

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION



**Activité physique adaptée :
promouvoir la santé
des populations**

DOSSIER

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE : PROMOUVOIR LA SANTÉ DES POPULATIONS



© Clément Donval / Ville de Paris

Dossier coordonné par

Claire Perrin,

sociologue, professeure, université Claude-Bernard à Lyon, membre du Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport (L-ViS), présidente de l'institut de recherche collaborative sur l'activité physique et la promotion de la santé (ReCAPPS),

Anne Vuillemin,

professeur des universités, université Côte d'Azur, directrice de l'École universitaire de recherche Écosystèmes des sciences de la santé (EUR HEALTHY), membre du LAMHESS,

David Communal,

maître de conférences associé à mi-temps (MAST) F2SMH, département Activité physique adaptée, chercheur associé au CreSco, Toulouse,

Raphaëlle Ancellin,

cheffe de projets Prévention, Institut national du cancer (INCa),

Pascale Duché,

professeur des universités, université de Toulon, unité de recherche IAPS.

Introduction

3 _ Claire Perrin, Anne Vuillemin, David Communal, Raphaëlle Ancellin, Pascale Duché

PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Bénéfices de l'activité physique et recommandations

5 _ Anne Vuillemin

Aimer bouger, ça s'apprend et ça se partage

7 _ Claire Perrin

Pourquoi les adolescents s'éloignent-ils de la pratique d'activité physique ?

11 _ Pascale Duché

DÉVELOPPER UNE OFFRE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

« Les personnes en situation de handicap gagnent en autonomie et en bien-être en bénéficiant d'une pratique sportive »

14 _ Entretien avec Sylvain Sabatier

« La pratique d'activité physique permet aux personnes souffrant de troubles mentaux d'améliorer leur santé tant physique que mentale »

16 _ Entretien avec Maxime Tréhout

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE : LES LEVIERS, FREINS ET DÉFIS

Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers

19 _ Raphaëlle Ancellin, David Communal

Les défis de la prescription d'activité physique adaptée

22 _ David Communal, Marion Elissalde, Yves Morales

Programmes-passerelles en activité physique adaptée : faire face aux défis de la prescription

24 _ David Communal, Marion Elissalde, Yves Morales

Identifier les freins et les leviers pour optimiser l'activité physique adaptée

26 _ Olivier Riquier, Aurélie Van Hoyer, Anne Vuillemin

Paroles de médecins prescripteurs du dispositif « En forme sur ordonnance », à Villeurbanne

28 _ Emmanuel Dizin, Damien Issanchou, Claire Perrin

QU'EN PENSENT LES PATIENTS ?

Trois patients en affection longue durée reprenant l'activité physique adaptée témoignent

30 _ Olivier Riquier, Aurélie Van Hoyer, Anne Vuillemin

Point de vue d'un patient expert, diabétique :

« Ce sont les malades qui se remettent en mouvement avec notre accompagnement »

32 _ Entretien avec Michel Chapeaud

FOCUS SUR QUELQUES PROGRAMMES ET DISPOSITIFS INNOVANTS DANS LES TERRITOIRES

Maison Sport-Santé de Matoury en Guyane :

« Ces séances d'activité physique font du bien aux habitants »

34 _ Entretien avec Léonne Agélas

« L'activité physique redonne confiance à ces jeunes en surpoids »

36 _ Entretien avec Thierry Polony

Dunkerque et Flandres :

« Un bus équipé pour pratiquer l'activité physique à deux pas de chez soi »

37 _ Entretien avec Sandra Pit

« L'activité physique adaptée améliore la santé et la qualité de vie de tous les patients »

39 _ Entretien avec Jean-Philippe Wagner

Salariés de Michelin :

« un éducateur sportif les suit dans leur pratique d'activité physique »

41 _ Entretien avec Julien Finaud

Accompagner les seniors vers des ateliers de prévention sur l'alimentation et l'activité physique

43 _ Entretien avec Mélissa Gibert-Badiou

Bordeaux, maison MARAdJA, cancérologie : « Permettre aux jeunes patients de se réapproprier leur corps, mis à mal par la maladie et les traitements, en retrouvant le plaisir de bouger »

45 _ Entretien avec Cécile Vérité et Marion Berthy

Au Centre de lutte

contre le cancer de Lyon : « C'est le patient qui décide de l'activité physique qui lui convient, nous l'accompagnons »

47 _ Entretien avec Rodolf Mongondry

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

49 _ Laetitia Haroutunian

L'activité physique adaptée pour promouvoir la santé des populations

Claire Perrin,

sociologue, professeure, université Claude-Bernard à Lyon, membre du Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport (L-ViS), présidente de l'institut de recherche collaborative sur l'Activité physique et la Promotion de la santé (ReCAPPS),

Anne Vuillemin,

professeur des universités, université Côte d'Azur, directrice de l'École universitaire de recherche Écosystèmes des sciences de la santé (EUR Healthy), membre du Lamhess,

David Communal,

maître de conférences associé à mi-temps (Mast) F2SMH, département Activité physique adaptée, chercheur associé au CreSco, Toulouse,

Raphaëlle Ancellin,

cheffe de projets Prévention, Institut national du cancer (INCa),

Pascale Duché,

professeur des universités, université de Toulon, unité de recherche IAPS.



© Sophie Robichon / Ville de Paris

Pratiquer une activité physique (AP) régulière est bénéfique pour la santé, quels que soient l'âge, le sexe et l'état de santé (voir également encadré *Les bienfaits de l'activité physique d'un point de vue santé et bien-être*). L'inactivité physique (voir définition dans encadré ci-après) est aujourd'hui scientifiquement reconnue, à la fois comme un facteur de risque majeur pour la santé et comme une cause de mortalité évitable [1-2]. Elle est associée au développement des maladies chroniques dans les sociétés occidentales, à l'accroissement exponentiel des coûts de santé qui en résultent et à l'amoindrissement de la qualité de vie des populations.

Depuis le début des années 2000, l'activité physique est devenue une nouvelle catégorie d'action publique [3]. Introduite dans un premier temps en tant que moyen d'action au sein de plans de santé

publique¹, elle a finalement fait l'objet en 2012 d'un plan national spécifiquement dédié à sa promotion², puis d'une stratégie nationale Sport-Santé³.

En parallèle, la loi de 2016 de modernisation du système de santé a officialisé une réorientation des services de santé par l'intégration de l'activité physique (AP) dans le parcours de soins. La prescription d'une activité physique « adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient en affection de longue durée (ALD) » a été introduite dans la loi de modernisation de notre système de santé [4], puis étendue à tous les malades chroniques via la loi de démocratisation du sport [5]. Cette dynamique a récemment débouché sur la reconnaissance des compétences en activité physique adaptée (APA)⁴ dans le monde médical par la création de deux nouvelles fiches de poste officialisant deux métiers avec des qualifications reconnues, celles d'enseignant en APA et de coordinateur en APA⁵.

Définition

Plus globalement, dans une optique de promotion de la santé de l'ensemble de la population, qu'entend-on précisément par activité physique adaptée ? En voici une définition qui fait consensus : L'activité

physique adaptée (APA) « est le domaine scientifique et professionnel de l'activité physique s'adressant à toute personne n'ayant pas ou ne pouvant pas pratiquer une activité physique ou sportive dans des conditions ordinaires et qui présente des besoins spécifiques de santé, de participation sociale ou d'inclusion du fait d'une maladie, d'une limitation fonctionnelle, d'une déficience, d'une vulnérabilité, d'une situation de handicap, d'exclusion, d'une inactivité ou d'une sédentarité. L'enseignant en APA est titulaire d'une licence mention STAPS activité physique adaptée – Santé (APA-S)⁴. »

Promouvoir la santé par l'activité physique

Les politiques de promotion de l'activité physique (AP) couvrent ainsi aujourd'hui les différentes échelles de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Elles se traduisent par des campagnes de communication nationales et territoriales et par le développement de l'offre d'activité physique adaptée (APA) et de sport-santé dans les territoires (*le sport santé regroupe l'ensemble des activités physiques et sportives qui doivent permettre de contribuer au maintien en bonne santé de toutes les personnes, NDLR*). Le monde sportif, jusqu'alors organisé autour de la performance, est ainsi engagé dans un profond changement de paradigme qui ne va pas de soi [6]. L'objectif est de développer et de promouvoir auprès des citoyens un large éventail de pratiques d'activités physiques à visée de santé, avec le souci de les motiver à y adhérer.

Le présent dossier est centré sur la promotion de la santé par l'activité physique ; il balaie un large spectre d'initiatives dans les territoires, en plaçant la focale sur les formes d'intervention auprès des publics, qu'ils soient en bonne santé ou qu'ils vivent avec une maladie chronique et/ou un

handicap, avec une attention plus particulière pour les mesures qui visent à réduire les inégalités sociales.

Il s'agit ainsi d'accompagner les populations à aller vers l'activité physique en créant des environnements favorables et en renforçant l'approche communautaire, mais aussi de développer des aptitudes individuelles dans le cadre d'une approche globale qui s'appuie sur les ressources des individus et sur leurs attentes. L'objectif est de développer de nouvelles normes de vie active et des pouvoirs

d'action en termes non seulement de pratiques physiques ou sportives adaptées régulières et durables, mais également de mobilités actives et de régulation des temps passifs passés devant un écran. La démarche éducative interroge inmanquablement les habitudes de vie, le rapport à son propre corps, à autrui, à l'environnement et finalement à sa santé. ■

1. Programmes nationaux : Nutrition Santé (PNNS, à partir de 2001), Plan Bien Vieillir (2007-2009), Plan Obésité (2010-2013), Plan Cancer (2014-2019).

2. Plan national Sport, Santé, Bien-Être (2012), décliné en plans régionaux à partir des dynamiques territoriales.

3. En France, la Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024 vise à « améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie », ministère des Solidarités et de la Santé et ministère des Sports. Cette politique publique s'inscrit dans l'héritage des Jeux Olympiques et paralympiques 2024.

4. Consortium national en APAS, 2021.

5. <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/conseil-aux-personnes-et-education-physique-34/metier/enseignant-en-activite-physique-adaptee-eapa>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : contextes et effets sur la santé*. [Rapport] Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2008, XII : 811 p. En ligne : <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>

[2] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Montrouge : EDP Sciences, coll. Expertise collective, 2019, XVI : 805 p. En ligne : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/>

activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/

[3] Perrier C. *L'État actif. Une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017)*. [Thèse] doctorat en science politique, soutenu à l'université de Grenoble-Alpes, le 28 juin 2022, Grenoble, 2022. En ligne : <https://www.theses.fr/s139256>

[4] Article L 44 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913897

[5] Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

[6] Perrin C., Perrier C. Le gouvernement des corps au point de rencontre du monde du sport et du monde de la santé. In : Perrin C., Perrier C., Issanchou D. (dir), *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Fontaine : PUG-UGA, coll. Sports, Cultures, Sociétés, 2022 : p. 17-32.

LES AUTEURS DE CET ARTICLE DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DE SON CONTENU.

QUELQUES DÉFINITIONS

« **L'activité physique (AP)** comprend les activités physiques de la vie quotidienne avec les déplacements actifs (marche, escaliers, vélo), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage) et les activités professionnelles ou scolaires ; les exercices physiques (AP structurées, répétitives dont l'objectif est le maintien de la condition physique), et les activités sportives de loisirs ou en compétition (forme particulière d'AP où les participants répondent à un ensemble de règles et d'objectifs bien définis). **La sédentarité** est définie comme une situation d'éveil caractérisé par une faible dépense énergétique (...). Les activités sédentaires comprennent toutes les activités réalisées au repos en position assise ou allongée (regarder la télévision, lire, écrire, travailler sur un ordinateur, se déplacer en véhicule automobile) et la position debout statique. Elle diffère de **l'inactivité physique** qui se caractérise par un niveau insuffisant d'AP ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP recommandé pour la santé, soit l'équivalent d'au moins 150 minutes par semaine d'AP d'endurance d'intensité modérée. » (source : Haute autorité de santé – HAS).

LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN PRÉVENTION

L'OMS définit l'activité physique comme « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie.* » L'organisation résume ainsi les principaux bénéfices de la pratique, y compris en prévention primaire : « *Une activité physique régulière (marche, vélo, sport en général ou détente active, p. ex.) est très bénéfique pour la santé. L'activité physique est très bénéfique pour la santé du cœur, du corps et de l'esprit. Elle contribue à la prévention et à la prise en charge des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète. Elle réduit les symptômes de dépression et d'anxiété. Elle améliore les capacités de réflexion, d'apprentissage et de jugement. Elle garantit une croissance et un développement sains chez les jeunes. Elle améliore le bien-être général.* » A contrario « *La sédentarité représente l'un des principaux facteurs de risque de mortalité liée aux maladies non transmissibles. Les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un risque de décès majoré de 20 % à 30 % par rapport à celles qui sont suffisamment actives.* »

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), principaux repères, activité physique, octobre 2022.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Bénéfices de l'activité physique et recommandations

Anne Vuillemin,

professeur des universités, université Côte d'Azur,
directrice de l'École universitaire de recherche
Écosystèmes des sciences de la santé (EUR HEALTHY),
membre du LAMHESS.

Les effets associés à la pratique d'une activité physique (AP) ont fait et font encore l'objet d'études scientifiques. Les effets bénéfiques sont indéniables et largement démontrés par de nombreuses études, à la fois dans le cadre de la promotion de la santé, de la prévention et du traitement de plusieurs maladies et troubles psychologiques. L'AP a des effets bénéfiques sur la santé cardio-respiratoire, musculo-squelettique, fonctionnelle et mentale. Elle est importante dans la lutte contre le surpoids et l'obésité. Elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes, quel que soit leur état de santé, et elle favorise l'intégration et l'interaction sociales qui sont également associées au bien-être et à la qualité de vie des individus. À l'image de l'immunisation qui a permis de réduire l'incidence des maladies infectieuses, l'activité physique permet de réduire l'incidence des maladies non transmissibles (MNT) en agissant sur leurs facteurs de risque. Ses effets bénéfiques sont également bien démontrés dans la prise en charge de plusieurs maladies chroniques [1] et ils permettent aussi d'en limiter les conséquences. L'AP est considérée comme une thérapeutique non médicamenteuse à part entière dans certaines maladies (accidents vasculaires cérébraux, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, cancers, dépression, diabète de type 2, insuffisance cardiaque chronique, pathologies ostéo-articulaires, obésité, schizophrénie, syndromes coronaires aigus). L'activité physique est également bénéfique dans les maladies neurodégénératives qui engendrent des détériorations cognitives importantes. Elle présente aussi un intérêt pour traiter d'autres atteintes, telles que les troubles de l'attention ou l'hyperactivité. En termes de mortalité, de nombreuses études longitudinales ont montré une diminution du risque de mortalité toutes causes, par

maladies cardio-vasculaires et par cancers, grâce à l'augmentation du niveau d'AP. Cette réduction est d'autant plus importante que la pratique d'activité physique est faible au départ : dès que celle-ci augmente, la mortalité diminue rapidement.

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2002* [2] de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que 5 à 10 % de décès étaient imputables à l'inactivité physique dans la région européenne, ce qui a conduit l'OMS à adopter dès 2004 une *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* [3]. Une insuffisance d'activité physique est aujourd'hui traitée comme un risque sanitaire, et le danger inhérent à l'inactivité physique et aux comportements sédentaires a été pointé à plusieurs reprises [3-5]. Les résultats de l'étude *Inca 3* [6] mettent en avant des niveaux d'exposition élevés aux facteurs de risque que sont la sédentarité et l'insuffisance d'activité physique, à la fois chez les jeunes et chez les adultes, et il ressort des avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) [7-8] que les adultes insuffisamment actifs ou dont les temps de sédentarité s'avèrent élevés s'exposent à des risques cumulés. L'inactivité physique augmente le risque de survenue de maladies non transmissibles (MNT) notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète,

L'ESSENTIEL

■ **L'inactivité physique contribue à la réduction de l'espérance de vie. L'activité physique est un facteur très important en promotion de la santé. Elle intervient dans les préventions primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques et de bien des états de santé et dans le maintien de l'autonomie lors de l'avancée en âge. Tout le monde peut profiter des bienfaits de l'activité physique pour sa santé, quel que soit son âge et son état de santé.**

certain types de cancer, les maladies respiratoires, les maladies métaboliques, la maladie d'Alzheimer ; elle contribue également à la réduction de l'espérance de vie. L'association entre la sédentarité prolongée, la mortalité prématurée et les MNT est désormais bien établie. Le temps passé à être sédentaire doit donc être réduit autant que possible et remplacé par une activité physique, quelles que soient sa durée et son intensité.

L'activité physique (AP) est un facteur très important en promotion de la santé. Elle intervient dans les préventions primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses mala-



© Guillaume Bontemps / Ville de Paris

dies chroniques et de bien des états de santé et dans le maintien de l'autonomie lors de l'avancée en âge. Tout le monde peut profiter de ses bienfaits pour sa santé, quel que soit son âge et son état de santé, et quel que soit le moment où cette AP est pratiquée ou débutée dans sa vie. Il existe des recommandations de santé publique en matière d'activité physique pour différents publics¹, mais il est nécessaire de rappeler qu'un peu, c'est déjà bien, et c'est mieux que rien, et que l'atteinte des recommandations se fait progressivement. En résumé, il n'est jamais trop tard pour se mettre à l'activité physique et il est souhaitable de maintenir une pratique

régulière, car ses bénéfices sont multiples, simultanés et durent dans le temps tant que la pratique se poursuit. ■

1. pns4_2019-2023.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

Pour en savoir plus

Santé publique France a publié plusieurs synthèses sur l'impact de la sédentarité sur la santé et les recommandations d'activité physique. Entre autres :

- <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/activite-physique-et-sedentarite-dans-la-population-francaise-situation-en-2014-2016-et-evolution-depuis-2006-2007>

- <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/activite-physique-et-sedentarite>
- <https://www.mangerbouger.fr/bouger-plus>

Et aussi :

- Dervaux B., Rochaix L., Meurisse B. (dirs). *Évaluation socio-économique des effets de santé des projets d'investissement public*. [Rapport] Commissariat général au développement durable (CGDD), France Stratégie, Secrétariat général pour l'investissement (SGPI), 2022, chap. 5. Activité physique dans l'espace public : p. 181-234. En ligne : <https://www.strategie.gouv.fr/publications/evaluation-socioeconomique-effets-de-sante-projets-dinvestissement-public-0>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Montrouge : EDP Sciences, coll. Expertise collective, 2019, XVI : 805 p. En ligne : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>

[2] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2002*. Réduire les risques, promouvoir une vie saine. Genève : OMS, 2002 : 248 p. En ligne : <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. 57^e Assemblée mondiale de la santé, [Rapport] Genève : OMS, 2004 : 24 p. En ligne : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf

[4] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : contextes et effets sur la santé*. [Rapport] Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2008, XII : 811 p. En ligne : <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>

[5] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). *Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents*. Maisons-Alfort : Anses, 2020, saisine n° 2017-SA-0064_a : 53 p. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-a.pdf>

[6] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (Inca 3). Avis de l'Anses, rapport d'expertise collective*. Maisons-Alfort : Anses, 2017 : 441 p.

En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>

[7] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). *Avis relatif à l'évaluation des risques liés à la réduction du niveau d'activité physique et à l'augmentation du niveau de sédentarité en situation de confinement*. Maisons-Alfort : Anses, 2020, saisine n° 2020-SA-0048 : 22 p. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2020SA0048.pdf>

[8] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). *Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité de la population des adultes de 18 à 65 ans, hors femmes enceintes et ménopausées*. Maisons-Alfort : Anses, 2021, saisine n° 2017-SA-0064_b : 109 p. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-b.pdf>

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE D'UN POINT DE VUE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

L'Inserm résume ainsi les bienfaits de la pratique de l'activité physique sur la santé globale – physique et mentale – des personnes : « La pratique d'une activité physique (AP) modérée de 3 heures par semaine, ou d'une AP intense de 3 fois 20 minutes par semaine, diminue de 30 % le risque de mortalité prématurée. La pratique régulière d'une AP ou sportive améliore le bien-être émotionnel et physique, la qualité de vie subjective et la perception de soi (...) Ainsi, les bénéfices que peut amener un exercice physique régulier, ont été largement établis dans la littérature. » L'Inserm souligne qu'il est indéniable, toujours au regard des travaux examinés, que « la pratique régulière

d'activités physiques d'intensité modérée contribue au bien-être subjectif et à la qualité de vie globale en agissant sur les facteurs qui interviennent sur ces dimensions intégrées (expériences affectives positives par l'intégration au groupe ou regard positif de l'autre, baisse du niveau de stress, satisfaction par rapport au corps, satisfaction par la participation active à la vie sociale). Ces répercussions psychiques sont constatées au niveau de populations pathologiques et non pathologiques. Ces concepts ouvrent sur une qualité de relation aux autres. » Et la pratique collective accroît le réseau social avec toutes les opportunités que cela entraîne. Plus globalement, « Les personnes

actives physiquement ont objectivement des indicateurs psychosociaux de niveaux plus élevés que les non actifs et subjectivement elles expriment dans les domaines des capacités physiques, des sensations somatiques, des interactions sociales, de l'état psychologique une satisfaction qui démontre une qualité de vie supérieure aux non actifs. »

Source : « Inserm (dir.). *Activité physique : contextes et effets sur la santé*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2008, XII – 811 p. https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/Chapitre_9.html#titre_n2_3

Aimer bouger, ça s'apprend et ça se partage

Claire Perrin,
sociologue, professeure, université Claude-Bernard à Lyon, membre du Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport (L-ViS), université Claude-Bernard, Lyon 1, présidente de l'institut de recherche collaborative sur l'activité physique et la promotion de la santé (ReCAPPS).

Pratiquer une activité physique (AP) régulière est bénéfique pour la santé, quels que soient l'âge, le sexe et l'état de santé [1]. La sédentarité et l'inactivité physique sont aujourd'hui reconnues comme les deux faces d'un problème de santé publique qui s'alourdit de façon alarmante en ce début du XXI^e siècle. Les différentes politiques publiques de promotion de la santé par l'activité physique qui ont été mises en place durant la dernière décennie peinent à produire une transformation des habitudes de vie dans la population française : qu'il s'agisse des activités physiques sportives ou artistiques, dont le taux de pratique tend à stagner et reste très inégalement réparti dans la population, ou qu'il s'agisse des modes de vie actifs qui semblent l'apanage des catégories moyennes et supérieures. Les injonctions au mouvement diffusées par les messages de santé publique confortent les sportifs dans leurs pratiques, mais elles ont un effet très limité auprès des inactifs [2]. Cet article interroge l'approche de l'activité physique, ainsi que les modalités d'intervention retenues pour favoriser la mise en mouvement des populations inactives. Si l'inactivité physique et la sédentarité sont qualifiées de comportements à risques, l'activité physique est inversement appréhendée comme un comportement de santé qui tend à la réduire à une mise en exercice de l'organisme au nom de la santé. Cette approche comportementale court le risque de se traduire par des interventions de type coaching, centrées sur la mise en exercice, plutôt que de créer les conditions d'un développement d'une pratique durable par des interventions d'enseignement.

Corps, cultures et techniques

Les usages sociaux du corps s'appuient sur des normes incorporées dès l'enfance dans le cadre d'un processus d'imitation

et d'éducation. La gestuelle, les pratiques physiques et sportives, les pratiques alimentaires et l'ensemble des pratiques de santé relèvent ainsi de manières d'être, de penser, de ressentir et d'agir avec son corps, construites dans le cadre de relations au sein des groupes sociaux. Pour Marcel Mauss [3], les « techniques du corps » sont en effet un construit social¹. Le processus, qui prend pour Mauss l'allure d'un « dressage » quand il s'agit du jeune enfant qui incorpore la gestuelle de son entourage en reproduisant inconsciemment les marqueurs sociaux, va devenir progressivement celui d'une socialisation qui participe à l'introduction de l'individu dans la société et ses codes sociaux. La maîtrise du corps et de sa technicité devient d'ailleurs un véritable enjeu de pouvoir dans la définition des statuts sociaux. Le langage n'est en effet pas seulement porté par les mots, mais par les mouvements du corps, ses postures, l'engagement physique envers le monde et autrui. Ainsi les pratiques physiques ou sportives sont-elles des pratiques culturelles qui prennent sens pour les individus qui en partagent les significations sociales.

