES FINANCIERS

Le taux de réponse concernant les partenaires financiers s'élève à 84%. La grande majorité des dispositifs ont des sources de financement multiples. La Figure 17 présente en abscisse les différents financeurs, et en ordonnée, d'une part le nombre de dispositifs financés (Figure 17a) et d'autre part le financement médian apporté par chaque financeur (Figure 17b). Ces deux figures sont complémentaires. Par exemple, une lecture verticale des deux graphiques montre que les dispositifs d'échelle communale/intercommunale sont en majorité financés par les communes (n=21, soit 50%) (Figure 17a) avec un financement médian de 21 000 euros par an (Figure 17b). Sur ce même mode de lecture, on constate que peu de dispositifs communaux sont financés par la Conférence des Financeurs (n=6, soit 14%) mais lorsqu'ils le sont, les sommes allouées sont substantielles (médiane de 44 000 euros par an). Inversement, le CNDS et les ARS participent chacun au financement de respectivement 11 et 12 dispositifs, soit respectivement 26% et 29% des dispositifs communaux, mais avec des allocations annuelles modestes (3 000 et 10 000 euros respectivement). Le CNDS et les ARS privilégient le financement de dispositifs départementaux (respectivement 13 et 19 dispositifs, soit respectivement 41% et 59%), avec 15 000 à 20 000 euros en moyenne.

Figure 17 – Fréquence des partenaires financiers dans les dispositifs d'activité physique sur prescription (a) et financement médian par dispositif (b)



CNDS = Centre National pour le Développement du Sport ; ARS = Agence Régionale de Santé ; DRJSCS = Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; DDCSPP = Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations ; EPCI = Établissement public de coopération intercommunale ; CARSAT = Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail ; CMS = Centre Médico-Sportif ; Autres = Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Caisse d'allocations familiales (CAF), Union régionale des professionnels de santé (URPS), Associations, Centres Hospitaliers, État (Politique de la Ville)

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

PÉRENNITÉ DES MODÈLES

Il était également demandé dans le questionnaire de préciser si le financement changeait d'une année sur l'autre. Les trente participants qui ont répondu à cette question déclarent tous avoir des financements annuels sans garantie de leurs reconductions. En prenant l'exemple de Chablais sport santé sur ordonnance, l'Encadré 10 témoigne bien de ces difficultés.

Encadré 10 – L'expérience du dispositif de Chablais sport santé sur ordonnance (Dr André Prunier)

Dans les suites du dispositif Strasbourgeois créé en 2012, naissait fin 2015 le dispositif « Sport Sur Prescription » en Haute-Savoie porté par le réseau de santé ACCCES²⁷ (association loi 1901). Ce dispositif permet aux médecins du département de pouvoir prescrire un programme passerelle de 20 séances d'activité physique adaptée à leurs patients porteurs d'une ALD, inactifs physiquement, motivés et ne pouvant pas être orientés en première intention vers des structures proposant une activité sport santé.

Le déploiement de ce dispositif s'est fait de façon progressive sur le département en débutant par le territoire de Thonon-les-Bains fin 2015, puis s'étendant aux territoires d'Annecy en 2017 et de Sallanches en 2018. Depuis 2016, 398 patients ont été reçus sur le programme passerelle du Chablais (104 en 2016, 118 en 2017, 176 en 2018) et 60% des médecins du territoire ont prescrit au moins une fois de l'activité physique adaptée.

Le coût par patient était de 330 euros en 2016 et de 225 euros en 2018. De 2015 à 2018, le dispositif a bénéficié d'un financement non pérenne venant en majeure partie de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et du Conseil Départemental de Haute-Savoie. Entre 2014 et 2018, nous avons eu la chance d'avoir des correspondants auprès des tutelles qui ont cru dans notre projet et nous ont permis de développer ce programme. Nous tenons à les remercier pour leur aide.

En 2018, l'ARS et la DRDJSCS ont lancé un appel à projet pour le Dispositif d'Accompagnement vers la Pratique de l'Activité Physique (DAPAP). Deux structures ont répondu mais le projet du réseau ACCCES n'a pas été retenu. Le financement de l'ARS, effectif à partir de 2020, sera un forfait de 150 euros par an et par bénéficiaire ; le bénéficiaire étant un patient porteur de maladies chroniques non transmissibles en ALD et/ou présentant au moins un des facteurs de risques « HTA, syndrome métabolique, surcharge pondérale, obésité » ET bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), ne pouvant être orienté en première intention vers les structures proposant une activité adaptée.

Le coût de nos programmes, malgré la mutualisation des dépenses, est plus élevé que les 150 euros qui seront octroyés par patient dans le cadre du DAPAP. De plus, seuls 20% des bénéficiaires actuels correspondraient aux critères du financement. Il est précisé dans le cahier des charges du DAPAP que d'autres sources de financement nécessaires au règlement des ateliers passerelles devront être trouvées par le DAPAP. Malgré nos recherches depuis 2015, nous n'avons pas trouvé, pour notre part, d'autres partenaires privés ou publics. Et même si l'on sait que les bénéfices financiers sur le long terme sont majeurs, la CPAM ne finance pas pour l'instant ce type de programmes.

De plus, il existe des soucis déontologiques. Le financement tel que proposé introduit un critère d'ordre sociétal. Il existe un effet seuil difficilement acceptable. Il paraît en effet inenvisageable de ne pas pouvoir prescrire une thérapeutique que l'on sait efficace et nécessaire parce que les patients n'ont pas les moyens de la financer mais en ont trop pour bénéficier de la CMU-C.

Enfin le groupe cible tel que défini dans le cahier des charges paraît trop restrictif. Pourquoi exclure les patients en ALD présentant des pathologies transmissibles telles que le VIH, des pathologies neurologiques telles que la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaque, des pathologies cancéreuses telles que le cancer du sein au sujet duquel plus de 4 000 études montrent l'immense bienfait de l'activité physique ? Cela va de plus à l'encontre de la loi qui définit l'activité physique sur prescription ouvert à tous les patients porteurs d'une ALD.

Au regard de ces constats, si les programmes passerelles du réseau ACCCES ne sont pas intégrés au DAPAP et que de nouveaux partenariats financiers n'ont pas été trouvés, ils ne pourront pas être reconduits en 2020. Et les médecins ne pourront plus les prescrire.

²⁷ Le réseau de santé Accompagnement, Coordination, Complexité, Conseil, Éducation et Santé (ACCCES) accompagne les professionnels de santé et les personnes atteintes de maladies chroniques. Son objectif est d'orienter les patients vers le dispositif adéquat, faciliter la coordination des acteurs, mettre en place des aides (humaines, matérielles, sociales...), des évaluations spécifiques (psychologue, diététicien, ergothérapeute...) et prévenir les difficultés du maintien à domicile. Le but principal est le maintien à domicile, éviter les ruptures de soins, repérer les patients fragiles et/ou isolés (psychologiquement, humainement, financièrement,...).

DISCUSSION / CONCLUSION

Les éléments de discussion rapportés par les participants à cette étude sont en grande partie retrouvés dans l'évaluation du dispositif PRESCRIMOUV' – Bouger sur ordonnance²⁸ réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nouvelle-Aquitaine. Celle-ci souligne tous les bénéfices de tels dispositifs pour les bénéficiaires comme pour les prescripteurs et a permis de tirer de nombreux enseignements leur permettant d'évoluer (Encadré 11)²⁹, mais est intervenue trop tardivement, PRESCRIMOUV' étant arrêté à l'heure de l'écriture de ce rapport.

Encadré 11 – L'évaluation du dispositif PRESCRIMOUV' – Bouger sur ordonnance (Onaps, d'après le rapport d'évaluation de l'ORS Nouvelle-Aquitaine, Stéphane Robin et Dr Jean-Pierre Ferley)

Apports du dispositif

L'évaluation montre une satisfaction globale élevée vis-à-vis du dispositif, que ce soit pour les bénéficiaires, les prescripteurs ou les structures sportives. Son utilité est vérifiée et confirmée :

- par les bénéficiaires : l'apport du dispositif est visible tant sur la santé physique que sur la santé mentale (amélioration de la condition physique, du bien-être, de la confiance en soi et de l'estime de soi), ou encore sur l'environnement social (rupture de l'isolement et création de liens sociaux) ;
- par les prescripteurs : il apporte une réponse thérapeutique nouvelle et complémentaire, facilement mobilisable et acceptable par les patients (réponse adaptée, prise en charge financière). Ils louent également les vertus pédagogiques du dispositif : apport de l'activité physique dans la prise en charge de la maladie et complément/alternative aux traitements médicamenteux ;
- par les structures sportives : il apporte aussi bien sur le point de vue physique que mental.

Elle met par ailleurs en évidence le rôle fondamental des coordonnateurs du dispositif dans l'information et la sensibilisation, à la fois des structures sportives et des prescripteurs, et par conséquent dans le nombre de patients orientés.

Difficultés et points de vigilance

Les principales difficultés relevées sont liées notamment :

- aux difficultés de mobilité éprouvées par une partie des bénéficiaires peu autonomes pour lesquels l'éloignement géographique des lieux de pratique nécessite le concours d'une tierce personne ;
- aux créneaux horaires difficiles à multiplier car les capacités d'accueil sont limitées, notamment pour les structures associatives ayant recours aux installations mises à disposition par les collectivités territoriales ;
- à la complexité du recrutement des médecins généralistes, notamment en milieu rural dans un contexte de désertification, qui peut être en partie expliquée par le manque de formation axée sur l'activité physique (15,5 % des prescripteurs en avaient suivi une dans l'enquête réalisée) ;
- aux solutions ou perspectives proposées à la fin du cycle d'activités afin de poursuivre une activité dans des conditions comparables. L'activité physique adaptée doit être encadrée par un enseignant diplômé dans le domaine, ce qui implique un coût à prendre en charge, sans oublier les infrastructures nécessaires ;
- à l'offre d'activité physique en termes de diversité et de niveaux proposés. L'enjeu est d'augmenter le nombre de structures sportives partenaires tout en maintenant la qualité du service (enseignant diplômé en APA) et la dynamique liée à la pratique en groupe ;
- au mode de financement pour les structures sportives, notamment pour les associations, pour

²⁸ PRESCRIMOUV' – Bouger sur ordonnance est un dispositif de prescription d'activité physique et sportive, porté par la Région Nouvelle-Aquitaine, l'ARS et la DRDJSCS, s'inscrivant dans le PRSSBE. Ce dispositif expérimental a été mis en place sur trois sites (Grand Poitiers, Grand Cognac et la Communauté de Communes de Saintes).

²⁹ Pour plus de détails, vous pouvez consulter le rapport dans son intégralité ici : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/06/57.Prescimouv_rap.pdf

- lesquelles les avances de trésorerie peuvent poser problème ;
- à la mise en place qui demande de l'énergie pour les structures sportives (nécessité d'une formation à au sport santé ; nombre minimum de participants pour une dynamique de groupe).

Comme il se doit pour un dispositif expérimental, les conditions en termes de coordination ont été optimales (3 animateurs opérant pendant deux ans pour sensibiliser 350 médecins, animer 17 structures effectrices et pour réaliser les entretiens avec les 377 patients). À grande échelle, un coordonnateur par département, voire un coordonnateur bi-départemental dans certains cas, serait une jauge acceptable selon le rapport. Une telle extension du territoire couvert par chaque coordonnateur et l'augmentation de la file active qui en découlerait impliquerait :

- que chaque coordonnateur dispose sur l'ensemble du secteur couvert d'un certain nombre de locaux mis à disposition afin de réaliser les entretiens au plus près des patients ;
- le développement de procédures et d'outils adaptés afin de faciliter les transmissions d'information entre les acteurs concernés (prescripteur vers coordonnateur et coordonnateur vers structure sportive) ;
- d'alléger le protocole de suivi (trois entretiens avec chaque patient inclus en théorie : un initial, un intermédiaire et un final).

Pour consulter le rapport : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/06/57.Prescimouv_rap.pdf

LES LIMITES DE L'ÉTUDE : UN RECENSEMENT NON EXHAUSTIF

Malgré le travail de recherche active et la mobilisation des nombreux réseaux du sport santé et du sport santé sur ordonnance, cette étude ne peut prétendre à un recensement exhaustif des dispositifs. Il existe d'une part plusieurs dispositifs d'activité physique sur prescription connus qui n'ont pas participé à l'enquête (communes de Gonfreville-l'Orcher, Issoire et L'Union, communauté de communes Loué-Brûlon-Noyen, communauté d'agglomération du Grand Villeneuvois, DAPAP 03, CH Niort et le CDOS79, Centre de santé des Épinettes à Évry-Courcouronnes...). Siel Bleu, association d'enseignants et de coordonnateurs en APA, n'apparaît pas dans l'enquête bien qu'elle porte très probablement des initiatives d'activité physique sur prescription. Il existe d'autre part des dispositifs portés et/ou soutenus par des complémentaires santé (la Mutuelle des Sportifs qui a été la première à rembourser l'activité physique sur prescription médicale, la mutuelle JUST et son centre Just'Moove à Valenciennes, la MAIF et son partenariat avec Mooven (ex V@si), société d'enseignants en APA, Swiss Life, la MGEN récemment...) qui ont échappé aux réseaux de l'étude.

Le contrepoint exposé par le Pr Claire Perrin (cf. Postface p.55) apporte également un éclairage sur les actions et dispositifs qui échappent à l'étude dans le territoire lyonnais : le dispositif du Centre Léon Bérard (centre de cancérologie), l'initiative de la ligue Auvergne-Rhône-Alpes de basketball, le développement des APA au sein des structures hospitalières, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans les réseaux de santé. Les dispositifs soutenus par les institutions ont généralement à leur charge de fédérer l'ensemble de ces offres d'APA.

Enfin, il est difficile d'avoir une image figée de la dynamique de l'activité physique sur prescription en France. De nombreux dispositifs étaient en cours de développement, en phase expérimentale ou en cours de structuration ou de restructuration en début d'année. Ceux-là n'ont souvent pas pu renseigner le questionnaire d'enquête (Cherbourg, Montauban, Digne-les-Bains, Hérouville-Saint-Clair, DAPAP 69), ou l'ont renseigné de manière partielle (Bourgoin-Jallieu, DRJSCS Guadeloupe, DRJSCS Bretagne, CDOS Mayotte, agglomération Montargoise et rives du Loing avec son dispositif Sport santé sur ordonnance dans l'AME...). Le questionnaire est toujours en ligne (<http://enquetes.uca.fr/index.php/827826?lang=fr>) et la volonté de l'Onaps et du PRN Sport Santé Bien-Être est de suivre l'évolution de cette dynamique.