Les liens étroits entre pratiques alimentaires et pratiques esthétiques ont été étudiés par Boltanski [4] comme étant révélateurs des usages sociaux du corps. De fortes relations d'affinité ont par ailleurs été mises en lumière entre pratiques physiques et sportives et pratiques de santé [5-6]. Alors que le sens commun tend à assimiler la santé à une approche individuelle d'entretien de soi, cette étude fait apparaître des liens diversifiés entre des pratiques physiques variées et les représentations de la santé. Quatre profils s'opposent ainsi sur deux axes : hygiéniste ou hédoniste, volontariste ou fataliste ; ils se répartissent inégalement selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, les professions et catégories socioprofessionnelles.

Profil hygiéniste

Les personnes de profil hygiéniste sont celles qui considèrent l'activité physique comme étant avant tout un devoir de santé, n'en pratiquent souvent pas et s'en culpabilisent.

L'ESSENTIEL

■ **Pratiquer une activité physique régulière est bénéfique pour la santé, quels que soient l'âge, le sexe et l'état de santé. Favoriser la mise en mouvement des populations non actives requiert des modalités d'intervention spécifiques. L'enseignement doit permettre aux pratiquants de construire des techniques du corps adaptées à leurs possibilités. Une intervention de promotion de la santé par l'activité physique développera l'autonomie des usagers ; elle favorisera la création de communautés de soutien, parce que la pratique durable se partage. Et elle n'hésitera pas à aller vers les communautés éloignées des pratiques.**

Elles se sentent en mauvaise santé, consomment des médicaments et vont régulièrement consulter leur médecin. Elles sont plutôt âgées et plus souvent des femmes.

Profil hédoniste

Le profil hédoniste est celui de personnes qui ont une pratique sportive régulière (sports collectifs, tennis, badminton, course à pied), n'évoquent pas la visée de santé mais plutôt le plaisir qu'elles en tirent. Elles sont plutôt jeunes et ce sont plus souvent des hommes.

Profil volontariste

Les personnes au profil volontariste pratiquent des activités à visée d'entretien de soi (gymnastique, relaxation, yoga), contrôlent leur hygiène de vie et ont des pratiques de santé préventives. Elles sont plutôt positionnées dans des catégories socialement favorisées (professions et catégories socio-professionnelles supérieures et haut niveau de diplôme).

Profil fataliste

Le profil fataliste est celui de personnes pour lesquelles l'activité physique est totalement en dehors de leurs préoccupations, qui pensent

que la santé est une affaire de chance et la maladie de malchance. Elles consomment beaucoup de tabac, d'alcool et ne vont chez le médecin qu'en situation d'urgence ; elles s'attribuent globalement une mauvaise note de santé. Leur niveau de diplôme est plutôt peu élevé et elles sont le plus souvent positionnées dans des milieux populaires.

Vouloir faire évoluer le rapport aux activités physiques des profils hygiéniste et fataliste suppose de faire évoluer globalement le rapport au corps en engageant un processus qui s'oppose aux normes solidement incorporées depuis l'enfance dans le cadre d'une « contre-socialisation »² qui ne va pas de soi. Cet objectif relève d'un véritable défi éducatif : produire une conversion de la culture corporelle dans le cadre d'un projet qui puisse prendre du sens pour l'individu. Il demande une expérience prolongée et une intervention d'enseignement.

Les pratiques physiques et sportives n'échappent pas au gradient social

La sociologie du sport a depuis longtemps étudié la stratification sociale de la pratique physique et des formes de cette pratique. Les déterminants socio-démographiques de la pratique physique ou sportive des Français présentent une grande stabilité depuis 1967. Les plus âgés, les peu diplômés, les bas revenus et dans une moindre mesure les femmes et les personnes résidant hors des grandes agglomérations ont moins souvent une pratique sportive [7]. Un quart de la population a peu ou pas d'activité physique ou sportive [8]. Dans l'enquête réalisée en 2020 auprès de 12 000 personnes, un quart de la population âgée de plus de 15 ans n'a pas ou peu d'activité physique ou sportive³. Les problèmes de santé apparaissent comme le frein principal à leur pratique (34 % de leurs réponses), devant le fait d'avoir un métier physiquement dur (28 %) et le manque d'appétence pour le sport (25 %). L'inadéquation de l'offre sportive est également invoquée, considérée comme trop éloignée (13 %) et/ou inadaptée aux besoins de la personne (11 %). Le dernier frein notable souligné par l'enquête est lié à la sociabilité : ne connaître personne avec qui pratiquer (14 %), avoir des difficultés à supporter le regard des autres (9 %) ou à être accepté par les autres (5 %).

Inégalités de pratiques

Il existe ainsi d'importantes inégalités sociales dans le rapport aux pratiques physiques. Le gradient social qui s'exprime dans la prévalence des maladies chroniques fait quasiment miroir avec celui qui se révèle dans les pratiques

sportives. Les données montrent que plus un individu est socialement favorisé (niveau d'éducation, réseau social d'interdépendances, revenus et statut professionnel plus élevés), plus son style de vie sera actif, plus il pratiquera des activités physiques et sportives (APS) et moins il sera confronté à des problèmes de santé. Les autres caractéristiques de stratification sociale sont les suivantes : le sexe – les femmes étant globalement moins actives que les hommes –, l'âge – le niveau de pratique est divisé par deux après 40 ans, excepté pour la course et la marche – ou les incapacités – le taux de pratique des personnes confrontées à des incapacités étant moindre. Cependant, dans ces trois cas, le phénomène observé est davantage marqué dans les milieux défavorisés, les stratifications ne s'exerçant pas de manière indépendante.

Un individu de 45-50 ans peut se retrouver inactif et/ou sédentaire du fait de ses responsabilités familiales, de sa charge de travail ou d'événements de vie (accident, maladie, deuil, proche dépendant, etc.). Intervenir pour soutenir l'engagement dans une pratique régulière à visée de santé ne rencontrera pas les mêmes enjeux si cet individu a été socialisé aux pratiques physiques et sportives durant son enfance et/ou sa jeunesse, ou si l'activité physique (AP) est toujours restée éloignée de ses intérêts et de ses préoccupations, comme de ceux de son entourage. Dans le premier cas, l'individu est déjà équipé des ressources cognitives, motrices et culturelles nécessaires à la pratique physique. Il convient de bien identifier les nouveaux freins auxquels il est confronté et de les lever avec lui. L'enjeu est de lui permettre de retrouver le plaisir du mouvement et de l'effort. Il est possible qu'il ait besoin d'une activité physique adaptée à des besoins spécifiques pour construire de nouvelles normes de pratique, ou qu'il puisse directement être orienté vers des dispositifs de droit commun qui correspondent à ses goûts et à son choix. Dans le second cas où l'individu n'a pas été socialisé au sport, le projet de pratiquer une AP ne va pas de soi. Une prescription du médecin généraliste, si toutefois il le consultait, n'a que très peu de chances d'aboutir à une démarche d'inscription dans un dispositif si elle n'est pas accompagnée. La confrontation au corps de l'intervenant, voire à ceux des pratiquants (par exemple d'une salle de remise en forme) peut d'ailleurs être vécue comme stigmatisante, du fait de la comparaison qu'elle impose entre un corps sportif proche de la forme de l'idéale véhiculée par les médias, dont l'usage met en scène le plaisir et la réalité de son propre corps plus ou moins enrobé et maladroït.

Le plaisir n'a rien d'automatique

Le plaisir, un moteur puissant de la pratique sportive, est constitué en élément de la culture sportive. Pour autant, la reprise d'une activité physique pour une personne inactive peut s'avérer déplaisante : elle peut faire émerger des douleurs plus ou moins fortes, des sensations d'épuisement, l'impression de ne pas ou de ne plus être capable, voire dans certains cas provoquer des blessures, etc. L'encadrement pédagogique a un rôle déterminant dans la préparation, l'accompagnement et la mise en perspective de cette épreuve.

Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, l'accès au plaisir et le goût pour la pratique ne sont pas automatiques, car ils résultent d'un processus de socialisation. Face à la puissance de la socialisation primaire, une intervention éducative visant une conversion du rapport au corps [9] pour un engagement dans une pratique physique régulière suppose une expérience renouvelée et étendue dans le temps.

Une simple animation s'avère rarement suffisante pour que les individus reviennent à l'issue de la première séance. Il s'agit de : créer les conditions d'un enseignement qui permette aux pratiquants de construire des techniques du corps adaptées à leurs possibilités ; d'identifier les effets de la pratique sur eux-mêmes et de les associer à un bénéfice (plaisir, bien-être, progrès, partage, santé, etc.) ; enfin, de développer du goût pour ces effets⁴ [10]. C'est à cette condition que l'individu pourra découvrir son pouvoir d'auto-transformation au sein d'une pratique physique pour laquelle il a acquis les techniques, et à laquelle il pourra donner un sens.

Diabétologues précurseurs

C'est ce défi qu'ont d'ailleurs voulu relever les diabétologues innovateurs⁵ dans les années 1990 [11]. Ils ont intégré l'activité physique adaptée dans le parcours de soins et d'éducation de leurs patients diabétiques de type 2, le plus souvent inactifs et de milieux peu favorisés. À cet effet, ils ont recruté – dans les équipes de coordination des réseaux diabète – des professionnels diplômés d'une licence ou d'une maîtrise de sciences et techniques de l'activité physique et sportive en activité physique adaptée (Staps-APA) dans le but de doter les interventions interprofessionnelles d'une expérience éducative de la mise en jeu du corps en activité physique adaptée [11]. Ces séances pratiques étaient considérées comme « *des prototypes de situation de vie* » par les équipes de coordination qui déployaient une approche globale ancrée dans l'expérience. La question de la qualité du chaussage, déterminante pour



© Josephine Brueder / Ville de Paris

prévenir les plaies du pied diabétique, émergeait dans la réalité de la pratique plutôt que d'être abordée comme un principe théorique par le podologue. Idem pour la question de l'hydratation ou celle des prises alimentaires avant, pendant et après l'effort qui prennent sens dans la confrontation à l'effort physique en renouvelant les modalités d'intervention de la diététicienne en lien avec l'enseignant en APA. Tous ces apports trouvaient leur place au sein d'une expérience partagée de situations de pratique mettant en jeu le corps de manière ludique, solidaire et en tout respect de la logique interne de l'activité physique et sportive de référence. Les enseignements visaient ainsi des objectifs propres à l'APA (développement de capacités dans le domaine de la pratique physique et de la réduction de la sédentarité), tout autant que des objectifs d'éducation thérapeutique (développement de l'autonomie dans la gestion de la maladie chronique).

Aller vers la communauté dans une approche globale

Au-delà de la construction de ces savoirs nécessaires à la gestion de la maladie, l'enjeu était de créer des situations de partage qui favorisent la « pair-aidance » et la « pair-émulation ». Elles permettaient que se crée un lien social : « *ce qui fait qu'on se réjouit de se retrouver pour poursuivre l'aventure... là*

au moins, je sais que je suis attendue, si je ne viens pas, les autres s'inquiètent et prennent de mes nouvelles », souligne Isabelle, 44 ans, au chômage, atteinte d'un diabète de type 2 (DT2), en situation d'obésité. Un réseau diabète a par exemple soutenu la création d'une association de patients dénommée « Bouger pour la santé », association organisée autour de l'activité physique, mais ouverte à un travail sur les déterminants de la santé.