DES DISPOSITIFS VARIÉS

Du dispositif communal ou intercommunal au dispositif départemental voire régional, en passant par des dispositifs couvrant de grandes agglomérations comme Marseille ou Strasbourg, le nombre d'acteurs, de créneaux sport santé, de partenariats, de structures diffèrent largement.

À chaque échelle ses avantages et inconvénients. À petite échelle, l'offre de soin est peu diversifiée. La rupture de l'isolement social (effet groupe) et l'accessibilité à tous d'AP telles que la marche sont des appuis importants au développement des APA. La disponibilité des médecins en milieu rural est un autre enjeu. L'implication des infirmiers ASALEE notamment représente une solution intéressante souvent citée par les prescripteurs et les coordonnateurs. Plus l'échelle territoriale du dispositif augmente, plus les difficultés liées à l'accessibilité des lieux de pratique relative à l'autonomie des patients sont évoquées. En revanche, l'emploi d'enseignants à l'APA et d'éducateurs sport santé est facilité par la multiplication des créneaux sport santé et des ateliers passerelles sur le territoire.

Ces différentes échelles sont souvent complémentaires et de plus en plus d'interactions entre elles ont été constatées au cours de l'enquête.

Certains dispositifs sont en capacité de proposer des formations à la prescription d'AP et à la prise en charge de l'AP des patients, d'autres pas. Certains incluent des programmes passerelles permettant de proposer de l'APA aux patients ayant des limitations fonctionnelles sévères à modérées, d'autres ne prennent en charge que des patients aux limitations fonctionnelles minimales.

Les ALD couvertes peuvent être différentes d'un dispositif à l'autre. Des maladies chroniques hors ALD (HTA, obésité, syndrome métabolique...) ou d'autres situations (inactivité physique/sédentarité, précarité, situation de handicap...) sont régulièrement prises en charge.

DES FINANCEMENTS NON PÉRENNES

Des études épidémiologiques internationales soulignent l'impact très favorable que pourrait représenter une activité physique régulière en termes d'économie de santé. Néanmoins, le rapport coût/bénéfice des dispositifs d'activité physique sur prescription reste à préciser. Il est souhaitable que les études médico-économiques se multiplient.

La tribune du Dr André Prunier (Chablais sport santé sur ordonnance) (Encadré 10) suivie et signée par de nombreux acteurs et précurseurs de l'activité physique utilisée comme thérapeutique non médicamenteuse, rappelle à quel point ces dispositifs sont actuellement tributaires de volontés individuelles et de choix politiques. Ceci paraît en totale contradiction avec l'enjeu de santé publique que représentent la sédentarité et l'inactivité physique des plus fragiles. Cette menace pèse aussi par exemple sur le dispositif Pass Sport Santé en Corse, en « stand-by » à l'heure de la rédaction de ce rapport, ou encore sur celui développé dans la communauté de communes de Hautes Terres Communauté dans le Cantal, un des précurseurs de l'activité physique sur prescription en milieu rural, dont les appuis nécessaires pour continuer ses activités de soins, qui donnent par ailleurs entière satisfaction aux patients comme aux médecins, se sont amoindris.

Le remboursement des programmes d'APA par la sécurité sociale est un thème récurrent, encore discuté et en cours d'évaluation. Certaines complémentaires santé proposent une prise en charge de l'activité physique sur prescription mais ce n'est pas encore bien visible, notamment dans cette étude. La plupart des dispositifs, notamment ceux des villes sport-santé sur ordonnance des Villes-Santé de l'OMS, échelonnent le coût de la prise en charge selon des critères sociaux. Ceci présente l'avantage d'impliquer davantage les patients dans leur parcours de soin mais l'inconvénient des effets seuils et d'une perte de patients. Des solutions restent à trouver. La division de la Législation comparée du Sénat a conduit une recherche sur la prescription médicale d'activité physique à des fins thérapeutiques, pour le traitement de maladies chroniques dans cinq pays : l'Allemagne, le Canada, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède. Elle décrit notamment un système allemand rodé et bien cadré juridiquement où la prescription d'exercice (*Bewegung*), d'activité physique ou de sport par un médecin est une pratique bien connue et régulièrement utilisée tant à des fins thérapeutiques que préventives. Elle est prise en charge financièrement par les différentes caisses du système de sécurité sociale. Toutefois, la prise en charge nécessite le respect d'une procédure spécifique en fonction des objectifs médicaux à atteindre. En Italie et au Royaume-Uni les initiatives sont décentralisées tout comme les financements. Les systèmes de santé du Canada et de Suède encouragent la pratique sportive sans réelle prescription thérapeutique et sans prise en charge financière.

Comme suggéré par le Pr Grégory Ninot dans son Guide professionnel des interventions non médicamenteuses, il pourrait également être pertinent d'encourager d'autres possibilités de financements innovantes.

DES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'évaluation du dispositif PRESCRIMOUV' par l'ORS Nouvelle-Aquitaine souligne que les territoires ayant expérimenté l'activité physique sur prescription rapportent de très nombreux témoignages de satisfaction, qu'ils soient de la part de bénéficiaires, de médecins, de directeurs d'établissements, d'élus ou d'acteurs du sport santé. Les éléments de discussion rapportés soulignent également :

- **le rôle important des patients pour le développement de ces dispositifs** : « *le meilleur vecteur est le patient qui demande directement à son médecin une ordonnance* », « *l'implication de nos "locaux motives", un groupe d'usagers dynamisant notre activité* » ;
- **les difficultés liées à l'éloignement des lieux de pratiques, le manque de créneaux sport santé et d'éducateurs qualifiés au sport santé** : « *difficultés de déplacement : habitat diffus* », « *aider les associations à former leurs éducateurs* », « *ouvrir plus de créneaux spécifiques* », « *faciliter la formation APA dans un plus grand nombre de clubs sportifs pour élargir le choix* », « *absence d'organisme de formation spécifique autour du sport santé* », « *disparité ou manque d'encadrement du mouvement sportif formé à l'encadrement et l'animation de créneau sport santé* », « *augmenter le nombre de clubs labellisés pour diversifier l'offre d'APA* » ;
- **l'importance de l'implication des professionnels de santé et en particulier des médecins prescripteurs** : « *nos contacts bien établis avec certains professionnels de santé* », « *partenariat avec le centre de réadaptation qui permet d'avoir un réseau de médecins* », « *professionnels de santé convaincus et ambassadeurs du dispositif* », « *dans la commune, un médecin est également très impliqué dans le dispositif* », « *le fait d'avoir des pneumologues dans le bureau, qui parlent de l'association à leurs confrères* », « *l'élément facilitant serait d'avoir un médecin référent sur lequel s'appuyer et en capacité d'aider ses confrères* » ;
- **les difficultés liées au manque d'engagement, de disponibilité ou de formation des médecins** : « *manque de médecins sensibilisés au sport sur ordonnance et au courant du dispositif* », « *difficultés à mobiliser les médecins prescripteurs* », « *manque de professionnels libéraux formés pour prescrire de l'APA* », « *les médecins de ville n'ont pas de temps à perdre sur un dispositif qui demande du temps en motivation des patients, et un manque de connaissance sur le sujet pour réaliser une prescription adapté* », « *manque de temps : prescription chronophage, consultations surchargées* », « *l'isolement des médecins généralistes* », « *pas assez d'implication des médecins traitants qui sont surchargés de travail et qui ne sont pas assez nombreux sur le bassin de santé* », « *démographie médicale dans le département très pauvre notamment au niveau des médecins généralistes qui n'ont matériellement pas la possibilité de parler des APA à leurs patient* » ;
- **le manque de lisibilité des programmes d'APA** : « *méconnaissance des offres et de l'existence des programmes* », « *les professionnels de santé qui méconnaissent les APA-S et comment les prescrire* », « *manque de lisibilité sur l'offre d'APA existante et manque d'habitude à orienter vers une AP* » ;
- **les difficultés liées à l'absence de financement pérenne, l'importance des initiatives politiques locales et le manque de stratégie nationale** : « *absence de lisibilité dans les financements* », « *obtenir un financement pérenne sur plusieurs années pour envisager ce dispositif sur le long terme* », « *prise en charge financière pour éviter d'avoir à chercher des fonds chaque année* », « *aides privées à trouver afin de pouvoir pérenniser le dispositif* », « *volonté politique locale de développer le sport santé* », « *le soutien de la ville : impression, conception de documents, intervention des services techniques, prêt de salles de gymnase* », « *la ville dispose d'une direction de la santé publique, réelle politique transversale des directions d'engagement pour le sport santé porté par l'élue à la santé et l'élue aux sports* », « *campagne nationale encourageant l'APA et ses effets positifs sur la santé* », « *le dispositif n'est pas assez connu* », « *communication au niveau national dans les différents médias* », « *manque de communication et d'implication du ministère de la Santé dans la promotion du dispositif* », « *une reconnaissance nationale du dispositif dotée de financements adéquats* ».

DES SOLUTIONS INNOVANTES

Plusieurs participants à cette enquête ont également accepté de partager les difficultés rencontrées, notamment dans leur phase expérimentale. Deux points particuliers sont régulièrement soulevés : **l'énergie nécessaire pour la mise en place des créneaux sport santé dans les structures et associations sportives** et la **difficulté à impliquer des médecins prescripteurs**. Il est certain que la motivation, la compétence et le dévouement des coordonnateurs sont à saluer. Les résultats sont bien là. Des solutions souvent innovantes surmontent ces difficultés :

- une **mutualisation des moyens et des personnels encadrants** : création de groupements d'employeurs ; groupement des acteurs sports santé et professionnels en APA ; mise à disposition des structures sportives municipales ; emploi et formation d'éducateurs territoriaux en activités physiques et sportives... ;
- la **reconnaissance de la compétence d'enseignant et de coordonnateur de l'APA** dans les grilles des collectivités territoriales ;
- le **développement des partenariats** entre collectivités, fédérations sportives, enseignant en APA indépendants, professionnels de la santé, réseaux de santé, en centres hospitaliers, en ambulatoire. Historiquement, les centres et services de médecine physique et réadaptation, les réseaux diabète et les unités transversales d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) sont les premiers à s'être souciées de la poursuite des activités physiques dans l'environnement quotidien des patients. Ils représentent à ce titre des structures d'appui importantes pour le développement des dispositifs d'activité physique sur prescription en ambulatoire, comme le souligne un nombre important de structures hospitalières impliquées ;
- la **communication** : l'entretien et la présentation du dispositif aux médecins généralistes ; la communication à travers des flyers dans les cabinets médicaux, à travers la presse ; la sollicitation des URPS, du Conseil de l'ordre, des ARS, de la CPAM pour un relais d'information auprès des médecins traitants. Comme décrit dans le rapport d'évaluation de PRESCRIMOUV', la prise de contact et la présentation du dispositif aux médecins par le coordonnateur paraît être la méthode de recrutement la plus efficace. Il est intéressant de relever qu'une part non négligeable du recrutement des médecins est effectuée par les patients eux-mêmes. Ainsi, dans le rapport de l'ORS Nouvelle-Aquitaine, 20% des médecins prescripteurs ont été sollicités par leurs patients ;
- la **création d'un réseau de médecins correspondants en activité physique** par l'URML de Normandie (réseau MÉNAPT) représente une source de recrutement des médecins prescripteurs particulièrement innovante et porteuse.

Malgré le retard pris en France dans les politiques publiques de prévention et promotion de la santé ainsi que dans le développement des thérapeutiques non médicamenteuses, les évolutions de ces dernières années sont rapides et spectaculaires. La prescription d'activité physique adaptée aux personnes les plus fragiles semble être une pratique médicale en plein essor dont la dynamique doit être suivie.

**Claire Perrin, Professeure des universités, laboratoire L-ViS (EA 7428), Université Claude Bernard Lyon 1, Udl,
Présidente de l'Institut ReCAPPS**

L'activité physique a aujourd'hui acquis une légitimité scientifique et institutionnelle dans la prise en charge des maladies chroniques, condition de son intégration dans le parcours de soins et de santé. L'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé consacre cette reconnaissance par une possibilité de prescription, par le médecin traitant, « *d'une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical* » dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par le décret n° 2016-1990 entré en vigueur le 1^{er} mars 2017, qui a été suivi par une instruction aux ARS et aux DRJSCS validée le 3 mars 2017, destinée à faciliter la mise en œuvre et l'accessibilité du dispositif dans les territoires.

La présente étude de l'Onaps et du PRN Sport Santé Bien-Être vise à établir un état des lieux des initiatives locales et territoriales pour développer l'APA et le sport santé en direction des malades chroniques. Le rapport fournit des informations qui seront utiles dans les territoires en décrivant l'ensemble des acteurs de l'AP sur prescription à différents niveaux d'échelles : celui des politiques publiques, celui des organisations et enfin celui des professions. L'enquête répertorie une centaine de dispositifs permettant notamment de mettre en lumière l'essor des propositions portées par les villes et par les départements dans le cadre des plans régionaux Sport Santé Bien-Être comme les DAPAP en Auvergne-Rhône-Alpes. Le questionnaire mis en ligne en juin 2018 a en effet été relayé par le Réseau national sport santé des Villes-Santé de l'OMS, les DRJSCS, les sites internet de l'Onaps et du PRN Sport Santé Bien-Être, ainsi que les réseaux sociaux. Du fait des canaux de diffusion utilisés pour le questionnaire, les établissements et organisations de santé ne correspondent, dans l'enquête, qu'à 17% des réponses (11 centres hospitaliers, 4 centres médico-sportifs, 1 centre d'investigation de la médecine sportive et 7 réseaux de santé).

Les auteurs de l'étude, en toute conscience des limites inhérentes à la difficulté d'un tel recueil, nous ont invités à donner de la visibilité à certains dispositifs ayant échappé au recueil de données à l'échelle de la ville de Lyon. Plusieurs dispositifs n'ont en effet pas été renseignés dans l'enquête alors même qu'ils jouent un rôle important dans les territoires, que ce soit par le nombre de leurs bénéficiaires ou par leur contribution princeps au processus d'innovation (renouvellement des modèles d'intervention en AP et/ou leur légitimation tant médicale que sociale). Nous avons ainsi fait le choix de présenter quelques cas pour objectiver le rôle décisif d'organisations, que l'on peut trouver dans d'autres territoires, dans les dynamiques sociales contemporaines autour de l'AP des personnes atteintes de pathologies chroniques.

L'intégration de l'APA en médecine physique et de réadaptation : le modèle du réentraînement entre rééducation, réadaptation et réhabilitation

Si l'étude objective un impact de la loi de modernisation du système de santé et plus encore de son décret d'application sur la mise en place de dispositifs dans les collectivités locales (Figure 3, p.17), l'introduction d'une activité physique adaptée dans le parcours de soins des patients a largement précédé cette loi et plus encore, l'a rendue possible.

Le sport et l'APA ont pénétré la réadaptation et la psychiatrie dans les années 1990 en tant qu'objet de médiation thérapeutique et en tant qu'objet de transition vers une participation sociale, le plus souvent d'abord par l'intermédiaire d'associations de patients. À Lyon, l'association « ARTANT La vie continue » propose des activités physiques adaptées aux patients hospitalisés à l'hôpital Henry Gabrielle (HCL) depuis la fin des années 1980. Après avoir développé des projets de pratiques sportives originaux portés par des médecins (notamment le Pr Gilles Rode) et avoir accueilli des stagiaires en formation APA de l'UFR STAPS pendant plusieurs années, l'embauche du premier professionnel de l'APA en 2008 a signé son intégration officielle dans le parcours de soins en rééducation et en réadaptation. Aujourd'hui, cinq équivalents temps plein en APA encadrent 1 200 patients par an pour participer à la réduction des incapacités dans le cadre des pratiques de rééducation, mais surtout au développement des capacités restantes en réadaptation.

L'intervention, si elle revendique une approche globale qui prend en compte le moral du patient, son projet personnel et ses interactions sociales, est essentiellement structurée sur le modèle de l'entraînement et du réentraînement des fonctions motrices.

Le rôle réformateur des réseaux diabète par l'émergence du modèle d'éducation du patient

De nouvelles dynamiques se sont développées en parallèle dans les réseaux diabète et dans les UTEP à la fin des années 1990 en même temps que se développait l'éducation thérapeutique en France. Les réseaux diabète ont en effet recruté des enseignants en APA dans les équipes de coordination des réseaux de santé, dans le but d'intégrer leur intervention dans un projet d'éducation thérapeutique partagé par l'ensemble des professionnels du réseau. L'objectif n'est plus tant celui du reconditionnement physique que de la construction active de nouvelles normes de vie avec la maladie, se traduisant par une transformation des habitudes de vie des malades chroniques. Le choix est alors d'intégrer un enseignement en APA sans passer par la prescription pour favoriser l'auto-détermination du patient.

À Lyon, le réseau DIALOGS³⁰ a par exemple été créé en 2002 sous l'impulsion du Dr Berthezene. Il a embauché une professionnelle en APA titulaire du Master Intervention et Gestion en Activité Physique Adaptée et Santé (IGAPAS) dès 2005. Elle a, en étroite collaboration avec les professionnels de santé, mis en place un dispositif d'intervention en APA intégré au projet d'éducation thérapeutique. En 2018, sept réseaux de santé du Rhône (AVHEC-La Maison du Patient, CORMADOM, DIALOGS, SOURCE, SPIRO, TIRCEL et VIRAGES SANTE) ont été regroupés pour former le réseau LYRE : Lyon Réseau. Le dispositif APA du réseau DIALOGS a dès lors été mutualisé pour être proposé à l'ensemble des patients par l'intermédiaire de 9 professionnels de l'APA.

La contribution des formations universitaires dans le développement des dispositifs

L'accueil d'étudiants de la formation APA-S (UFR STAPS) dans le cadre de stages dans les milieux professionnels, participe aux innovations territoriales, en particulier au niveau du Master. La Licence APA-S dont les étudiants sont titulaires leur donne les prérogatives pour intervenir auprès de patients, y compris confrontés à des limitations fonctionnelles sévères. Des interventions en APA sont ainsi expérimentées dans les structures sanitaires et médicosociales et évaluées durant leur temps de stage. Les stages de Master sont l'occasion de participer à la conception, à la formalisation et à la valorisation de dispositifs innovants. Construite à Lyon sur un format d'alternance (3 semaines de stage / 1 semaine d'enseignement), la formation du Master IGAPAS permet d'asseoir les propositions sur un diagnostic approfondi réalisé avec l'ensemble des acteurs concernés par le projet. Les étudiants développent ainsi un projet « sur mesure », adapté aux ressources, besoins et attentes des structures et de leurs bénéficiaires, qui est formalisé et argumenté dans le cadre d'un mémoire pouvant servir de point d'appui pour valoriser le projet et trouver des financements. Les projets de Master participent ainsi directement aux dynamiques territoriales d'innovation, que ce soit dans le cadre de projets institutionnalisés, comme par exemple l'élaboration et la mise en œuvre par le CDOS du DAPAP 69³¹, ou dans le cadre de projets innovants multi-partenariaux comme le développement d'un service APA à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HCL) dans le service du Pr Alexandre Belot. Ce projet qui cible la transition entre la médecine pédiatrique et la médecine adulte, s'inscrit dans le cadre d'un partenariat avec la Fondation Olympique Lyonnais qui a financé la gratification des stages de Master ainsi que les travaux de « l'espace transition » dans les murs de l'hôpital. Deux emplois de chef de projet en APA créés suite à ces stages sur des fonds associatifs dédiés aux maladies rares, demandent à être consolidés pour pouvoir pérenniser le projet. Les stages créent ainsi les conditions de possibilité des innovations locales et des embauches associées.

Reconfiguration de l'offre des fédérations sportives et développement d'associations spécialisées en APA

Les fédérations sportives et leurs organes décentralisés ont, en particulier depuis 2014, investi le champ du sport santé. C'est par exemple le cas de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de basketball qui a signé un partenariat avec l'UFR STAPS de Lyon et qui a recruté plusieurs étudiants du master IGAPAS afin de penser la complémentarité avec les éducateurs sportifs et d'associer différents niveaux de compétence dans

³⁰ Diabète région Lyonnaise : Organisation Globale des Soins entre professionnels de santé

³¹ Le stage a pris la forme d'un contrat de professionnalisation sur l'année 2018-2019

l'intervention auprès des pratiquants du Basket santé. Le sport santé au sein des fédérations sportives délégataires et affinitaires, qui est parfois mais pas automatiquement recensé dans les DAPAP, permet d'accueillir dans des dispositifs de droits communs des patients devenus des pratiquants lors de séances individuelles et/ou collectives adaptées, directement au sein du club ou dans des structures de vie adaptées (EHPAD, maison d'accueil rural pour les personnes âgées (MARPA)...). Outre l'intégration de compétences en APA, les fédérations doivent alors investir dans des formations au sport santé, mais également dédier des créneaux d'intervention à cette nouvelle activité, dans un contexte en tension concernant la disponibilité des installations sportives. Ce changement de paradigme de la performance à la promotion de la santé constitue une véritable révolution des fédérations.

Des associations dédiées dès leur origine à l'accompagnement de personnes atteintes d'un problème de santé se développent également en dehors des fédérations. Fort en Sport a par exemple été créée à Lyon en 2012 et fonctionne actuellement avec trois antennes en Auvergne-Rhône-Alpes. Conventionnée avec les fédérations handisports, Ufolep et Léo Lagrange, l'association a surtout développé un partenariat étroit avec un établissement privé de soin de l'obésité. Cette association propose aux publics en obésité morbide un accompagnement spécialisé et de longue durée qui est structuré autour d'une intervention en APA, mais qui intègre un suivi diététique et offre un suivi psychologique. Non médicamenteux et non médical, le service est assuré par des professionnels hautement qualifiés (un Dr en STAPS-APA, coordinatrice du dispositif, un Master APA, 4 éducateurs sportifs formés à la problématique de l'accompagnement de personnes en situation d'obésité, une diététicienne et une psychologue). Au total, 1 500 séances collectives et 600 séances individuelles sont proposées chaque année.

Si le sport santé bénéficie de la structure sportive fédérale et des subventions du sport-santé, les initiatives associatives extra-fédérales, même si elles peuvent être reconnues d'intérêt général, doivent redoubler de démarches pour accéder aux installations sportives quand bien même elles en assument les frais de location et sont en difficulté pour bénéficier d'aide publique, y compris pour les adhérents les plus vulnérables.

Appropriation de la prescription d'AP par les villes et innovation

Si l'enquête de l'Onaps et du PRN Sport Santé Bien-Être rend bien compte de l'essor des dispositifs de Sport Santé sur Ordonnance portés par le réseau national des Villes-Santé de l'OMS, elle suscite la curiosité vis-à-vis des dynamiques qui s'y développent et qui pourraient être étudiées dans le cadre d'une recherche qualitative multi-site. Il est particulièrement passionnant d'observer par exemple à Villeurbanne comment le dispositif SSsO a finalement catalysé un projet plus global de promotion de la santé intégrant cinq volets complémentaires : en forme à l'école, en forme sur ordonnance, en forme dans mon quartier, en forme à tout âge et en forme au travail, qui constituent des structures d'accueil pour des besoins variés des villeurbannais. Le portage politique du projet est partagé entre plusieurs directions : du sport, de la santé publique et des ressources humaines, ainsi que le CCAS, impulsant le développement de nouvelles collaborations entre les services. Le partenariat fort avec l'office villeurbannais des sports (OSV) mobilise par ailleurs les clubs, fédérations et associations sportives dans le cadre d'un projet sportif local d'envergure. L'intégration de nouvelles compétences en APA-S, jusqu'alors absentes des services, questionne et enrichit les pratiques professionnelles comme les projets de services. L'innovation observée dans ce cas n'est donc pas limitée à la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de prescription d'AP mais correspond à un processus de décloisonnement engagé dans les situations de travail qui fait évoluer en profondeur le projet de promotion de la santé de la ville. Elle confronte également les collectivités territoriales à la reconnaissance des compétences en APA dans les statuts des éducateurs sportifs territoriaux qui ne les ont jusqu'alors jamais intégrées, que ce soit pour gérer les situations de handicap ou pour l'encadrement de personnes en ALD confrontées à des limitations sévères, malgré le décret de 2016.

Légitimation des initiatives de prescription d'AP par la recherche clinique

Le Centre Léon Bérard a été le premier Centre de Lutte Contre le Cancer à avoir introduit l'activité physique adaptée dans les parcours de soins sur l'initiative du Pr Béatrice Fervers. Le premier programme « Restez Actif/Active », qui est toujours dans le parcours de soins, propose 26 séances à raison de 2 séances par semaine, articulées à un bilan systématique pré et post-programme pour répondre au mieux aux besoins et attentes des patients et les orienter vers un lieu de pratique à l'issue du programme. Il a d'emblée été associé à

une recherche visant à évaluer ses effets dans le cadre d'une thèse STAPS réalisée au Centre de recherche et d'innovation sur le sport de Lyon. L'association d'activités de recherche aux programmes est une caractéristique forte de l'APA au CLB. La mise en place du projet soutenue par la direction de l'établissement, a été possible grâce aux financements du Comité du Rhône de la Ligue contre le cancer et de Courir pour ELLES (allocation de thèse et embauches d'enseignants en APA titulaires d'un Master APA-S dont la première date de 2009). L'offre en APA s'est étoffée au fil des années. Il y a aujourd'hui 6 professionnels titulaires d'un Master APA qui sont embauchés à hauteur de 5 équivalents temps plein, ainsi que deux post-doctorants et un doctorant. Plus de mille patients sont aujourd'hui accueillis par an dans les 320 m² de l'Espace Pyramide³² entièrement dédié à l'APA, à l'éducation thérapeutique et à la kinésithérapie. Ils participent à différents programmes : Adolescents et jeunes adultes (AJA), Hôpital de jour (HDJ) et APA-ETP, qui sont complétés par des programmes de recherche clinique : ABLEO2 (essai randomisé multicentrique qui évalue les effets d'un programme APA sur le cancer du sein métastatique) ; DISCO pour le cancer du sein localisé ; OCAPI pour patients âgés avec hémopathies malignes ; et EVAADE sur l'APA en chambre stérile pour des patients recevant une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. L'association ACTIV'RA qui travaille étroitement avec le Centre Léon Bérard, a élaboré avec le support d'un stage de Master 2 IGAPAS un inventaire des structures pouvant accompagner les patients qui ont terminé la phase de traitement ou qui habitent trop loin pour profiter des cycles d'APA.

L'envergure de l'offre d'APA n'est ainsi pas sans liens avec les missions de recherche, d'enseignement et de formation du CLB (comme des CHU). Dans le cadre d'une *evidence based medicine*, ces recherches permettent de produire des données probantes sur les bénéfices et la non nuisance des interventions en APA afin d'asseoir leur légitimité dans le parcours de soins. Comme dans le cas des CHU, ces dimensions jouent un rôle fondamental dans la légitimation de la prescription d'APA et attire des fonds pour son développement.

Apports des sciences humaines et sociales dans l'étudier des dispositifs et de leurs logiques d'intervention

Comme le conclut la récente expertise Inserm (2019), il ne s'agit plus aujourd'hui de savoir s'il faut prescrire de l'APA, mais bien plutôt comment mettre en œuvre l'intervention auprès des malades chroniques. La revue de littérature sociologique de cette même expertise souligne que les recherches en sciences sociales dans le domaine de l'APA et du Sport-santé sont encore peu nombreuses.

Les études menées dans les centres hospitaliers universitaires sont centrées sur l'impact de l'exercice dans une situation contrôlée, en référence aux *gold standards* de la recherche expérimentale, assez éloignée du contexte d'une pratique physique ordinaire. Or l'un des enjeux majeurs est bien celui de l'engagement des patients dans une pratique durable au-delà de la prise en charge de la maladie.