Le processus de contre-socialisation suppose donc, pour que la construction de nouvelles normes de mise en jeu du corps soit possible, des interactions avec un groupe dans une forme d'entre-soi. Les interventions des dispositifs de droit commun – comme ceux de bon nombre de professionnels indépendants – privilégient la fidélisation de leurs publics dans le cadre d'une animation plaisante. Une intervention de promotion de la santé par l'activité physique (AP) qui se réfère à la charte d'Ottawa veillera à développer l'autonomie des usagers vis-à-vis des pratiques physiques comme de la réduction des pratiques sédentaires ; elle favorisera la création de communautés de soutien car elle sait que la pratique durable se partage. Elle n'hésitera pas à aller vers les communautés éloignées des pratiques plutôt que de les inviter à venir vers une pratique instituée en gymnase. Elle pourra envisager de former – par les enseignants en APA – des

médiateurs dans les quartiers, qui partagent les usages du corps des publics et participeront au développement des pouvoirs de la population à ressentir, s'exprimer, décider et agir pour son propre bien-être et pour sa santé. ■

1. En sociologie : approche méthodologique ou épistémologique, dans laquelle les phénomènes sociaux sont créés, institutionnalisés pour ensuite être transformés en traditions ou en normes (NDLR).
2. La contre-socialisation suppose de modifier la perception du corps, de l'activité physique et du rapport aux autres façonnée tout au cours de son parcours de vie.
3. Lefèvre B., Raffin V. (2021) Les freins à la pratique des Français peu ou non sportifs : des situations hétérogènes, *INJEP Analyses & synthèses*, <https://injep.fr/publication/les-freins-a-la-pratique-des-francais-peu-ou-non-sportifs-des-situations-heterogenes/>
4. Ces étapes sont empruntées à Howard Becker (1985) et appliquées à la socialisation aux pratiques physiques et sportives.
5. Nous qualifions ces diabétologues d'« innovateurs » relativement au fait qu'ils ont soutenu le développement d'une nouvelle professionnalité dans le parcours de soins de la maladie chronique, professionnalité faisant aujourd'hui l'objet de deux fiches de poste au ministère de la Santé et de la Prévention : celle de l'enseignant en APA et du coordinateur en APA, dans la famille « Conseil aux personnes et éducation physique » <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/conseil-aux-personnes-et-education-physique-34/metier/enseignant-en-activite-physique-adaptee-eapa>

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Paris : Éditions EDP Sciences, coll. Expertise collective, janvier 2019 : 824 p. En ligne : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>
- [2] Perrin C., Perrier C., Issanchou D. *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, PUG et UGA éditions, 2022.
- [3] Mauss M. Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 1936, vol. 32, n° 3-4. En ligne : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html
- [4] Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Annales*, 1971, vol. 26, n° 1 : p. 205-233. En ligne : https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1971_num_26_1_422470
- [5] Perrin C. Analyse des relations entre le rapport aux APS et les conceptions de la santé. *Revue Staps, Revue internationale des sciences du sport et de l'éducation physique*, 2021, repris de 1993, vol. 31 : p. 131-141.
- [6] Perrin C., Ferron C., Gueguen R., Deschamps J.-P. Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *International Journal of Public Health*, 2002, vol. 47, n° 3 : p. 162-171. En ligne : <https://hal.science/hal-02547715/document>
- [7] Crouette P., Müller J., Hoibian S. (dir.) *Baromètre national des pratiques sportives 2018*. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), coll. Rapports d'étude, 2019 : 90 p. En ligne : https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/01/Rapport_2019-01Barometre_sport_2018.pdf
- [8] Lefevre B., Raffin V. *Les Freins à la pratique des Français peu ou non sportifs : des situations hétérogènes*. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), coll. Analyses & synthèses, 2021, n° 52 : 4 p. En ligne : <https://injep.fr/publication/les-freins-a-la-pratique-des-francais-peu-ou-non-sportifs-des-situations-heterogenes/>
- [9] Vieille Marchiset G. *La Conversion des corps. Bouger pour être sain*. Paris : L'Harmattan, 2019.
- [10] Becker H. *Outsiders, Étude de la sociologie de la déviance*. Paris : Métailié, 1985 (1^{re} édition 1963).
- [11] Perrin C. Entre passion et visée réformatrice : l'émergence en diabétologie d'un dispositif innovant d'activité physique adaptée intégré et sa diffusion dans les réseaux de santé. In : M. Pinget et A. Bubeck (dir.) *Regards croisés sur le diabète*. Paris : L'Harmattan, 2022 : p. 237-250.

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE : UN MARQUEUR DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

L'Inserm a analysé la littérature scientifique sur inégalités sociales et pratique de l'activité physique. Il en ressort notamment que « *L'alimentation et l'activité physique – tout comme d'autres habitudes de vie (consommation d'alcool et de tabac par exemple) sont reconnues comme des déterminants majeurs de la santé, considérés comme des facteurs participant aux inégalités sociales de santé. (...) La prévalence plus élevée de comportements défavorables à la santé dans les groupes socioéconomiques les plus défavorisés est largement rapportée dans la littérature. Il existe un gradient social des comportements de santé qui se manifeste dès l'enfance et persiste jusqu'à la vieillesse.* » En outre, de nombreux éléments attestent de l'existence de cumuls entre les différentes habitudes de vie ayant des impacts négatifs sur la santé. « *Ainsi le tabagisme, la consommation trop élevée d'alcool, une alimentation déséquilibrée et un faible niveau d'activité physique sont fréquemment présents de façon concomitante dans les catégories socio économiquement défavorisées.* »

Inserm, Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, 2014

https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2014-inegalitessocialesanteliementationactivitephysique-synthese.pdf

ENCOURAGER À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : LE MÉDECIN, MAILLON ESSENTIEL

La Haute autorité de santé insiste sur le fait que la relation patient-médecin doit reposer sur « *la confiance, clé de motivation.* » Selon elle, « *le fondement d'une politique de promotion de l'activité physique sur ordonnance repose sur la capacité des professionnels à repérer, évaluer, motiver et accompagner notamment les personnes inactives les plus éloignées de l'activité physique : les personnes atteintes d'une maladie chronique, les personnes présentant des facteurs de risque, les personnes âgées fragiles et les personnes en situation de handicap. D'une part, les patients accordent à leur médecin une confiance forte qui peut les amener à changer de comportement ; d'autre part, l'ordonnance, prescription médicale écrite, constitue un facteur de motivation et d'adhésion supplémentaire à l'activité physique. Pour accompagner le patient dans son changement de comportement, le médecin pourra, lors de la consultation, repérer les freins et agir sur les leviers dont il dispose pour promouvoir l'activité physique sous toutes ses formes et amener progressivement le patient vers un mode de vie plus actif, moins sédentaire et de manière durable dans le temps.* »

Source : HAS, Activité physique : comment faciliter sa prescription au quotidien ? Dossier de presse, 6 septembre 2022

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp_prescription_activite_physique_vd.pdf

Pourquoi les adolescents s'éloignent-ils de la pratique d'activité physique ?

Pascale Duché,
professeure des universités, université de Toulon,
unité de recherche IAPS.

Si l'enfance est importante pour l'apprentissage, l'adolescence est la période durant laquelle les comportements s'enracinent. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) identifie que l'adolescence est la période se situant entre l'enfance et l'âge adulte, entre 10 ans et 19 ans. Or, l'adolescence est la période où le niveau d'activité physique et sportive diminue de façon très importante [1].

Niveau d'activité physique des adolescentes

Avant la pandémie de Covid-19, parmi les 11-14 ans, seules 14 % des filles et 25 % des garçons atteignaient les recommandations de 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour. Ce niveau d'activité était plus bas : 11 % chez les filles et 14 % chez les garçons, âgés de 15-17 ans [2]. L'étude Esteban [3] a confirmé ce niveau d'activité physique (AP) des adolescents et elle a mis en évidence l'influence des inégalités sociales dans les comportements d'AP et de sédentarité des jeunes. Les adolescents des milieux défavorisés pratiquent moins d'activité physique et sont plus sédentaires que ceux des milieux favorisés.

Les enquêtes réalisées en France montrent globalement une réduction importante de l'activité physique, associée à une augmentation du temps de sédentarité (temps d'exposition aux écrans contraints par un enseignement hybride ou à distance) depuis 2020 et la survenue de la pandémie de Covid-19 [4]. Ces évolutions ont été les plus marquées chez les adolescents entre 11 ans et 17 ans. Toutefois, si le retour à un mode de vie scolaire classique semble permettre aux adolescents de retrouver le niveau initial d'activité phy-

sique pré-Covid, ce n'est pas le cas pour les adolescentes qui doivent être ciblées par les interventions en santé publique [5].

Freins et leviers

Comment peut-on expliquer une insuffisance d'activité physique (AP) aussi importante chez les adolescents et plus spécifiquement chez les adolescentes ? Une récente revue systématique identifie les différentes barrières et recense les leviers facilitateurs à la pratique d'AP chez les adolescents [6].

Facteurs individuels

Les adolescentes peuvent avoir une image négative de leur corps en raison des standards socio-culturels liés aux idéaux de l'image corporelle (minceur, beauté). Cette image corporelle et le rôle social attribué aux filles sont considérés comme des obstacles importants à l'activité physique.

Plus globalement, les freins identifiés à l'activité physique des adolescents sont les suivants : une faible condition physique, une fatigue, des blessures, un surpoids ou une obésité, des problèmes de santé et des capacités motrices limitées. Inversement, une bonne condition physique et des compétences sportives ont été reconnues comme des facteurs facilitant l'activité physique des adolescents actifs.

Un faible niveau d'activité physique (AP) doit être considéré comme un obstacle à sa pratique par les adolescents pour qui l'AP n'est ni valorisante, ni appréciée. Elle est la plupart du temps associée à une expérience négative passée. De plus, plusieurs freins à l'activité physique concernent la connaissance et la compréhension limitées des interactions entre l'AP, la santé et la condition physique. Le manque de motivation est un obstacle majeur à l'activité physique des adolescents, ainsi que leur sentiment d'être dépourvus de compétences pour la pratique. Les sentiments d'incompétence sont souvent associés au fait

L'ESSENTIEL

▣ **La pratique d'activité physique se réduit fortement à l'adolescence, en particulier chez les filles. C'est la conséquence de multiples facteurs, dont les normes sociales, la transformation du corps, l'image féminine, l'influence des pairs et de la famille, etc.**

de ne pas s'amuser pendant l'AP, à l'utilisation de stratégies pour éviter l'activité physique ou aux taquineries, voire à une image corporelle négative due aux changements corporels observés lors de l'adolescence.

Facteurs sociaux et relationnels

L'influence de l'environnement amical est un élément important de la participation ou non des adolescentes à l'activité physique. Ainsi, certaines filles inactives rencontrent des difficultés à faire face à la pression des entraîneurs et des adolescents plus sportifs alors qu'elles aimeraient pratiquer l'AP avec des amis proches, dans un environnement non compétitif et non mixte. Autre obstacle : la pression à l'inactivité pouvant être exercée par des pairs.

Le fait d'avoir des amis actifs qui servent de modèles ou la participation des amis à l'activité physique ont des influences positives. Le soutien des amis pour commencer une nouvelle activité, pour être actif, et pour maintenir une participation à l'activité physique apparaît essentiel pour les adolescents. De plus, la présence d'amis peut augmenter sensiblement le plaisir, l'apprentissage, la performance, et permettre le dépassement des stéréotypes de genre et d'autres obstacles à la pratique. La famille a une influence positive sur l'adolescent lorsqu'elle fournit un soutien continu de l'enfance à l'adolescence (encouragement, finances, transport), qu'elle est physiquement

active, qu'elle sert de modèle, qu'elle valorise l'activité physique et/ou la pratique avec l'adolescent.

À l'inverse, une influence négative de la famille a été identifiée par les adolescentes et les adolescents ayant un faible niveau d'activité physique. Les facteurs explicatifs sont nombreux et les plus souvent cités sont : le manque de soutien familial (financier, logistique, encouragement), les devoirs et les règles imposés par la famille à la maison, qui augmentent avec l'âge, et la pression familiale pour les résultats scolaires.

Concernant l'influence des enseignants d'éducation physique et sportive (EPS), éducateurs et entraîneurs, les résultats sont mitigés : une moitié des études les identifie comme facilitateurs et l'autre moitié comme freins. Néanmoins, les professeurs d'éducation physique et les entraîneurs positifs, enthousiastes et ouverts au dialogue sont perçus comme des facilitateurs d'un mode de vie actif des adolescents [6].

Nature de l'activité physique

Les activités physiques pratiquées pour le plaisir sont les pratiques les plus plébiscitées avec des amis ou avec la famille. Les adolescentes privilégient plutôt des activités telles que le yoga, la danse, le *netball*, les activités de *fitness* d'intensité légère.

Il a été montré qu'un environnement sain et accueillant dans les clubs de sport encourage les comportements sains et peut influencer la pratique du sport en club [7]. Les stratégies s'appuyant sur la bienveillance et sur la convivialité au sein des clubs de sport devraient être prioritaires pour encourager la pratique du sport, notamment chez les adolescentes.