Les dispositifs extrahospitaliers qui proposent des services de proximité se trouvent dans la situation d'inventer des dispositifs de recrutement et de fidélisation des personnes atteintes d'une maladie chronique qui auraient le plus besoin d'APA. Ces dispositifs supposent la coordination de différents acteurs et s'inscrivent dans des dynamiques professionnelles et sociales plus complexes. L'engagement des bénéficiaires dans et au-delà de ces dispositifs doit être étudié au prisme des usages et relativement aux enjeux sociaux, avec une vigilance particulière pour les effets produits sur les inégalités sociales de santé. Les sciences humaines et sociales ont donc un rôle majeur à jouer pour développer des connaissances sur les dispositifs, leurs formes et leurs logiques d'intervention, ainsi que sur leur inscription dans les dynamiques territoriales. Les études de dispositifs innovants, par exemple celles du Sport Santé sur Ordonnance réalisée par le laboratoire L-ViS pour la ville de Villeurbanne, comme celles du laboratoire E3S pour la ville de Strasbourg, permettent d'en saisir les enjeux et de les mettre en perspective. Les chercheurs en sciences sociales du sport et de l'APA se sont d'ailleurs récemment fédérés au sein de l'Institut de Recherche Collaborative en Activité Physique et Promotion de la Santé (ReCAPPS) pour promouvoir les recherches interventionnelles co-construites avec les acteurs de terrain et les usagers et favoriser les recherches multi sites sur l'ensemble du territoire.

La recherche interventionnelle soutient clairement les capacités d'innovation des acteurs en interrogeant leurs initiatives. Dès que ces initiatives se stabilisent, elle gagne à associer la méthodologie de la recherche clinique

³² Les travaux de l'Espace Pyramide ont été financés par la Fédération des Hôpitaux de Paris

expérimentale pour étudier les effets de l'APA sur la santé dans une approche holistique donc pluridisciplinaire, à une étude qualitative sur la forme de l'intervention en APA, l'expérience du patient, les caractéristiques du dispositif et son inscription dans les dynamiques locales. C'est d'ailleurs l'idéal que poursuit le mouvement de recherche interventionnelle qui se structure au niveau international. Il vise la production de données probantes en même temps que l'analyse du contexte dans lequel elles ont été obtenues, de façon à préciser les conditions de transférabilité des résultats.

Conclusion

En citant quelques organisations lyonnaises, cette postface a l'ambition de positionner des acteurs significatifs que l'on peut retrouver sur le territoire français. Les cas ont donc été choisis pour leur rapport au projet institutionnel. Certains comptent par leur antériorité dans la dynamique de développement de l'AP sur prescription, d'autres par la dimension réformatrice de leur approche, d'autres encore par leur envergure ou leur pouvoir de légitimation. En réponse aux politiques publiques, les interventions se construisent dans le cadre d'organisations qui visent le plus souvent l'application des politiques publique, mais qui peuvent également les interroger, voire les dépasser en poussant les logiques au-delà du cadre initialement prévu. Si les politiques publiques impactent très clairement les initiatives locales, elles sont surtout construites à partir d'elles et avec les acteurs concernés. En réintégrant la recherche et les formations parmi les acteurs clés aux côtés des établissements et réseaux de santé, des fédérations sportives, des associations de personnes malades, des professionnels impliqués dans l'AP des personnes fragilisées, se reconstitue finalement le réseau des acteurs invités à la Direction générale de la santé (DGS) dans le cadre de la préparation du décret et de l'instruction ministérielle.

Réintégrer la recherche et la formation, c'est finalement poser la question de la nature et des logiques des interventions en APA et en sport santé, pour créer les conditions d'un développement durable au service d'une vie protectrice et stimulante pour les personnes vivant avec une maladie chronique. D'une mise en exercice contrôlé dans le cadre d'une prescription médicale, l'intervention peut également favoriser l'autoréflexivité du bénéficiaire et l'accompagner dans la construction de nouvelles normes de vie permettant de « vivre en santé avec une maladie chronique, en cohérence avec ses propres valeurs »³³.

³³ Sur la question des logiques d'intervention, lire le chapitre sociologique que j'ai rédigé dans l'Expertise Inserm « Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques », pp.49-100, 2019.

ANNEXE 1 – L'EXPÉRIENCE DE LA CAMI SPORT & CANCER (OLIVER LAPLANCHE, RESPONSABLE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES)

Innovation et Parcours de Soins

La CAMI Sport & Cancer est une association loi 1901 à but non lucratif reconnue d'intérêt général, créée il y a bientôt 20 ans par Jean-Marc Descotes, ancien sportif de haut niveau et le Dr Thierry Bouillet, oncologue à Paris. Nombre d'essais ou de recommandations institutionnelles, en France et à l'étranger, ont depuis appuyé et corroboré l'intuition initiale. Le rôle précis de la CAMI est ainsi de développer et dispenser des programmes de Thérapie Sportive pour permettre à des milliers de patients touchés par un cancer d'être pris en charge et d'améliorer leurs chances de rémission, de diminuer le risque de rechute et d'améliorer leur qualité de vie. Présente aujourd'hui dans 26 départements en France, la CAMI compte 80 centres d'intervention, dont 25 dans des hôpitaux ou centres anticancer. Elle prend en charge chaque semaine près de 3 000 patients tous âges confondus. La CAMI propose des programmes de thérapie sportive en déployant un modèle d'intervention unique et innovant qui constitue les 3 étapes complémentaires du parcours de soins :

1. À l'hôpital : séances au sein des « Pôles Sport & Cancer » pour les patients en début ou en cours de traitement
2. En ville : séances en ambulatoire, à proximité du lieu de vie du patient, pour les patients en traitement ou rémission
3. Après le cancer : référencement de clubs partenaires sportifs sensibilisés par la CAMI pour les personnes souhaitant poursuivre une activité physique après la rémission.

Les programmes hospitaliers sont gratuits pour les patients. Dans le cadre du parcours en ville, est demandée une contribution solidaire établie sur le quotient familial.

Thérapie Sportive et Formations

La Thérapie Sportive est l'approche thérapeutique délivrée par la CAMI Sport & Cancer. Elle permet de concevoir des gestes, exercices et enchaînements physiques pour contribuer à l'amélioration des chances de rémission des patients par le maintien ou le recouvrement de leurs capacités physiques et respiratoires et le renforcement du système immunitaire pendant la phase de traitements. Elle diminue l'impact des effets indésirables des traitements, en particulier les douleurs et la fatigue. La Thérapie Sportive s'appuie sur une méthode créée par Jean-Marc DESCOTES, le Médiété®. Son principe est l'analyse globale et spécifique des mouvements. Tous les gestes mis en place dans des séances de Thérapie Sportive sont conçus à partir des besoins physiques identifiés lors des bilans initiaux et validés lors des évaluations ou les premières séances. Les programmes de Thérapie Sportive commencent et se terminent par une consultation réalisée par le Praticien en Thérapie Sportive. Cette consultation permet de déterminer l'impact physique de la maladie ou des traitements, de cerner les besoins thérapeutiques ; puis de mesurer les progrès réalisés, et définir de nouveaux objectifs thérapeutiques. Le patient intègre un parcours de trois ou quatre mois, suivant les lieux de pratique, renouvelable, à raison de deux séances par semaine afin de respecter les critères d'Intensité, de Durée et de Fréquence, définis par la littérature scientifique internationale. Une durée de pratique de 8 mois est préconisée pour assurer des résultats efficaces.

Toutes les séances de Thérapie Sportive internes à la CAMI Sport & Cancer sont encadrées et réalisées par des Praticiens, professionnels de l'activité physique et sportive et détenteurs du Diplôme Universitaire « Sport et Cancer » de l'Université Paris 13. Ce Diplôme Universitaire (D.U.) a été créé en 2009 pour assurer la transmission d'un savoir-faire, favoriser le déploiement d'une prise en charge sécurisée, efficace et cohérente sur le territoire national. Les Praticiens proposent un programme de thérapie sportive pour lutter contre les effets indésirables des traitements des patients, notamment la perte de mobilité et les douleurs afin d'améliorer leur qualité de vie et leur permettre de conserver les moyens d'une dynamique sociale. À ce jour, la CAMI compte environ une cinquantaine de Praticiens en Thérapie Sportive auprès des malades en oncologie (séances collectives), hématologie ou oncopédiatrie (séances individuelles en chambre durant les cures).

Pour favoriser le développement d'un réseau collaboratif avec tous les acteurs impliqués dans le champ du Sport Santé, La CAMI a choisi de développer une offre de formation pour favoriser la cohérence des interventions et la volonté d'initier et d'implanter durablement des comportements de bien-être et de bonne santé :

- La formation « Sport Après Cancer », pour accompagner le patient après son parcours de soin,
- La formation médecins / soignants, pour favoriser la prescription de la thérapie sportive en cancérologie,
- La formation santé et bien-être salarié, pour intégrer les programmes de Médiété® comme un outil indispensable d'une démarche de responsabilité sociale des entreprises (RSE).

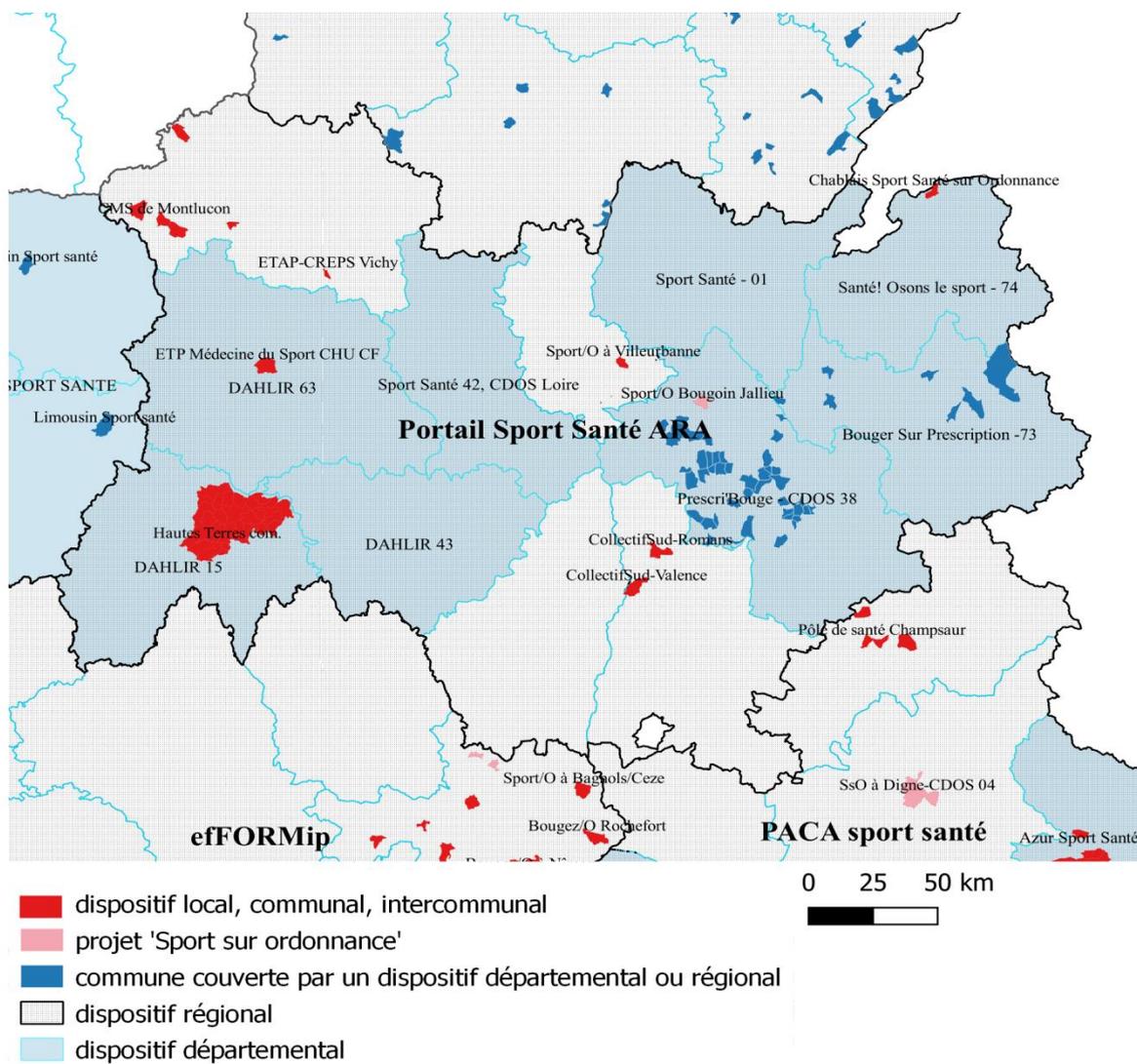
Contacts et Informations

Pour plus de précisions sur nos sites d'intervention en France et nos programmes à l'hôpital ou en ville : www.sportetcancer.com

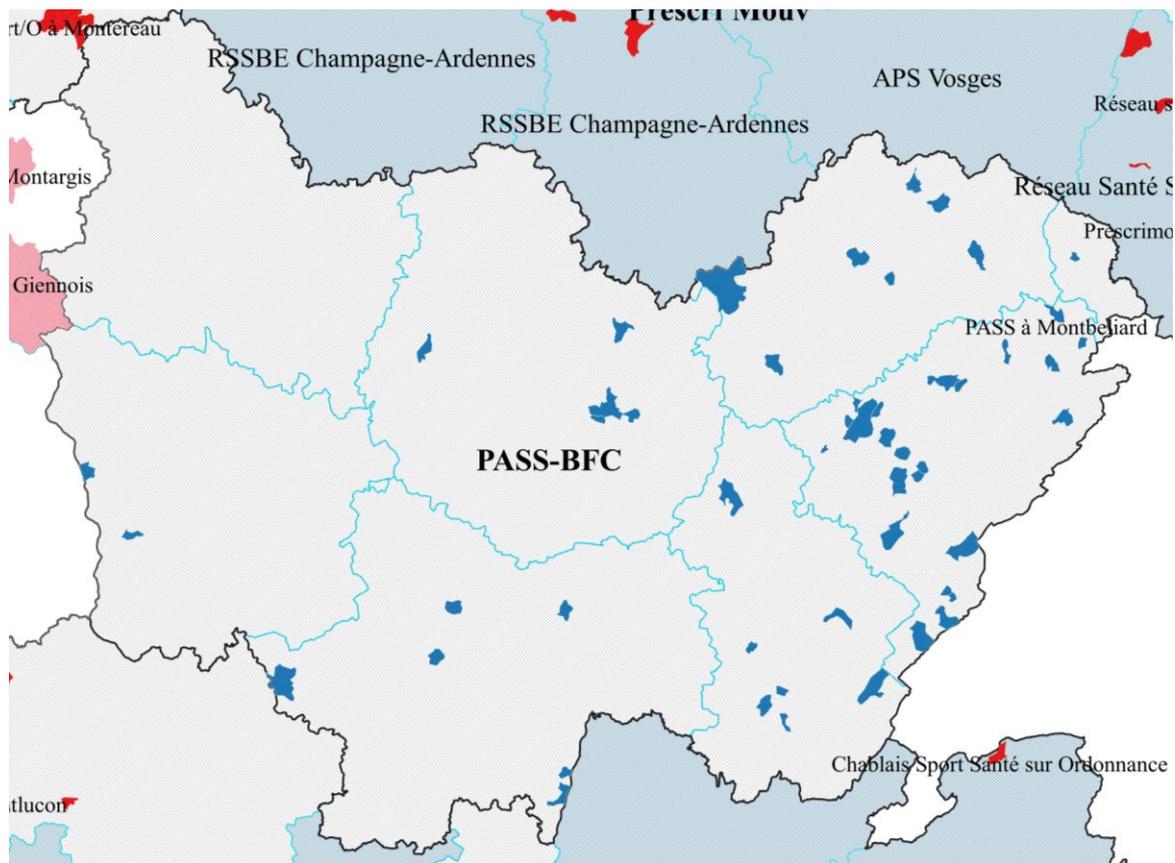
Contact : info@sportetcancer.com - Tel : 01 85 34 48 69

ANNEXE 2 – CARTOGRAPHIES DES DISPOSITIFS RECENSÉS DANS L'ENQUÊTE SELON LEUR ÉCHELLE, PAR RÉGION

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

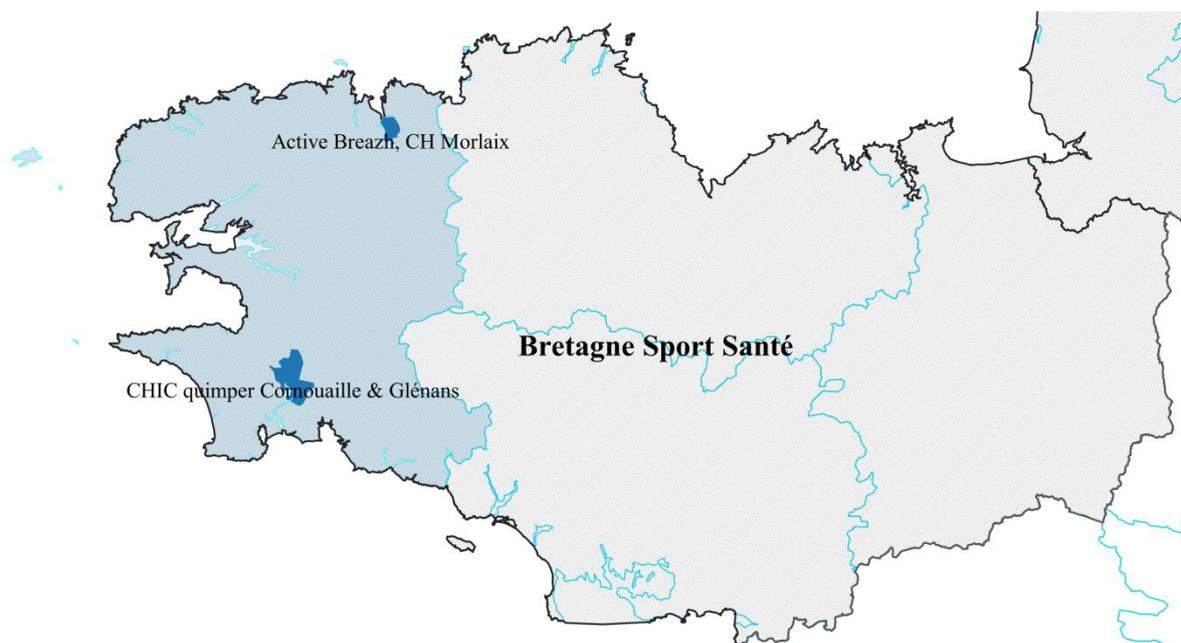


BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



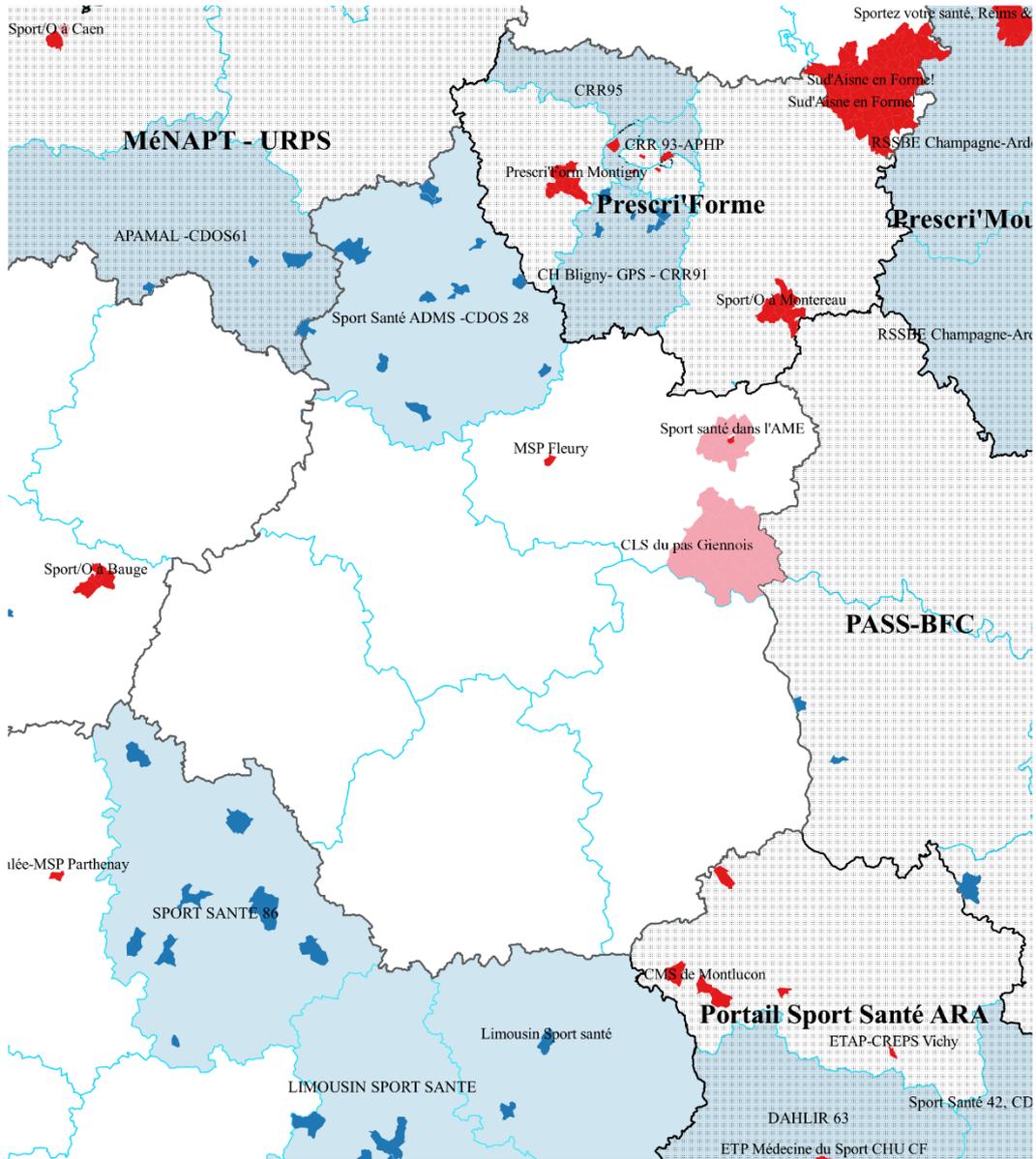
- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental

BRETAGNE



- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental

CENTRE-VAL DE LOIRE



- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental

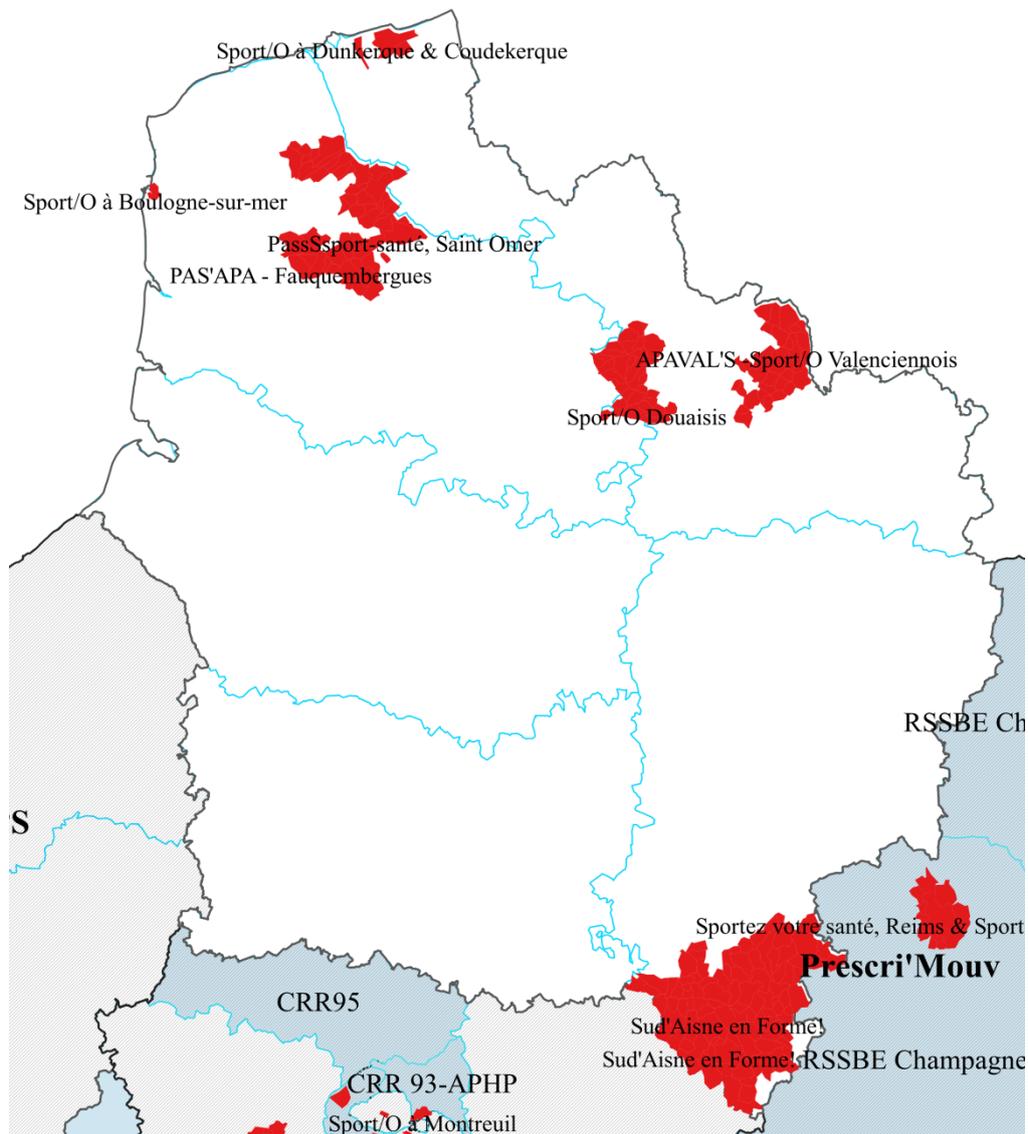


GRAND EST



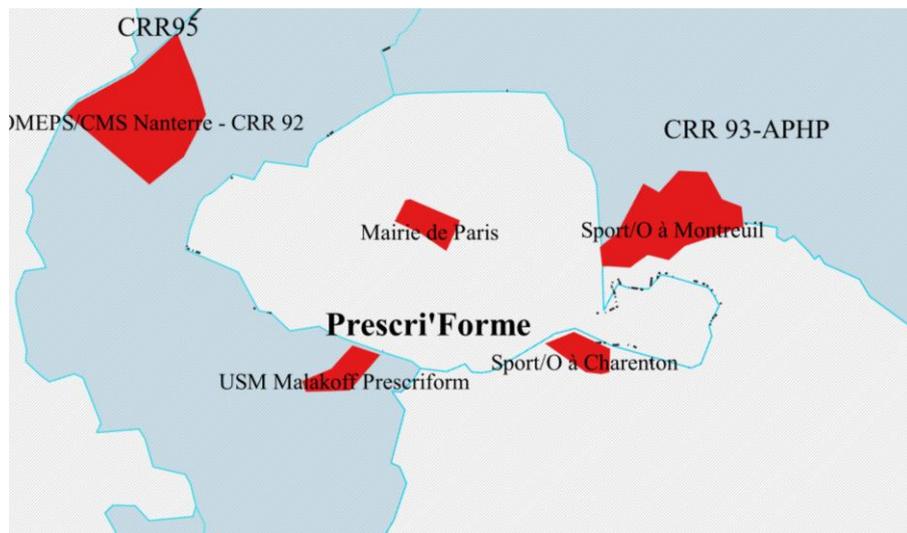
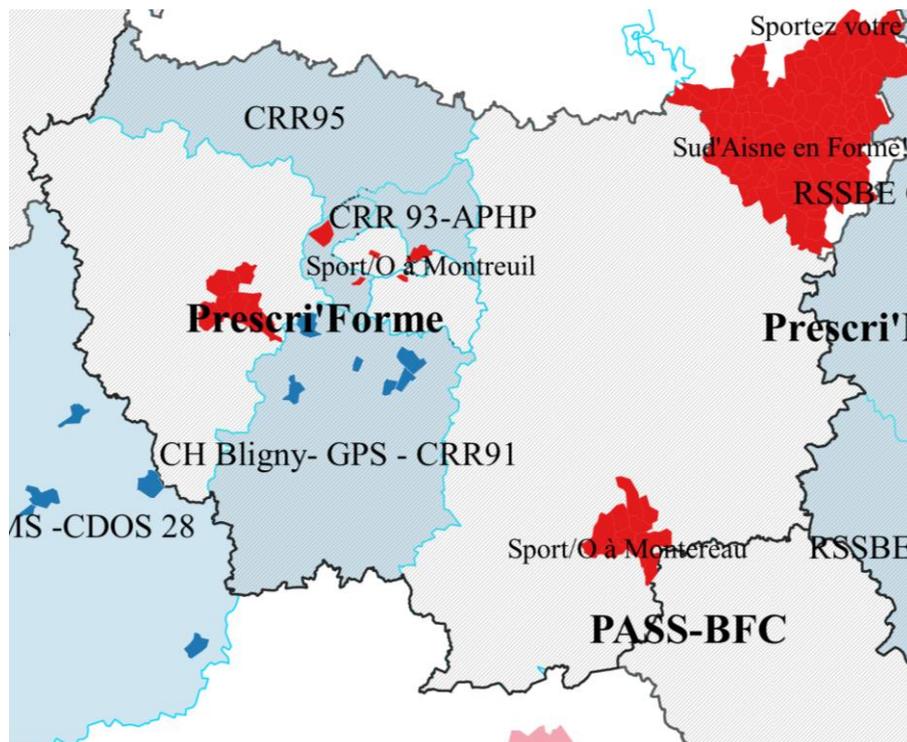
- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental

HAUTS-DE-FRANCE



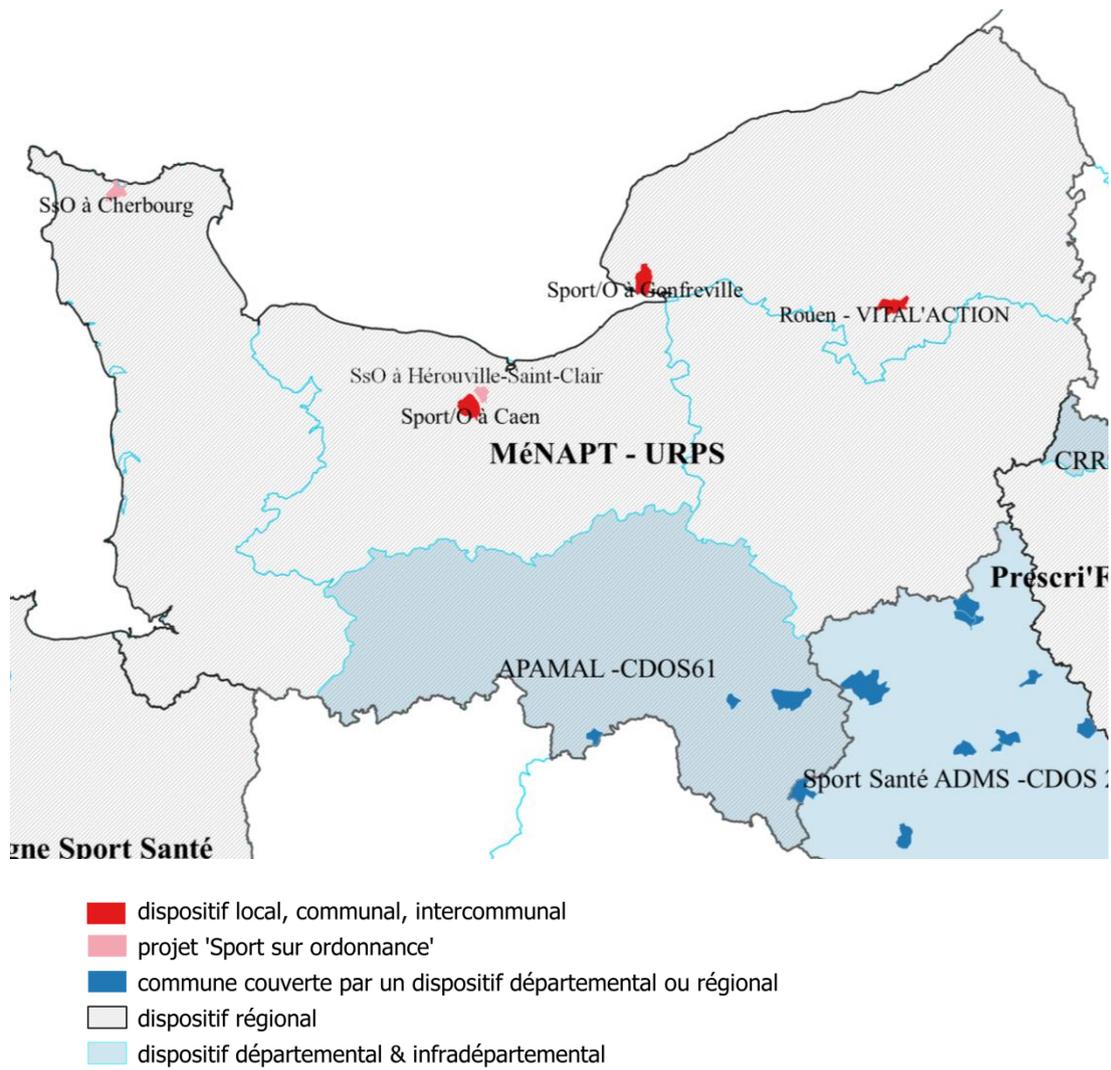
- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental

ILE-DE-FRANCE

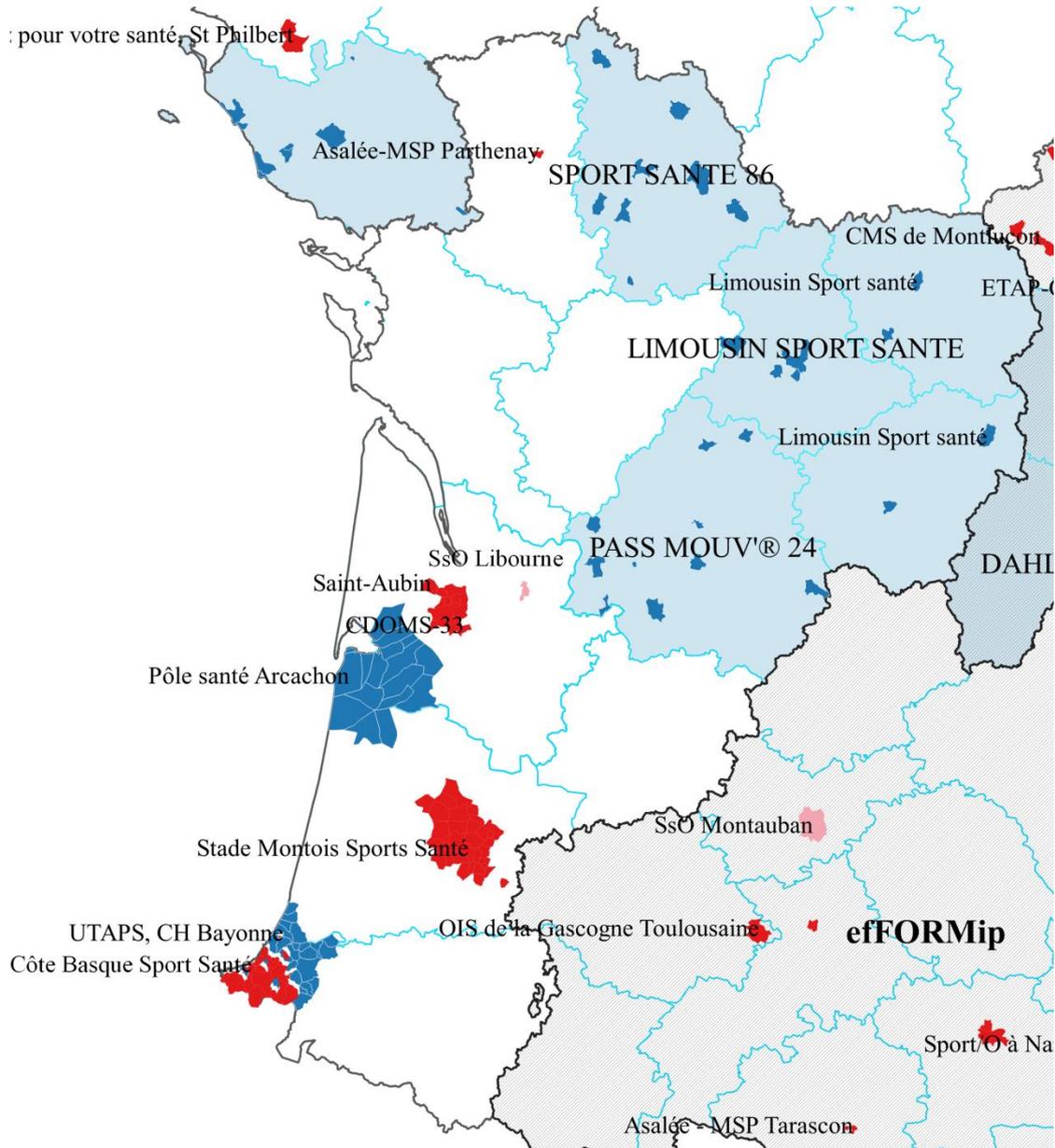


- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental

NORMANDIE



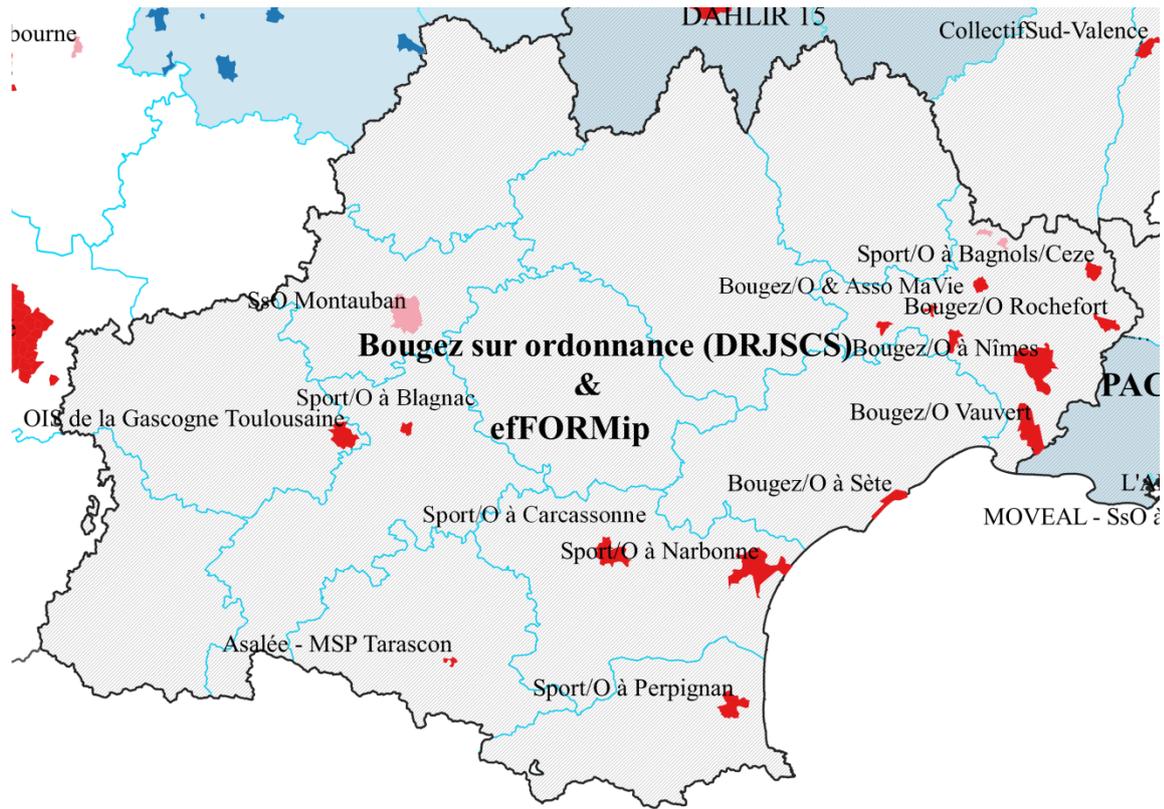
NOUVELLE-AQUITAINE



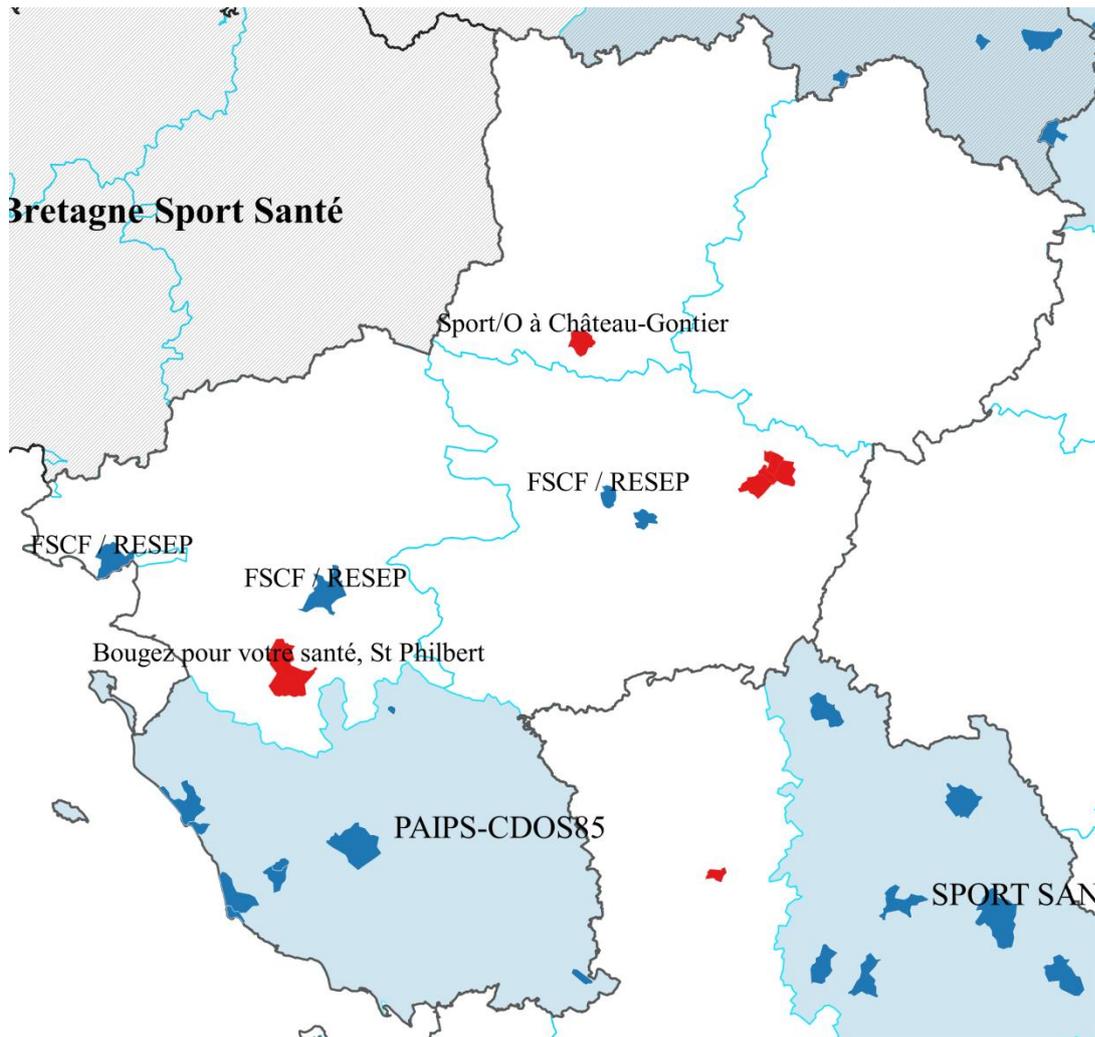
- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental



OCCITANIE

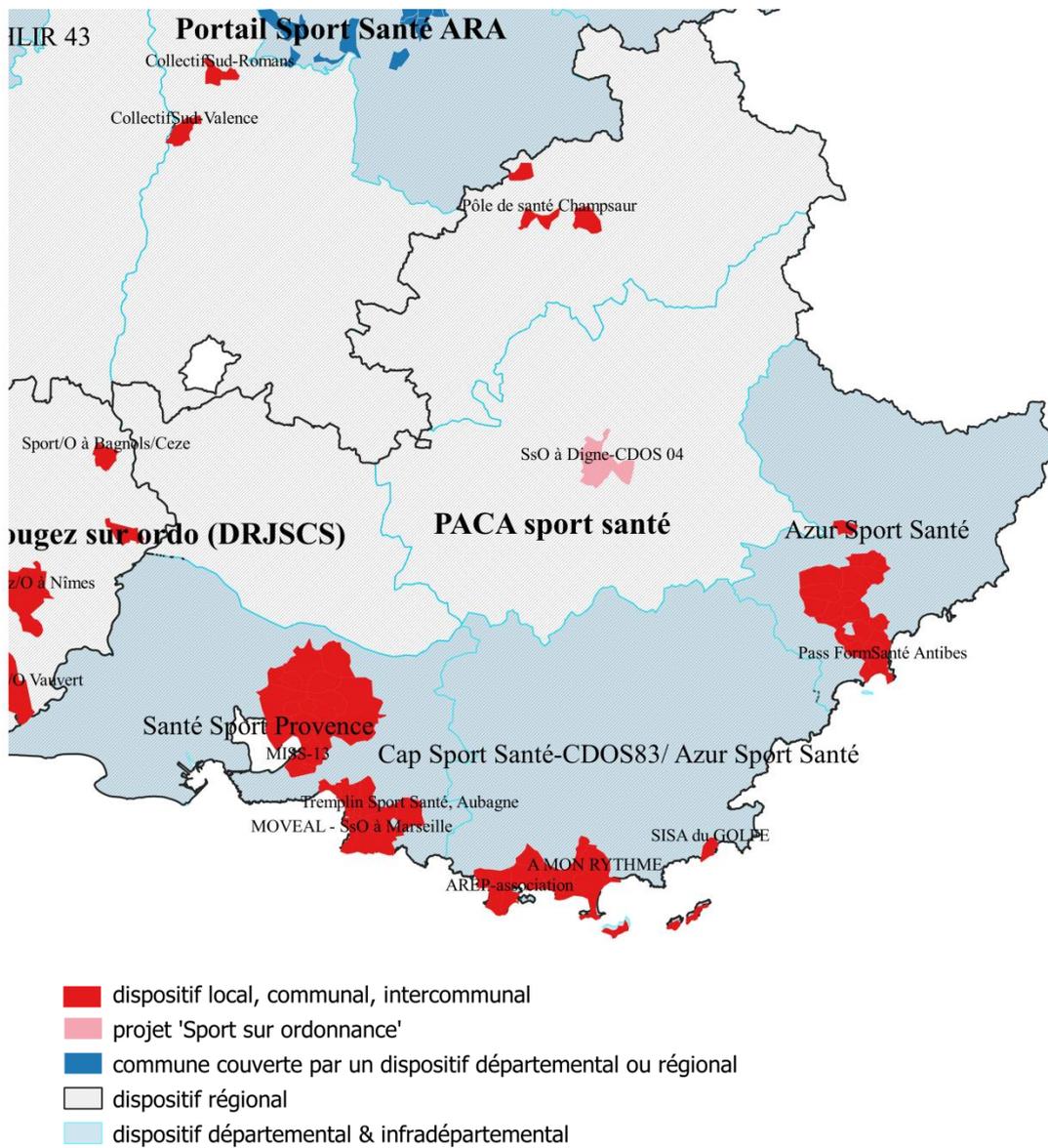


- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental



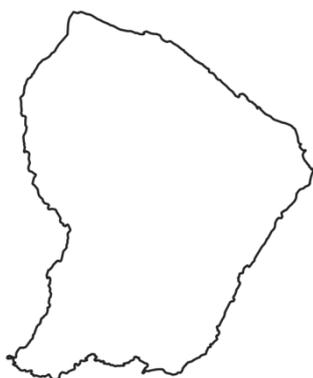
- dispositif local, communal, intercommunal
- projet 'Sport sur ordonnance'
- commune couverte par un dispositif départemental ou régional
- dispositif régional
- dispositif départemental & infradépartemental





DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER

Sport Santé en Guadeloupe - DRJSCS



Expérimentation SsO à Mayotte

SsO à Saint-Paul - OMS



-  dispositif local, communal, intercommunal
-  projet 'Sport sur ordonnance'
-  commune couverte par un dispositif départemental ou régional
-  dispositif régional
-  dispositif départemental & infradépartemental

Polynésie française : Dispositif Maita'i Sport Santé piloté par la Direction de la Jeunesse et des Sports

ANNEXE 3 – LISTE DES DISPOSITIFS AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE ET CONTACTS, PAR RÉGION

Nom du dispositif	Coordinateur	Adresse mail	Téléphone
Auvergne-Rhône-Alpes			
DAPAP 01 - Sport Santé Ain	Madeleine ROEDIGER	info@ainsportsante.fr	06 70 09 87 76
DAPAP 15 - Sport Santé Cantal	Louise CLERC	dapap43@dahlir.fr	04 43 07 36 46
DAPAP 38 - Prescri'Bouge Isère	Hugo CHAL	hugochal@franceolympique.com	04 38 24 03 64
DAPAP 42 - Sport Santé 42	Camille GAUTIER	sport.sante@maisondessportsloire.com	04 77 59 56 09
DAPAP 43 - Sport Santé Haute-Loire	Davy DENTRESANGLE	dapap43@dahlir.fr	04 43 07 36 46 06 33 35 34 90 /
DAPAP 63 - Sport Santé Puy-de-Dôme	Anaïs CHARRA Mathieu JOLY	dapap63@dahlir.fr m.joly@sport-savoie.fr / contact@bougersurprescription.fr	04 43 07 36 46
DAPAP 74 - Santé ! Osons le sport 74	Vincent KERMELIS / Manon MOTTIN	sport.sante@fol74.org	04 50 19 14 11
Dispositif Sport Santé Hautes-Terres Communauté	Noël BULTEZ	nbultez@hautesterres.fr	04 71 20 22 62 / 06 88 09 97 47
CHU de Clermont-Ferrand	Martine DUCLOS / Stéphane PENANDO	mduclos@chu-clermontferrand.fr	06 99 42 42 32
CMS de Montluçon	Maurice FERRIER	medecinedusportmontlucon@wanadoo.fr	04 70 05 09 73
Chablais sport santé sur ordonnance	André PRUNIER	a.prunier@me.com	
Commune de Villeurbanne - En Forme sur ordonnance	Stéphanie VALOUR	stephanie.valour@mairie-villeurbanne.fr	04 72 81 08 47
Communes de Romans-sur-Isère et Valence - Collectif Sud	Manon POUDEVIGNE	m.poudevigne@collectifsud.fr	04 75 81 63 10 / 07 88 13 73 12
Commune de Bourgoin-Jallieu	Nathalie BARTHES	nbarthes@bourgoinjallieu.fr	04 74 28 35 05
Pôle Médical Sportif du CREPS Auvergne-Rhône- Alpes / Vichy	Catherine DALLOZ	cdaloz32@gmail.com	04 70 59 53 39
Bourgogne-Franche-Comté			
Parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS), réseau sport-santé BFC	Marie-Lise THIOULET	marie-lise.thiollet@rssbfc.fr / contact@rssbfc.fr	03 81 48 36 52 / 06 16 06 16 83
Commune de Montbéliard - PASS	Catherine PRENEZ	cprenez@montbeliard.com	03 81 99 20 08
Bretagne			
Bretagne sport santé	Sophie CHA / Hélène KURZ	sophie.cha@jscs.gouv.fr / helene.kurz@ars.sante.fr	02 23 48 24 20
CHIC Cornouaille Quimper-Concarneau	Guillaume VOIZARD	g.voizard@glenans.asso.fr	
CH Morlaix - Active BREIZH	Matthieu MULLER / Ariane BENARD	mmuller@ch-morlaix.fr	02 98 62 60 77
Centre-Val de Loire			
Sport Santé ADMS 28, Chartres agglo	Nathalie HABERT	nathalie.habert@eure-et-loir.gouv.fr	02 37 20 51 03 / 02 37 20 51 02
Contrat local de santé du Pays du Giennois	Pauline FORTIN	cls-giennois@orange.fr	02 38 38 02 54
Sport santé dans l'âme, agglomération Montargoise et rives du Loing	Dominique DELANDRE / Damien LUBAC	dom.delandre@wanadoo.fr / damien.lubac@agglo-montargoise.fr	06 07 88 82 98 / 06 77 23 50 31
Commune de Fleury-les-Aubrais	Frédéric DELPY	frederic.delpy@ville-fleurylesaubrais.fr	02 38 71 93 67
Corse			
Pass Sport Santé Corse	Célia CANCEL	coregepgvcorse@gmail.com	04 95 58 61 27
Grand-Est			
Prescri'Mouv Grand-Est	Marine VILLAUME / Martine ROEGEL	ARS-GRANDEST-DEPARTEMENT- PREVENTION@ars.sante.fr / martine.roegel@jscs.gouv.fr	03 83 39 29 10 /03 88 76 80 49
Réseau Sport Santé Bien-Être Champagne- Ardenne	Guillaume DELIOT	deliot.rssbe@gmail.com	06 51 32 54 17 03 83 18 95 14 /
PrescriMouv 54, 55 - CROS Grand Est	Fanny BARRAL	fannybarral@franceolympique.com	07 62 88 57 24 03 83 18 87 02 /
Prescri'Mouv 57 - CROS Grand Est	Joris PETITMANGIN	jorispetitmangin@franceolympique.com	07 62 88 57 29
APS Vosges	Thomas MENGIN	apsvosges@sante-lorraine.fr	03 29 23 40 00 /

			07 50 04 79 74
Sport santé sur ordonnance à Strasbourg	Maud EBSTEIN-BRETON	maud.ebstein-breton@strasbourg.eu	03 68 98 69 43
Réseau Santé de Sud Alsace	Adeline BISSLER	a.bissler@sante-sudalsace.org	03 89 62 19 62
Réseau Santé Colmar	Sophie GALLIER	reseausantecolmar@orange.fr	03 89 23 05 55
Mulhouse Sport Santé	Marie COLIN	marie.colin@mulhouse-alsace.fr	03 69 77 76 01
Pôle Santé de Joinville	Stéphanie MALARME	stephanie.droit@wanadoo.fr	
Sportez votre santé à Reims	Nicolas BOUVIER	accueil@reims-contact.fr	03 26 77 78 79
Hauts-de-France			
Sud'Aisne en forme ! (Château-Thierry et communes associées)	Karim BELAID	sudaisneenforme@laposte.net	06 10 66 41 64
Sport Avant et Sur Ordonnance dans le Douaisis	Mathilde CARON	mathilde.caron12@orange.fr	
APAVAL'S - Communauté d'agglomération de Valenciennes Métropole	Michaël ETHUIN	apavals59@gmail.com	07 67 01 93 33
	Mylène PLOVIER / Anne		
Ville de Dunkerque et communes associées	CAGNA	sports@ville-dunkerque.fr	03 28 28 50 48
Commune de Coudekerque-Branche	Nathalie HENRY	nathalie.henry@ville-coudekerque-branche.fr	03 28 29 25 13
Commune de Marcq-en-Barœul	Loïc HARNEQUAUX	loic.harnequaux@marcq-en-baroeul.fr	06 31 30 03 10
Pass'sport-santé sur ordonnance, Communauté d'agglomération du Pays de Saint-Omer	Margaux RAOUT / Marie Charlotte HUYSENTRUYT	pass-sport-sante@orange.fr	06 23 06 22 68
	Dominique DEGARDIN / Mathieu LECENDRE	dominique.degardin@ville-boulogne-sur-mer.fr / mathieu.lecendre@ville-boulogne-sur-mer.fr	06 07 36 00 99
Ville de Boulogne-sur-Mer	Anna LORTHIOY LO		
Communauté de communes du canton de Fauquembergues	GIUDICE	assopasapa62@gmail.com	06 85 79 45 81
Ile-de-France			
Prescri'Forme, CRR 75, Centre d'Investigation par la Médecine du sport - APHP	Jennifer ARRONDEAU	jennifer.arroudeau@aphp.fr	01 42 34 82 65
Prescri'Forme, CRR 78, Saint-Quentin-en-Yvelines	Anne BAEKELANDT	anne.baekelandt@sqy.fr	01 30 16 17 84
Prescri'Forme, CRR 91, CH Bligny	Marie-Anne BRENAUT	prescriforme91@chbligny.fr	01 69 26 38 62
Prescri'Forme, CRR 92, Nanterre	Sabrina DEBICHE	sabrina.debiche@mairie-nanterre.fr	01 41 37 19 58
Prescri'Forme, CRR 93, HU Paris Seine-Saint-Denis (Bobigny)	François LHUISSIER	medsport.jvr@aphp.fr	01 48 02 64 68
Prescri'Forme, CRR 95	Frédéric RUSAKIEWICZ	frederic.rusakiewicz@fsef.net	07 63 31 50 03
Communauté de communes du Pays de Montereau	Frédéric VATONNE	f.vatonne@orange.fr	06 25 47 34 99
USM Malakoff	Thierry BARDAUD	t.bardaud@usmmalakoff.fr	01 47 46 77 03
Commune de Montreuil	Sébastien ZOLADKOWSKI	sport.sante@montreuil.fr	01 71 86 28 55
Commune de Charenton-le-Pont	Michel VAN DEN AKKER		01 45 18 36 18
Normandie			
Réseau MéNAPT	Bruno BUREL	burel.b@wanadoo.fr	02 35 70 58 58
			02 31 30 46 57 /
Sport sur ordonnance à Caen	Anne MESLIN / Zoé GODEY	a.meslin@caen.fr / z.godey@caen.fr	02 31 54 47 36
			02 33 80 27 68 /
Programme APAMAL - CDOS 61	Antoine MERCIER	cdos61@wanadoo.fr	06 23 74 24 05
	Bruno BUREL / Sophie		
Ville de Rouen, association Vital'action	CARPENTIER	burel.b@wanadoo.fr	02 35 70 58 58
Nouvelle-Aquitaine			
		limousinsportsante@orange.fr / patrice.virot@orange.fr	06 87 08 54 78 /
Limousin sport santé	Patrice VIROT		06 22 42 06 20
Sport santé 86 – Prescirmouv'	Richard DUPUY	contact@sportsante86.fr	07 71 64 84 44
Pass Mouv'® en Dordogne	Cindy GAILLARD	cindy.gaillard@profession-sport-loisirs.fr	06 43 73 02 28
Côte Basque Sport Santé	Nicolas GUILLET	biarritzenforme@gmail.com	06 18 64 25 24
Stade Montois Sports Santé	Bernard LABAU	bernard.labau40@gmail.com	06 86 60 35 49
	Bérénice LEDAIN / Vicky	berenice.ledain@ch-arcachon.fr / apa@ch-arcachon.fr	05 57 52 90 87 /
CH d'Arcachon	MONTEGU		05 57 52 90 84
Commune de Saint-Aubin-de-Médoc	Julien HOUSSINOT	sports@saintaubindemedoc.fr	06 80 43 50 41
Bordeaux Caudéran et Le Bouscat	Alice AGUIRRE	aliceaguirre.sso33@gmail.com	06 08 95 38 40
UTAPS, CH Côte Basque	Philippe NGUYEN	pnguyen@ch-cotebasque.fr	05 59 44 34 89
Commune de Parthenay	Corinne PACAUD	cpacaud.asalee@gmail.com	06 71 71 09 21