L'activité physique pratiquée à l'école (éducation physique et sportive et sport scolaire) est à la fois considérée comme un levier et comme un frein. La perception de ces types de pratique physique est très dépendante des intervenants et du niveau d'activité physique (AP) des adolescents. Les adolescents appréciant leur intervenant et prenant plaisir à la pratique d'AP scolaire sont plus aptes à pratiquer hors de l'école et à pérenniser leur activité physique.

Facteurs liés au mode de vie

Le manque de temps a été identifié comme un obstacle majeur à l'activité physique, en particulier après la transition de l'enfance à l'adolescence. L'importance des devoirs et les obligations familiales (pour les familles les moins favorisées) sont avancées pour expliquer ce manque de temps. Il est également justifié par la préférence pour d'autres activités de loisirs : par exemple passer du temps en compagnie d'amis et au profit d'activités sédentaires sur écran.

Facteurs socio-culturels et environnementaux

Les facilitateurs environnementaux favorables identifiés par les adolescents (principalement actifs) sont la disponibilité, l'accessibilité – près du domicile, faible coût –, la sécurité et la qualité des espaces et des équipements d'activité physique – bien surveillés, éclairés, propres, bien entretenus, spécifiques aux adolescents. La disponibilité et l'accessibilité de programmes et d'opportunités d'activités physiques communautaires importants, organisés sont également des leviers.

Spécifiquement pour les jeunes filles, l'imprégnation du rôle social de la femme, la pression pour agir de manière plus féminine, pour être moins sportive et les changements corporels dus à la puberté sont les principaux facteurs évoqués comme obstacles à la pratique de l'activité physique. L'image de la femme et celle de la femme sportive doivent évoluer dans les représentations sociales vers des modèles plus positifs pour attirer les jeunes filles.

Actions à mettre en place

Les actions d'activité physique (AP) doivent prendre en compte ces facilitateurs et ces leviers pour optimiser la réussite des actions de promotion en sa faveur et des interventions dans ce domaine auprès des adolescents. Il est important de privilégier les interventions s'appuyant sur un modèle socio-écologique, ciblant plusieurs acteurs : adolescent, intervenant, dirigeant, politique ; à plusieurs niveaux de l'action (école, association, communauté, ville, région). Il est essentiel d'articuler ces différents niveaux, de les mettre en cohérence et non de les opposer ou de les mettre en concurrence.

Concernant les déterminants de l'insuffisance d'activités physiques (AP), les adolescents ne sont pas attirés par celles qui sont imposées, répétitives, ennuyeuses, traditionnelles, très structurées, intenses et non stimulantes. Un élément négatif récurrent concerne l'objectif de la pratique axée sur la performance et la compétition.

Les adolescents ont formulé eux-mêmes les recommandations suivantes dans plusieurs études [6] :

- privilégier des AP non compétitives et plus particulièrement chez les filles ;

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Kwon S., Letuchy E. M., Levy S. M., Janz K. F. Youth sports participation is more important among females than males for predicting physical activity in early adulthood: Iowa bone development study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, n° 3 : 1328.
- [2] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail (Anses). *Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents*. Maisons-Alfort : Anses, 2020, saisine n° 2017-SA-0064_a : 53 p.
- [3] Santé publique France. *Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition* (Esteban 2014-2016). *Volet Nutrition. Chapitre Corpulence*. Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Études et Enquêtes, juin 2017 : 42 p.
- [4] Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Avis relatif à l'amélioration du niveau d'activité physique de la population et la diminution de son niveau de sédentarité en situation de post confinement et de périodes de restrictions sanitaires*. Paris : HCSP, avril 2022.
- [5] Hurter L., McNarry M., Stratton G., Mackintosh K. Back to school after lockdown: The effect of COVID-19 restrictions on children's device-based physical activity metrics. *Journal of Sport and Health Science*, 2022, vol. 11, n° 4 : p. 530-536.
- [6] Martins J., Costa J., Sarmento H., Marques A., Farias C., Onofre M. *et al.* Adolescents' perspectives on the barriers and facilitators of physical activity: An updated systematic review of qualitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, n° 9 : 4954.
- [7] Casey M. M., Eime R. M., Harvey J. T., Sawyer N. A., Craike M. J., Symons C. M. *et al.* The influence of a healthy welcoming environment on participation in club sport by adolescent girls: a longitudinal study. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 2017, vol. 9, n° 1 : 12.
- [8] Simon C., Wagner A., Platat C., Arveiler D., Schweitzer B., Schlienger J. L. *et al.* ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents. *Diabetes and Metabolism*, vol. 32, n° 1 : p. 41-49.

- proposer des AP adaptées, c'est-à-dire stimulantes, amusantes, diversifiées ;
- favoriser l'AP dans un environnement où l'apprentissage est favorable et axé sur la maîtrise corporelle ;
- mettre en place des AP où les adolescents ont droit au chapitre (choix, autonomie dans les pratiques, etc.).

L'activité physique doit permettre de valoriser l'adolescent. Il est essentiel de la présenter comme une source de plaisir et de bien-être plutôt qu'une obligation, un besoin voire une sanction. Les actions doivent permettre de questionner les conceptions restrictives concernant le corps, le genre et la performance. En effet, les filles actives peuvent être consi-

dérées comme ayant une mauvaise perception de leur image corporelle et/ou entrant en résistance contre les normes socio-culturelles. Dans ce contexte, toutes les actions aidant les adolescents à déconstruire des discours socio-culturels et à identifier les ressources qu'ils peuvent utiliser pour résister sont des stratégies pertinentes. ■

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

INTERVENTION CENTRÉE SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SÉDENTARITÉ (ICAPS)

Utilisant une approche socio-écologique, Icaps [1] est une intervention de prévention universelle qui cible trois niveaux : le jeune, son entourage et son environnement. L'intervention a pour objectif de changer les comportements et de stimuler la motivation des jeunes pour augmenter leur niveau d'activité physique et réduire leurs comportements sédentaires. Le programme consiste à mettre en place une offre gratuite d'activité physique en plus de l'éducation physique et sportive en milieu scolaire (au moment des pauses, des temps libres) et des événements autour de cette activité. Les séances pratiques sont accompagnées d'apports théoriques sous forme de conférences-débats et d'échanges avec les familles et avec les acteurs territoriaux. Il s'agit de mettre en œuvre, puis de mesurer les effets d'une mobilité quotidienne augmentée – transport actif (marche, vélo), activité quotidienne (escalier) – et d'une activité physique de loisir plus conséquente. Cette intervention a été reconnue efficace par l'OMS [2].

Lors d'une première phase pilote de déploiement, le Pr Chantal Simon, auteure de l'étude princeps, et Santé publique France, ont décidé d'impulser une dynamique sur le territoire et d'élargir la population cible aux 3-18 ans à travers deux appels à projets. Ceci a donné lieu à la mise en place de quinze sites pilotes en milieu scolaire, ou périscolaire ou extrascolaire. Afin de poursuivre le déploiement, Santé publique France a ensuite désigné, sur appel à candidatures, le Centre national de déploiement en activité physique / lutte contre la sédentarité (CND AP/S)¹ en 2019. Pendant quatre ans ce

dernier a été chargé d'accompagner la mise en place de projets de promotion de l'activité physique des enfants et des jeunes sur le territoire en s'appuyant sur la démarche Icaps. Les six premiers projets ont pu être déployés dans trois régions en 2021-2022 : en tout 1 331 jeunes ont été sensibilisés à la démarche Icaps et il a été mesuré pour 728 jeunes une augmentation d'1 h d'activité physique par semaine ainsi qu'une réduction du temps d'écran de 20 minutes. En 2022-2023, une vingtaine de projets Icaps seront déployés dans quatre régions. La plupart des projets menés en 2021-2022 ont été reconduits en 2022-2023. Une cinquième région prévoit également de déployer des projets Icaps en 2023-2024.

Florence Rostan, chargée de mission en promotion de la santé, unité alimentation et activité physique, Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Santé publique France.

1. Pour plus d'information : site du Centre national d'appui au déploiement en activité physique et lutte contre la sédentarité – CNDAPS (<https://www.cndaps.fr/connaître-le-cndaps/connaître-le-cndaps-3-3.html>).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Simon C et al. A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. *International Journal of Obesity*, 2014 : 1-8.

[2] World Health Organization. Interventions on diet and physical activity: what works. Evidence tables. 2009.



© Gérard Sanz / Ville de Paris

DISPOSITIF DE MARKETING SOCIAL

Initié par Santé publique France, le dispositif de marketing social « *Faire bouger les ados, c'est pas évident. Mais les encourager, c'est important* »¹ vise à augmenter la pratique d'activité physique et à limiter la sédentarité des jeunes âgés de 11 ans à 14 ans. Cette action comporte un volet à l'attention des parents et un volet à destination des jeunes. Le volet à destination des parents vise à faire connaître les recommandations de pratique et à renforcer le soutien parental, celui-ci ayant été identifié comme un déterminant majeur de la pratique d'activité physique des adolescents. Le volet en direction des adolescents, uniquement diffusé sur les réseaux sociaux, pendant un mois, vise à enclencher une mise en mouvement au quotidien à travers des défis ludiques. L'action a été lancée le 1^{er} septembre 2022.

1. Pour plus d'information : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-publique-france-lance-une-nouvelle-campagne-faire-bouger-les-ados-c-est-pas-evident.-mais-les-encourager-c-est-important>.

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations

« Les personnes en situation de handicap gagnent en autonomie et en bien-être en bénéficiant d'une pratique sportive »

Entretien avec Sylvain Sabatier,
directeur des Territoires,
Comité paralympique et sportif français, Paris.

L'ESSENTIEL

► La pratique des personnes en situation de handicap accueillies dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) est encore aujourd'hui trop faible. C'est dans ce contexte que le Comité paralympique français finance la découverte et la pratique de l'activité sportive pour cette population. Il accompagne ainsi une soixantaine d'établissements et environ 600 personnes chaque année. Le bilan est très favorable : plus de 90 % des projets perdurent après la première année. Le comité va former d'ici 2024 les éducateurs et les bénévoles de 3 000 nouveaux clubs à l'accueil de ce public, dans le cadre du programme Club inclusif, lancé en décembre 2022.

La Santé en action : Quel est l'objectif de votre programme au sein des établissements et services médico-sociaux – ESMS, intitulé ESMSxClub, pour les personnes en situation de handicap ?

Sylvain Sabatier : Notre objectif est de trouver des leviers pour développer la pratique d'activité physique et sportive au profit de ces personnes. Nous sommes partis du constat du Pôle ressource national Sport et Handicaps à l'issue d'une enquête [1] effectuée en 2018, qui démontrait que la pratique sportive était peu régulière dans les établissements médico-sociaux et dans les foyers de vie médicalisés ; qu'elle était peu structurée dans leur projet d'établissement ; et qu'il y avait en particulier un vrai déficit chez les jeunes. L'une des raisons de cette situation est l'absence de liens entre les établissements et les clubs sportifs. Nous avons donc décidé de travailler particulièrement cet aspect. Notre projet s'adresse à toutes les personnes, quelle que soit la nature de leur handicap, physique, sensoriel, cognitif, mental, psychologique. Nous allons vers les établissements qui ont envie de proposer l'activité physique et sportive ouverte à tous et vers les clubs qui souhaitent

les accueillir. Nous favorisons la rencontre entre ces deux mondes afin d'instaurer une pratique sportive au bénéfice des pratiquants en situation de handicap.

S. A. : *Que pensent les personnes qui bénéficient de ce dispositif ?*

S. S. : Leur ressenti est très positif : Cela leur permet de sortir de l'établissement et d'aller dans un nouveau cadre, à la rencontre de personnes extérieures, d'une nouvelle pratique : les personnes en situation de handicap sont accompagnées par leur éducateur – celui de leur établissement – et dans le club, par un deuxième éducateur – celui de la structure. Les jeunes en particulier apprécient cette dimension de découverte et d'ouverture à de nouvelles disciplines. Plus globalement, cela permet à l'ensemble des personnes de sortir du quotidien, de se réaliser dans une activité physique et sportive et de trouver pleinement leur place dans un club. Les personnes en situation de handicap nous disent qu'elles développent de nouvelles appétences, compétences et connaissances. Nous avons des exemples de belles réussites avec des jeunes d'instituts médico-éducatifs (IME) et des clubs de judo. Ils y trouvent souvent un cadre et une place qui leur conviennent ; d'autant que, pour certains jeunes, c'est la première fois de leur vie qu'ils ont l'opportunité de pratiquer dans un club sportif fédéré, avec ce double accompagnement des éducateurs.

S. A. : *Quel est le principe de ce dispositif ?*

S. S. : Les clubs leur proposent au minimum 15 séances. De très nombreuses activités peuvent être proposées, de l'équitation au triathlon en passant par la marche nordique. Nous expérimentons ce dispositif depuis 2020 – c'est la troisième saison sportive. Nous accompagnons une soixantaine d'établissements et environ 600 personnes chaque année. Ce qui nous intéresse, c'est de voir s'il y a une pérennisation d'activité au-delà de ces 15 séances. Nous pouvons le mesurer,

car nous soutenons les 15 séances à hauteur d'un forfait de 1 500 euros, et au début de la saison suivante, nous versons un complément de 500 euros si l'activité perdure dans le club. Or le bilan est très favorable : 80 % des personnes continuent l'activité physique et sportive après la première année, l'établissement et le club installent une collaboration dans la durée. Nos référents territoriaux contribuent à créer un réseau de proximité entre des structures qui n'avaient aucun contact, qui ne se connaissaient pas. Les clubs gagnent en confiance en se sentant en capacité d'ouvrir leur porte au public en situation de handicap. De leur côté, les établissements perçoivent rapidement l'intérêt – pour les personnes en situation de handicap qu'ils accompagnent – de cette collaboration avec le club. Toutefois, nous manquons encore de recul sur le long terme de la pratique initiée au travers de ce dispositif.

S. A. : *Comment expliquez-vous le développement du dispositif depuis septembre 2022 ?*

S. S. : En deux années de terrain, nous avons bien avancé sur la mise en contact entre les établissements et les clubs, c'est la première phase – la plus chronophage – de notre projet. Désormais, nous avons validé la pertinence du programme, donc nous pouvons le déployer plus largement. Enfin les agences régionales de santé (ARS) s'en sont emparées ; ce qui les intéresse, c'est le fait que les personnes en situation de handicap gagnent en autonomie et en bien-être, développent leurs compétences, améliorent ainsi leur qualité de vie. L'ARS Île-de-France est déjà engagée dans ce projet et nous sommes en cours de finalisation sur le Grand-Est et la Bourgogne-Franche-Comté.

S. A. : *Quels sont les points forts de ce programme ?*

S. S. : Ce programme permet tout d'abord à des personnes qui sont dans les établissements de pratiquer une activité physique et sportive

humainement très accompagnée dans des clubs sportifs fédérés. Ensuite, il permet de créer un lien de proximité sur un territoire, l'interconnaissance entre les établissements et les clubs qui vont se découvrir des intérêts convergents. Enfin, cela permet aussi de faire tomber la frontière de la méfiance de l'inconnu : amener les clubs à accueillir des personnes en situation de handicap. Celui qui rend possible cette rencontre, c'est l'éducateur de l'établissement qui les accompagne et qui les rassure, et en face, l'éducateur du club les accueille.

S. A. : La réticence face au handicap demeure-t-elle un obstacle majeur ?

S. S. : Il faut parvenir à dédramatiser l'accueil de ce public par des clubs qui peuvent être réticents du fait d'idées reçues, par méconnaissance ou parce qu'ils ne se sentent pas dotés des compétences adaptées. Il s'agit de lever le frein psychologique à l'accueil, car ce que l'on peut entendre au départ dans les clubs, c'est : « On aimerait bien, mais on appréhende parce qu'on ne sait pas comment faire. » C'est la raison pour laquelle la formation des éducateurs, des bénévoles des clubs sportifs fédérés est le passage incontournable pour déployer le programme ESMSxClub.

S. A. : Comment former les professionnels et les bénévoles des clubs ?

S. S. : Il y a actuellement trop peu d'offres de proximité d'activité physique et sportive pour les personnes en situation de handicap. Pour faire sauter ce verrou, nous avons lancé en décembre 2022 un nouveau programme Club inclusif : nous allons former d'ici 2024 les éducateurs et les bénévoles de 3 000 nouveaux clubs afin qu'ils se sentent en capacité d'accueillir ce nouveau public. La formation est courte et se veut accessible à tous ; elle



© Sophie Robichon / Ville de Paris

est non certifiante et non qualifiante, parce que nous souhaitons que les clubs puissent s'y engager facilement. Elle est centrée sur l'apport de connaissances théoriques et sur la rencontre avec le public. Elle est pilotée par notre comité en collaboration avec la Fédération française handisport et la Fédération française du sport adapté.

S. A. : Quelles difficultés les plus importantes rencontrez-vous ?

S. S. : Le plus difficile est de faire coïncider l'offre et la demande : il faut trouver les clubs qui vont pouvoir accueillir les personnes au plus près, qui vont disposer des éducateurs, des créneaux horaires et des capacités d'accueil nécessaires. De plus, il faut également trouver les établissements volontaires et faire en sorte qu'ils se mettent d'accord avec le club sur un projet commun et sur ses modalités de déploiement. Il est aussi parfois nécessaire de lever les réticences qu'il peut y avoir d'un point de vue financier ou organisationnel. De notre côté, une difficulté majeure est l'investissement en ressources humaines : aller voir les établissements et les clubs, faire le lien, trouver des modalités de collaboration en fonction des limites de chacun, tout cela requiert un engagement important.

S. A. : Où en est le développement de ce programme ?

S. S. : Ce programme en est à ses débuts et nous avons bien conscience qu'il ne permet qu'à une toute petite partie des personnes en situation de handicap d'accéder à l'activité physique et sportive. Toutefois, nous pensons qu'il n'y a pas de solution unique et ce programme vient en compléter d'autres ; et selon les territoires, il convient d'utiliser tous les leviers pour développer les parasports à destination du public en situation de handicap. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Pôle ressources national Sport et Handicaps. *Enquête sur la pratique des activités physiques et sportives dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées*. Paris : secrétariat d'État chargé des Personnes handicapées, juin 2018 : 81 p. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sport-en-esms-rapport-2.pdf>

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

COMITÉ NATIONAL OLYMPIQUE ET SPORTIF FRANÇAIS (CNOSF) ET SPORT-SANTÉ

Le comité Médicosport santé (CMSS) du CNOSF est associé à la Société française de médecine de l'exercice et du sport et composé de médecins, enseignants en AP Adaptée, masseurs-kinésithérapeutes et de représentants d'organismes dont Santé Publique France afin de développer un ouvrage évolutif, le Médicosport santé (MSS). Outre des chapitres généraux, l'originalité du MSS est de comporter des protocoles d'APS adaptés à des états de santé (enfant, seniors, grossesse) et aux maladies chroniques en prévention I,

II et III, élaborés par les fédérations sportives et validés par le CMSS. Le MSS, en accès libre à tous sur le site Vidal.fr, est un outil d'aide aux médecins pour la prescription et la préconisation du sport-santé. Le MSS est utile aussi aux professionnels du sport pour les aider à mettre en place ces protocoles fédéraux selon leur environnement local. Le MSS s'adresse à toute la population, en bonne santé ou non, pour l'informer sur le sport-santé, l'aider à choisir les disciplines sportives adaptées aux états de santé et au

goût de chacun et à rechercher les structures appropriées. Par ailleurs, le CNOSF vient de créer pour les médecins une formation à la prescription de l'APS à des fins de santé sous forme d'e-learning dans le cadre de leur formation continue obligatoire. Elle s'appuie sur le MSS et sur les recommandations de la HAS en collaboration avec l'organisme Eron/Vidal (<https://eronsante.com>).

Jehan Lecocq, co-président de la commission médicale, Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF)

« La pratique d'activité physique permet aux personnes souffrant de troubles mentaux d'améliorer leur santé tant physique que mentale »

Entretien avec Maxime Tréhout,

psychiatre, praticien hospitalier, MD PhD,
service de psychiatrie, centre hospitalier universitaire
(CHU) de Caen Normandie,
Inserm U1237 PhIND / UMRS 1075 Comete.

La Santé en action : **Quel est l'état de santé global des personnes atteintes de troubles mentaux ?**

Maxime Tréhout : Les patients souffrant de troubles mentaux graves sont confrontés à une problématique sanitaire duale, celle d'une altération de leur santé physique et mentale, deux composantes pouvant être améliorées par la pratique d'une activité physique (AP) régulière. En effet, ces patients présentent bien souvent un mode de vie sédentaire et une hygiène de vie défavorable (inactivité physique, mauvaise hygiène alimentaire, consommation accrue de tabac et de substances psychoactives, hygiène de sommeil délétère) à l'origine d'une multiplication par deux à trois des facteurs de risques cardio-vasculaires tels que le surpoids et l'obésité, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le syndrome métabolique ou encore le diabète. Les médicaments psychotropes et en particulier les antipsychotiques peuvent également être associés à des effets indésirables cardio-métaboliques. Par ailleurs, la prévalence des maladies cardio-vasculaires est plus élevée chez ces patients comparativement à la population générale de même que certaines pathologies respiratoires, infectieuses ou cancéreuses, lesquelles ont un impact considérable sur leur condition physique. Ensemble, ils présentent une réduction de leur espérance de vie de quinze à vingt années et une multiplication par deux à trois du risque de mortalité toutes causes confondues [1-2].

S. A. : **Quels sont les bénéfices de l'activité physique pour cette population ?**

M. T. : L'activité physique (AP), au même titre que ce qui a été scientifiquement avéré au profit de la population générale, permet

d'apporter un premier niveau de bénéfices à ces patients en améliorant leur condition physique via des modifications des composantes anthropométriques : perte de poids, modification de la composition corporelle vers une baisse du pourcentage de masse grasse, réduction du périmètre abdominal ; une amélioration de leurs aptitudes musculaires : force, puissance, endurance ; et essentiellement en améliorant leur capacité cardio-respiratoire, l'insuffisance cardio-respiratoire étant reconnue comme le facteur influençant le plus le risque cardio-vasculaire [3]. Au-delà de ces considérations physiques, les bénéfices de l'AP sont désormais reconnus dans la plupart des troubles mentaux graves et notamment dans la prise en charge du trouble dépressif caractérisé d'intensité légère à modérée ainsi que des troubles psychotiques et de la schizophrénie, et dans une moindre mesure chez les patients souffrant de troubles anxieux ou de troubles somatoformes, de troubles des conduites alimentaires ou encore de troubles de l'usage de substances [3-4]. L'activité physique permet de réduire la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs, mais également de réduire la sévérité des symptômes psychotiques (notamment les symptômes négatifs et cognitifs pour lesquels les traitements n'apportent que peu ou pas de bénéfices), d'améliorer la qualité du sommeil, ou encore de réduire le risque de passage à l'acte suicidaire. Sur le plan psychologique, l'AP permet d'améliorer l'image corporelle et la confiance en soi, elle améliore également la qualité de vie et le fonctionnement global des patients en renforçant leurs stratégies de *coping*¹ et de sentiment d'auto-efficacité. Les mécanismes physiopathologiques sous-tendant ces bénéfices sont complexes et se situent à différents niveaux. Ce que l'activité physique apporte aux patients, selon leur propre ressenti ? Ils reconnaissent facilement un bien-être physique, une réduction du stress, ou une amélioration de leur qualité de sommeil les conduisant à réduire leur consommation d'hypnotiques

L'ESSENTIEL

▣ **L'activité physique permet d'améliorer l'image corporelle et la confiance en soi des personnes souffrant de troubles mentaux ; elle améliore également leur qualité de vie.**

ou d'anxiolytiques. Elle renforce également l'estime de soi des patients de même que leur motivation à adopter une hygiène de vie plus saine et plus active. Enfin, l'activité physique (AP) aurait également des effets bénéfiques en termes de prévention primaire, puisqu'il a été décrit que la pratique d'une AP régulière permettrait de réduire l'incidence des troubles anxieux et dépressifs et également de retarder l'émergence des troubles psychotiques [5-7]. En résumé, la pratique d'activité physique permet aux personnes souffrant de troubles mentaux d'améliorer leur santé tant physique que mentale.