CAMI Sport et Cancer Dordogne	Lionel ROYE	cami.24@sportetcancer.com	
Occitanie			
Réseau eFORMip à Toulouse	Marie-Liesse DOVERGNE	marie-liesse.dovergne@efformip.fr	06 70 01 96 50 / 05 61 77 85 37
Bougez sur ordonnance à Bagnols-sur-Cèze	Bernard GOMILA	info@officedusportbagnols.fr	06 73 53 19 26
Bougez sur ordonnance à Nîmes	Dorian ABRAHAM	asso@nimessportsante.fr	06 31 41 83 00
Bougez sur ordonnance à Rochefort-du-Gard	Yannick BOURDIN	yannick.bourdin@ville-rochefortdugard.fr / servicesports@ville-rochefortdugard.fr	04 90 26 99 96 / 06 45 63 62 71
Bougez sur ordonnance à Vauvert	Bruno SOLER	bruno.soler@vauvert.com	04 66 73 10 84 / 06 76 54 80 52
Bougez sur ordonnance à Sète	Yvan CHABOUD	chaboud@ville-sete.fr	06 12 41 81 95
Bougez sur ordonnance à Perpignan	Brigitte GRAELL	graell.brigitte@mairie-perpignan.com	06 09 63 13 34 / 04 68 62 38 87
Bougez sur ordonnance à Alès, Sauve, Le Vigan et Lasalle	Céline ROYES	mavie.apa@gmail.com	06 08 42 19 77
Sport sur ordonnance à Narbonne	Eric QUEZEL	e.quezel@mairie-narbonne.fr	04 68 90 30 18
Plateforme municipale Sport Santé à Carcassonne	Jean-Marie MARTRE	sport.sante@mairie-carcassonne.fr	06 08 46 60 37 / 04 68 24 02 08
Sport sur ordonnance à Blagnac	Céline SMADJA	sports@mairie-blagnac.fr	05 61 71 76 50
Pôle Santé de Tarascon-sur-Ariège	Christelle REPOND / Françoise CHAGUE	christelle.repond@orange.fr / francoise.cha@orange.fr	06 08 80 68 09 / 06 71 93 29 79
OIS de la Gascogne Toulousaine	Annabelle DELPECH	oisgt.polesportsante@orange.fr	06 83 09 16 64
Pays-de-la-Loire			
ATOUTFORM, Comité régional FSCR Pays-de-la-Loire	Nicolas BOISNEAU	ad@fscf-paysdelaloire.fr / secretariat@fscf-paysdelaloire.fr	02 40 58 61 62 / 07 71 18 78 58
Communauté de communes du Pays de Château-Gontier	Agnès VOISINE	chateau-gontier@chateaugontier.fr	02 43 07 96 82
Bougez pour votre santé à Saint-Philbert de Grand-Lieu	Valérie HOUDIN	ccas-mairie@stphilbert.fr	02 40 78 03 01
Commune de Baugé-en-Anjou	Manon BERTHELOT	manon.berthelot@baugeenanjou.fr	02 41 84 12 19
Commune de Lavardin	Pierre DUBOIS	mairie.lavardin@wanadoo.fr	02 43 27 71 87
Commune de Soudan	Bernard DOUAUD	mairie.soudan@wanadoo.fr	02 40 28 62 16
Projet d'Accompagnement Individualisé à la Pratique Sportive, CDOS85	Caroline FERRE	paips@cdos85.fr	02 51 44 27 59
Provence-Alpes-Côte d'Azur			
Mon Sport Santé PACA / Azur Sport Santé	Pascale LICARI	contact@paca-sport-sante.fr / azursportsante.paca@gmail.com	06 58 77 74 42 / 04 13 55 81 24
AREP, Var et une partie des Bouches du Rhône	Jane ARRESTIER	arep.association@gmail.com	06 31 93 43 95
Ufo s'bouger, Ufolep du Var	Guillaume LAPRADE	glaprade@laligue83.org	06 80 35 64 14
CAP Sport Santé 83, Métropole de Toulon	Béatrice BOURAOUI	acdos@cdos83.fr	04 94 46 01 92
Pôle de santé de Champsaur	Véronique TARBOURIECH	veronique.pscv@gmail.com	04 13 38 73 61
Pass Form Santé, commune d'Antibes	Romain MELAN	romain.melan@ville-antibes.fr	04 92 90 53 40
Maison Intercommunale Sport-Santé (MISS)	Anne-Sophie RICHARD	contact@miss-13.com	06 33 06 91 78
Tremplin Sport Santé, Aubagne et communes alentours	Vincent GOMES	tremplinsportsante@gmail.com	07 87 37 47 83
Commune de Cavalaire-sur-Mer	Michael JOUD	sisadugolfe@outlook.fr	06 13 81 42 82
Santé Sport Provence, Aix-en-Provence	Philippe CALAS	contact@santesportprovence.com	04 42 22 80 82
MOVEAL, ville de Marseille	Nathalie PELLAT	npellat@marseille.fr	04 91 14 57 09
L'APAsserelle Association, Marseille	Matthieu TOURBOT	contact@lapasserelle-association.fr	06 10 32 63 75
Départements et régions d'outre-mer			
Commune de Saint-Paul, Réunion	Solène DEL PUP CAPITAINE / Antoine DAMOUR	sportsante@oms-saintpaul.re sportsante.mayotte@franceolympique.com / mayotte@franceolympique.com	0262 45 91 96 06 39 25 95 44 / 02 69 61 70 44
Sport sur ordonnance à Mayotte	Manon DARCEL-DROGUET		
Dispositif promotion de la santé par une activité physique régulière, Guadeloupe	Joëlle SAVIN-JUAREZ	joelle.savin-juarez@drjscs.gouv.fr	0590 81 06 32
Commune de Saint-Pierre, Réunion (en projet)	Rodrigue BARET	rodrigue.baret@gmail.com	06 92 54 82 27
Direction de la Jeunesse et des Sports de Polynésie	Bruno COJAN	bruno.cojan@sante.gov.pf	689-40488204

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de longue durée	CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
Andes : Association nationale des élus en charge du sport	CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	CQP : Certificat de qualification professionnelle
AP : Activité physique	CRF : Centre de rééducation fonctionnel
APA : Activité physique adaptée	CRR : Centre de référence-ressources
APA-S : Activité physique adaptée et santé	CREPS : Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	CROS : Comité régional olympique et sportif
APS : Activité physique et sportive	Dahlir : Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers les Loisirs Intégrés et Réguliers
ARS : Agence régionale de santé	DAPAP : Dispositif d'accompagnement vers la pratique d'activité physique
ASALEE : Action de santé libérale en équipe	DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
AURA : Auvergne-Rhône-Alpes	DEJEPS : Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
BEES : Brevet d'État d'éducateur sportif	DESJEPS : Diplôme d'État Supérieur de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
BFC : Bourgogne-Franche-Comté	DGS : Direction générale de la santé
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive	DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
BJEPS : Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport	DRDJSCS : Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
CACI : Certificat médical d'absence de contre-indication à l'activité sportive	DU : Diplôme universitaire
CAF : Caisse d'allocations familiales	EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Carsat : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail	EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
CCAS : Centre communal d'action sociale	ETAPS : Éducateur Territorial des Activités Physiques et Sportives
CDOMS : Comité Départemental des Offices Municipaux du Sport	ETP : Éducation thérapeutique du patient
CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif	FFCS : Fédération sportive et culturelle de France
CEPS : Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support	FFEPGV : Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire
CHU : Centre hospitalier universitaire	GE : Groupement d'employeurs
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination	HAS : Haute Autorité de Santé
CLS : Contrat local de santé	HCSP : Haut Conseil de la santé publique
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire	HTA : Hypertension artérielle
CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie	IDE : Infirmier diplômé d'état
CNDS : Centre National pour le Développement du Sport	IGAPAS : Intervention et Gestion en Activité Physique Adaptée et Santé
CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français	IGAS : Inspection générale des affaires sociales
CMS : Centre médico-sportif	

IGJS : Inspection générale de la jeunesse et des sports

INCa : Institut national du cancer

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRFO : Institut des Rencontres de la Forme

MARPA : Maison d'accueil rural pour les personnes âgées

MKDE : Masseur-kinésithérapeute diplômé d'état

MOOC : Massive Open Online Course

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

Onaps : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité

ORS : Observatoire Régional de la Santé

OSV : Office villeurbannais des sports

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PASS : Parcours d'accompagnement sportif pour la santé

PNAPS : Plan national de prévention par les activités physiques et sportives

PNNS : Plan national nutrition santé

PNSSBE : Plan national sport santé bien-être

PRN Sport Santé Bien-Être : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être

PRSSBE : Plan régional sport santé bien-être

PS : Pôle de santé

ReCAPPS : Recherche collaborative sur l'Activité Physique et la promotion de la santé

RNCP : Répertoire national des certifications professionnelles

RPAQ : Recent physical activity questionnaire

RSE : Responsabilité sociale des entreprises

RSSBE : Réseau Sport-Santé Bien-Être

SFP-APA : Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée

SFMES : Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport

SSsO : Sport Santé sur Ordonnance

STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives

SSR : Service de soins de suite et de réadaptation

TFP : Titre à finalité professionnelle

Ufolep : Union française des œuvres laïques d'éducation physique

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

UTEP : Unité Transversale d'Éducation du Patient

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont contribué à cette publication. Et tout particulièrement les services municipaux de la Ville de Strasbourg pour l'impression du document.

Les contributeurs au rapport :

- Le réseau des villes sport-santé sur ordonnance des Villes-Santé de l'OMS ;
- L'Association nationale des élus du sport (Andes) ;
- Christelle Repond et Françoise Chague de l'association ASALEE ;
- Pr Martine Duclos et Pr Frédéric Costes, service de médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand ;
- Pr Claire Perrin, Professeure des Universités, Enseignant-Chercheur à l'Université de Lyon 1 ;
- La Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée ;
- Marie-Liesse Dovergne, directrice de l'association efFORMip ;
- Dr Bruno Burel, Réseau Normand des Médecins Correspondants en Activité Physique Thérapeutique (MÉNAPT) ;
- Docteur André Prunier, de Chablais sport santé sur ordonnance ;
- Olivier Laplanche, de la CAMI Sport & Cancer.

Les fournisseurs de données :

Nous remercions profondément l'ensemble des coordinateurs ou des personnes ayant répondu au questionnaire de l'Onaps et du PRN Sport Santé Bien-Être, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Nous remercions également la Direction de la stratégie, des études et des statistiques de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) pour la transmission des données concernant la prévalence des affections de longue durée.

Le Comité de relecture :

Brice Canot, Médecin généraliste et médecin du sport au Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive (CREPS) de Reims

Laurence Castet, Conseillère technique et pédagogique, Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Auvergne-Rhône-Alpes

Martine Duclos, Endocrinologue, physiologiste et médecin du sport, professeur des universités, chef du service Médecine du sport et des explorations fonctionnelles au CHU de Clermont-Ferrand

Docteur Alexandre Feltz, Adjoint au Maire chargé de la Santé, ville de Strasbourg

Pauline Genin, Chargée d'études, Onaps

Grégory Ninot, Professeur à l'Université de Montpellier, Chargé de recherche à l'Institut du Cancer de Montpellier, Directeur de la Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support (CEPS)

Claire Perrin, Professeur des Universités Enseignant-Chercheur à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Daniel Rivière, Professeur des Universités, Responsable du Laboratoire de Physiologie et de l'Enseignement de la Physiologie de la Faculté de Médecine de Toulouse, Purpan

Mathieu Vergnault, Enseignant en Activité Physique Adaptée, Administrateur Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA)





Avec le concours de la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes



UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne



CITATION DE CE RAPPORT

Charles M, Larras B, Bigot J, Praznoczy C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être ; octobre 2019. 84 p.



Observatoire national de l'activité
physique et de la sédentarité

Faculté de médecine
Laboratoire de physiologie
et de biologie du sport
28 place Henri Dunant - BP 38
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1
Tél. 04 73 17 82 19
contact@Onaps.fr
www.onaps.fr

Octobre 2019

ISBN 978-2-9560116-9-9