S. A. : **Quelle activité physique peut-on proposer à ces patients ?**

M. T. : L'activité physique (AP) se conçoit avant tout comme un traitement adjuvant aux approches pharmacologiques usuelles, elle ne remplace donc pas les médicaments. Les activités physiques doivent être adaptées aux aptitudes physiques, aux préférences et aux motivations des patients souffrant de troubles mentaux qui ont des besoins spécifiques ne leur permettant pas de pratiquer en condition ordinaire. Il s'agit donc ici d'activités physiques dites « adaptées » (APA), dont la prescription et la dispensation sont encadrées sur le plan législatif par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016. Il peut s'agir du même type d'APA que celles proposées aux patients atteints de maladies chroniques. Les séances d'activité physique adaptée comprennent généralement un échauffement de 5 à 10 minutes, une séance de 30 à 45 minutes comprenant des exercices d'endurance, de

renforcement musculaire, d'équilibre ou de jeux ludo-moteurs, puis un retour au calme de 5 à 10 minutes. Ces APA peuvent concerner tous les types d'activité physique comme des sports collectifs, des activités d'endurance telles que la marche, le vélo ou des activités en milieu aquatique, et elles doivent être réalisées à une intensité modérée à soutenue. Des exercices sollicitant les capacités cognitives des participants peuvent également être intégrés dans ces programmes. Une fois la prescription médicale faite, les professionnels en activité physique adaptée prennent le relais pour accompagner les patients. Les dispositifs Sport sur ordonnance sont désormais accessibles aux patients présentant une affection de longue durée (ALD) psychiatrique depuis l'amendement de la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022. Ainsi, dès 2018, Caen a été une des premières municipalités à se lancer dans l'aventure. Également, les maisons Sport-Santé permettent une coordination et un accompagnement personnalisé dans l'objectif de faciliter et de promouvoir l'accès aux activités physiques pour les patients souffrant de troubles mentaux. Comme cela est recommandé dans la littérature scientifique, il est nécessaire que les séances d'APA puissent être dispensées par des professionnels formés (enseignants en activité physique adaptée ou kinésithérapeutes) ne faisant pas partie intégrante des structures de soins en psychiatrie. En outre, il est nécessaire que les équipes médicales et paramédicales des services de psychiatrie puissent également être formées afin de renforcer la motivation des patients à s'engager dans des activités physiques (AP) et de prescrire des AP adaptées aux besoins et aux aptitudes des participants. Par ailleurs, les programmes devraient comporter au préalable des stratégies motivationnelles fondées par exemple sur la théorie de l'autodétermination² ou sur le modèle transthéorique³, deux modèles qui ont été particulièrement étudiés dans la littérature scientifique. Les programmes peuvent être individuels ou collectifs. L'utilisation des technologies électroniques (applications Smartphone ou visioconférence) est acceptable dans cette population de patients et permettrait de faciliter l'accès à ce type de soins, d'individualiser les prises en charge reproduisant les interventions en face à face et d'atteindre un plus grand nombre de patients, comme cela a été réalisé dans le cadre d'un protocole de recherche mené chez des patients souffrant de schizophrénie [8]. Enfin, en ce qui concerne les caractéristiques des programmes, il semble important de donner la priorité aux activités d'endurance d'intensité modérée à soutenue, sur une durée de 45 à 60 minutes



© Gérard Samz / Ville de Paris

par séance, de deux à trois fois par semaine et sur des durées relativement longues de 12 à 16 semaines pour pouvoir escompter des bénéfices physiques et psychologiques [9].

S. A. : Quelles exigences éthiques encadrent ce type d'interventions ?

M. T. : Il n'y a pas d'exigence éthique particulière comparativement aux activités proposées aux autres patients souffrant de maladies chroniques. Cependant, il est important que les professionnels en activité physique adaptée (APA) puissent avoir certaines connaissances sur les principales pathologies mentales afin de pouvoir prendre en compte ce public aux besoins particuliers et l'accompagner au mieux. Notamment, une importance particulière sera accordée à l'accompagnement motivationnel des patients, qui représente le principal frein à la pratique d'activité physique. Également, il pourra être nécessaire de rassurer les patients, de les valoriser régulièrement et de les aider à faire face à des manifestations symptomatiques telles que des attaques de panique.

S. A. : À quels freins sont confrontées ces personnes pour pratiquer une activité physique ?

M. T. : Malgré les bénéfices évidents de l'activité physique, ces programmes se heurtent encore à une faible adhésion et à un désinvestissement précoce des participants dans ces programmes, en lien notamment avec un certain nombre de barrières qui se situent à trois niveaux : sur le plan psychologique – manque de motivation, symptômes négatifs de la schizophrénie, anxiété sociale, manque

de soutien social, altérations cognitives, faible sentiment d'auto-efficacité, faible expérience passée – ; sur le plan physique – excès de fatigue perçue, sédation liée aux traitements, prévalence accrue du surpoids et de l'obésité, existence de comorbidités médicales, manque de suivi médical – ; et sur le plan socio-économique – coûts élevés d'accès aux infrastructures sportives, stigmatisation et perception négative des patients, manque de formation des professionnels de la santé mentale, manque de coordination entre les soins psychiatriques et somatiques, faible statut socio-professionnel [10]. Pour remédier à cela, il est primordial de prendre en compte ces barrières et également les facteurs facilitateurs à l'activité physique. Il semble également nécessaire de poursuivre les projets de recherche sur le sujet et de les faciliter afin de mieux cerner les mécanismes sous-tendant les bénéfices évidents de cette approche non pharmacologique. ■

**Propos recueillis par Yves Géry,
rédacteur en chef.**

1. Le *coping* (de l'anglais *to cope* : « faire face ») désigne les réactions et les stratégies d'adaptation en réponse à un stress (NDLR).

2. Degré d'intentionnalité (ou d'autodétermination) des comportements humains, c'est-à-dire à quel point les gens endossent leurs actions avec un sentiment de choix plutôt qu'avec un sentiment de contraintes et/ou de pressions internes ou externes (NDLR).

3. Le modèle transthéorique construit le changement comme un processus progressif comportant cinq stades : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Correll C. U., Solmi M., Veronese N., Bortolato B., Rosson S., Santonastaso P. *et al.* Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: A large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 2017, vol. 16 : p. 163-180. En ligne : <https://doi.org/10.1002/wps.20420>
- [2] Walker E. R., McGee R. E., Druss B. G. Mortality in mental disorders and global disease burden Implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2015, vol. 72, n° 4 : p. 334-341. En ligne : <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- [3] Stubbs B., Vancampfort D., Hallgren M., Firth J., Veronese N., Solmi M. *et al.* EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: A meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 2018, vol. 54 : p. 124-144. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.004>
- [4] Tréhout M., Dollfus S. Physical activity in patients with schizophrenia: From neurobiology to clinical benefits. *L'Encéphale*, 2018, vol. 44, n° 6 : p. 538-547. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.005>
- [5] Schuch F. B., Vancampfort D., Firth J., Rosenbaum S., Ward P. B., Silva E. S. *et al.* Physical activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 2018, vol. 175, n° 7 : p. 631-648. En ligne : <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
- [6] Schuch F. B., Stubbs B., Meyer J., Heissel A., Zech P., Vancampfort D. *et al.* Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depression and Anxiety*, 2019, vol. 36, n° 9 : p. 846-858. En ligne : <https://doi.org/10.1002/da.22915>
- [7] Brokmeier L.L., Firth J., Vancampfort D., Smith L., Deenik J., Rosenbaum S. *et al.* Does physical activity reduce the risk of psychosis? A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Psychiatry Research*, 2020, vol. 284. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112675>
- [8] Tréhout M., Leroux E., Bigot L., Jégo S., Leconte P., Reboursière E. *et al.* A web-based adapted physical activity program (e-APA) versus health education program (e-HE) in patients with schizophrenia and healthy volunteers: study protocol for a randomized controlled trial (PEPSY V@Si). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2021, vol. 271 : p. 325-337. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01140-z>
- [9] Falkai P., Schmitt A., Rosenbeiger C. P., Maurus I., Hattenger L., Hasan A. *et al.* Aerobic exercise in severe mental illness: requirements from the perspective of sports medicine. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2022, vol. 272 : p. 643-677. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01360-x>
- [10] Firth J., Rosenbaum S., Stubbs B., Górczynski P., Yung A. R., Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2016, vol. 46 : p. 2869-2881. En ligne : <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

ACTIVITÉ PHYSIQUE DÉDIÉE AUX PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES : RECOMMANDATIONS

Le constat est sans appel mais des solutions existent comme le soulignent Catherine Fayollet et Laurence Kern dans un état des lieux de l'activité physique dédiée aux personnes souffrant de troubles psychiques, publié en 2020. Extraits : « *Les personnes présentant des troubles psychiatriques graves, tels que la schizophrénie, la dépression ou le trouble bipolaire, ont une espérance de vie moins élevée que la population générale en lien avec un risque accru de diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension artérielle, maladies respiratoires. Cette mortalité cardiovasculaire accrue est en partie due à un risque plus important lié à des facteurs influençables, comme le surpoids ou l'obésité, le tabagisme, l'hyperglycémie, l'hypertension et la dyslipidémie. Les antipsychotiques peuvent également entraîner une prise de poids, un diabète et influencer négativement certains facteurs de risque cardiovasculaire (...)* Pour les patients vivant avec une schizophrénie,

il est recommandé le même niveau d'AP que pour la population générale, avec une forte incitation à ajouter un programme lié à l'hygiène alimentaire. »

Ils formulent des recommandations spécifiques en fonction des différents publics concernés par des troubles psychiques, avec néanmoins le corpus commun suivant : « *Spécifier, quand c'est nécessaire, en fonction des stades évolutifs, mais aussi des interactions médicamenteuses éventuelles et de l'environnement, les besoins spécifiques de pratique d'activité physique et sportive (quantitatifs et qualitatifs / composantes de la condition physique), les adaptations de pratique souhaitées, les signes d'alerte, le bilan spécifique avant la pratique, les règles de surveillance spécifique éventuelles, les traitements d'urgence pouvant être nécessaires en cours de pratique, les freins habituels, les modalités d'évaluation des résultats sanitaires...* »

Les chercheurs soulignent qu'une évaluation en amont est nécessaire, incluant : 1) l'évaluation des capacités, des ressources et des difficultés de la personne dans la vie quotidienne. 2) le rapport de la personne à l'activité physique (appétence, attitude, motivation, barrières). 3) l'état de santé somatique et les plaintes somatiques existantes. « *À l'inverse des traitements psychotropes ou psychothérapeutiques, une pratique tout au long de la vie est nécessaire pour avoir des effets maximisés sur la santé mentale et la santé physique.* » Source : Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives – Médicosport-santé, document APS et troubles psychiques, 2020, auteurs : Docteur Catherine Fayollet, psychiatre des Hôpitaux, médecin Fédéral FF Sport Adapté ; Professeur Laurence Kern, maître de conférences UFR STAPS, Université de Paris Nanterre. <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/>

Prescription d'activité physique par les médecins : freins et leviers

Raphaële Ancellin,
cheffe de projets Prévention, Institut national du cancer (INCa),
David Communal,
maître de conférences associé à mi-temps (MAST) F2SMH, département Activité physique adaptée, chercheur associé au CreSco, Toulouse.

En France, la loi de 2016 de modernisation du système de santé a initié une politique de promotion de l'activité physique sur ordonnance par les médecins traitants, pour les personnes en soins de longue durée. La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France ouvre cette prescription à l'ensemble des médecins et en élargit le champ aux personnes atteintes d'une maladie chronique et/ou présentant des facteurs de risques et aux personnes en perte d'autonomie. Ainsi, cette prescription d'activité physique doit être adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Constat

Actuellement, malgré ce dispositif de sport sur ordonnance, les médecins font de simples préconisations en faveur de l'activité physique. Dans une étude sur un échantillon national de professionnels de santé représentatif, menée pour l'Institut national du cancer (INCa), sur la connaissance, la perception, les pratiques et les attentes en matière de prévention, 68 % des médecins généralistes interrogés disent aborder la pratique d'activité physique régulière au minimum une fois avec chacun de leurs patients sur la durée globale de leur suivi¹. D'autres études, menées en régions, montrent que cette thématique est abordée en consultation de façon plus majoritaire par 78 % à 90 % des généralistes [1-2], d'autant plus que le médecin pratique un ou plusieurs sports [3]. En 2021, 88 % des médecins généralistes de cette étude ont entendu parler du dispositif de prescription d'activité physique adaptée (APA), mais seuls 41 % déclarent l'utiliser auprès de leurs patients en situation d'affection de longue durée (ALD). L'incitation

à la pratique régulière d'une activité physique reste pour la plupart d'entre eux fondée sur la délivrance de conseils oraux [4].

Alors que le dispositif est peu utilisé, les médecins s'accordent sur l'efficacité d'une prescription écrite d'activité physique [5]. L'ordonnance écrite est un facteur de motivation et d'adhésion à l'activité physique [6]. La prescription d'une activité physique, particulièrement étudiée au Danemark et en Nouvelle-Zélande, aurait en moyenne deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral [7]. Les effets seraient encore majorés lorsque l'objectif et les modalités de l'activité physique sont co-construits avec le patient et qu'ils tiennent compte de ses envies, ses motivations et son parcours de soin.

Les obstacles à la prescription

Manque de connaissance et de formation

Les médecins jugent leurs connaissances sur l'activité physique insuffisantes, notamment sur l'adaptation de celle-ci à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient. Ce constat justifie leur sentiment de ne pas être suffisamment aptes à la promotion de l'activité physique et 43 % des médecins généralistes n'en prescrivent pas par manque de formation¹.

Les recommandations des instances publiques fournissent certes un cadre général de référence, mais elles ne se traduisent pas pour les soignants en normes effectives de pratique [8]. De plus, les risques et les conséquences d'une pratique physique inadaptée peuvent justifier l'absence de prescription [9].

Par conséquent, la majorité des médecins déclarent leur intention d'augmenter le nombre de prescriptions en activité physique s'ils bénéficient d'une formation complémentaire adaptée [6]. Cette compétence est encore aujourd'hui trop peu développée dans le cursus des études initiales de médecine en France. La formation continue des médecins en exercice sur le sujet est fondée sur une démarche personnelle [7]. La Haute Autorité de santé (HAS) alerte également sur le volume

L'ESSENTIEL

■ **En 2021, l'Institut national du cancer (INCa) a mené deux enquêtes, l'une quantitative et représentative auprès de 200 médecins généralistes pour quantifier leur pratique, et l'autre qualitative auprès de 16 médecins généralistes pour analyser les freins et les leviers dans la prescription de l'activité physique. Qu'en est-il des pratiques de prescription en France ? Regard sur l'attitude des médecins vis-à-vis de la promotion de l'activité physique et identification des facteurs favorisant ou limitant la prescription sur ordonnance lors de la consultation du patient.**

insuffisant en formation médicale initiale des enseignements sur les thérapeutiques non médicamenteuses, dont l'activité physique, pour une appropriation de connaissances solides [10].

Manque de visibilité sur l'offre

L'un des autres freins majeurs de la prescription par le médecin généraliste est la méconnaissance de l'offre sur son territoire et son incapacité à orienter son patient de façon sécuritaire. Ainsi, parmi les médecins qui n'ont pas eu recours à la prescription, 67 % ne se sentent pas suffisamment accompagnés pour l'orientation de leur patientèle¹. Ils sont demandeurs d'informations concernant les structures ou les professionnels afin de mieux comprendre les dispositifs existants pour adresser leurs patients.

Coût

La prescription d'activité physique sur ordonnance reste encore non remboursée par l'Assurance maladie. L'absence de cette prise en charge financière pour le patient est considérée comme un obstacle supplémentaire à la pres-

cription. Les praticiens interrogés s'accordent également sur la création d'une cotation spécifique pour les consultations dédiées à la prescription d'activité physique [1]. Dans l'enquête INCa, 16 % des médecins généralistes n'avaient pas recours à cette prescription du fait de cette carence financière¹.

Manque de temps

Les médecins conviennent de l'incapacité temporelle à réaliser des évaluations fonctionnelles permettant la dispensation et la promotion d'une activité physique adaptée (APA) aux besoins et aux caractéristiques du patient [1]. Pour un généraliste, parler d'activité physique est possible dans un contexte où il n'y a pas trop d'autres problématiques concurrentes à envisager. L'activité physique ne semble pas prioritaire pour des patients polypathologiques ou complexes, pour lesquels l'approche médicamenteuse est généralement privilégiée [11]. Le manque de temps en consultation n'est pas uniquement préjudiciable à la prescription de l'activité physique, mais aussi à la promotion de l'ensemble des actions de prévention¹.

Motivation du patient

La difficulté à motiver les patients est également un frein à la prescription pour le soignant. Ainsi, 13 % des médecins ne prescrivent pas d'activité physique du fait de la réticence des patients à en pratiquer une¹. La réussite de cette démarche est possible uniquement s'il y a un engagement du patient. Face à des patients peu ou pas réceptifs, la prise de conscience de l'intérêt de l'activité physique apparaît difficile pour les médecins prescripteurs et plus particulièrement lorsque la personne est âgée et/ou qu'elle souffre de maladies chroniques². Dans ces situations, un entretien motivationnel est fortement recommandé, mais cela nécessite de pouvoir prendre du temps et d'y être formé.

Responsabilité professionnelle

Aucun texte de loi ne spécifie quelles sont les responsabilités des différents acteurs engagés dans la prescription. Le médecin subit de nombreuses pressions de la part des assurances professionnelles et de l'Ordre des médecins, concernant l'engagement de sa responsabilité dès qu'il rédige une ordonnance. Le ministère des Sports, des Jeux olympiques et paralympiques et le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) ont signé, le 8 octobre 2021, une convention afin de faciliter la démarche de la prescription de l'activité physique, sans pour autant répondre à cette problématique d'engagement de la responsabilité professionnelle.

Les leviers à activer pour promouvoir la prescription

Différents plans ou expertises soulignent la nécessité d'agir auprès des professionnels de santé pour développer la consultation et la prescription de l'activité physique (Stratégie nationale sport-santé – SNSS, recommandations de la Haute Autorité de santé – HAS, expertises de l'institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm, etc.) avec des axes de travail qui devraient faciliter cette démarche.

Formations

L'une des recommandations consiste à renforcer la formation initiale et continue des prescripteurs. Elle doit inclure les connaissances théoriques et pratiques sur les impacts de la pratique de l'activité physique, des comportements sédentaires et de l'inactivité physique, ainsi que la compréhension et l'identification des dispositifs d'intervention en activité physique. Dans cet objectif d'amélioration des compétences, il convient de généraliser des modules obligatoires relatifs aux recommandations et à la prescription d'activité physique en complément des approches réalisées en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient. Il faut ici favoriser la compréhension du processus d'engagement du patient et plus généralement la formation à l'entretien motivationnel [7].

Interdisciplinarité

Le développement de la coopération entre les différents acteurs et structures impliqués en faveur de la promotion de l'activité physique à des fins de santé doit favoriser l'interdisciplinarité autour des personnes accompagnées. Une mise en confiance interprofessionnelle permet au prescripteur de ne plus être seul lors de la rédaction de son ordonnance et elle le rassure dans sa démarche.

Les médecins généralistes soulignent l'intérêt d'une prise en charge organisée, avec la possibilité d'orienter les patients vers des professionnels spécialisés et formés pour réaliser des bilans fonctionnels et superviser des séances d'activité physique [1]. Des dispositifs facilitant la pratique d'activité physique sur prescription médicale ont été mis en place au niveau de nombreuses régions ; toutefois, ils semblent manquer de visibilité et de lisibilité² pour les médecins. C'est pourquoi ces derniers souhaiteraient pouvoir intégrer ces dynamiques de réseaux afin de pouvoir mieux œuvrer avec l'ensemble des acteurs et ainsi prendre en compte les rôles et les compétences de chacun.

À partir de 2019, les maisons Sport-Santé ont émergé avec la Stratégie nationale sport-santé (SNSS). Comme précisé dans la loi du 2 mars 2022, elles ont pour mission spécifique de faciliter et de promouvoir l'accès à l'activité physique et sportive pour tous avec un rôle d'accueil, d'information et d'orientation du public. En janvier 2023, 573 maisons Sport-Santé fonctionnent sur le territoire national³.

Lisibilité et visibilité de l'offre

Afin de favoriser le recours à la prescription et à la dispensation de l'activité physique adaptée (APA), il est essentiel pour tous les acteurs du parcours de santé d'avoir une meilleure visibilité et une meilleure lisibilité de l'offre d'activité physique à des fins de santé de proximité. Une des actions de la Stratégie nationale sport-santé (SNSS) est de recenser l'offre d'activité physique à des fins de santé sur chacun des territoires afin de la mettre à disposition du grand public et des professionnels. Ce référencement des structures et des professionnels se fait selon une démarche qualité intégrant un cahier des charges spécifique à respecter dans chaque région.

Outils de prescription

Les médecins sont demandeurs d'outils d'aide à la prescription et à la décision médicale respectant les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Dans un contexte professionnel très chargé et contraint, les médecins attendent des contenus synthétiques, simples et pratiques (infographies, articles courts, vidéos, etc.²). Des plateformes numériques pratiques d'aide à la prescription d'activité physique adaptée ont été développées. Pour exemple, le dispositif régional du Grand-Est Prescri'mouv propose un guide concis, un algorithme décisionnel, un guichet unique d'orientation, avec une ordonnance pré-rédigée à remplir, couplée au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport.

Financement

La prise en charge par l'Assurance maladie de l'activité physique adaptée (APA) sur prescription médicale est inscrite dans la loi, mais toujours pas mise en œuvre à ce jour. Cette prise en charge doit assurer un déploiement équitable sur le territoire et auprès de la population concernée pour ne pas créer d'inégalités sociales et territoriales de santé. Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 – *Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé* –, plus de

70 expérimentations sur le thème de l'activité physique pour la santé ont été retenues sur les territoires, qui pour certaines pourraient donner lieu à terme à des financements pérennes [9]. L'arrêté du 24 décembre 2020, relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer, prévoit que le médecin peut prescrire un ensemble de bilans et de consultations, dans la limite de 180 euros par patient et par an, pouvant inclure un bilan en APA. Ce dernier vise à évaluer les capacités du patient, à mesurer sa motivation et considérer ses attentes afin de l'orienter vers une prise en charge en activité physique adaptée correspondant à ses besoins et en adéquation avec son projet de vie. Ce forfait ne finance pas de séances d'activité physique. Cependant, et compte tenu de ce manque de

financement, de nombreuses mutuelles ont saisi l'opportunité pour proposer une aide financière aux personnes concernées.

Conclusion

Les médecins généralistes n'utilisent pas – ou peu – la prescription écrite de l'activité physique, alors qu'ils s'accordent sur son importance. Ils identifient les freins suivants :

1. Formation et information insuffisante et non adaptée à leur pratique professionnelle.
 2. Manque de visibilité sur l'offre et le financement.
 3. Nécessité d'une consultation plus longue, difficulté à motiver les patients.
- Ils identifient aussi les leviers favorables à mobiliser : améliorer leur formation et développer échanges et réseaux de professionnels pluridisciplinaires associant les professionnels

de l'activité physique ; et développer des outils d'aide à la prescription leur permettant d'accompagner leurs patients vers une offre appropriée, tout en assurant un financement pour leur prise en charge. ■

1. Étude quantitative de BVA pour l'INCa auprès de 902 professionnels de santé en soins primaires de moins de 55 ans, hors personnel hospitalier, dont 200 médecins généralistes : questionnaires administrés en ligne selon un échantillon représentatif d'après les statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2018, entre novembre 2020 et janvier 2021.

2. Étude qualitative BVA pour l'INCa sur les pratiques de prescription d'activité physique : étude auprès de deux groupes de huit médecins généralistes, réunions de deux heures en ligne, du 3 au 10 février 2022.

3. Carte interactive : <https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Krim F., Perwez T., Gignon M., Bréchat P.-H., Leprière P.-M. Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes picards. *Science et Sports*, 2022, vol. 37 : p. 37-44.
- [2] Cournet J. *La Prescription d'activité physique chez les maîtres de stage de médecine générale d'Aquitaine : qu'en est-il dans la réalité ?* [Thèse] médecine générale, université de Bordeaux, directeur de thèse Dr L. Magot, Bordeaux, 2017 : p. 52.
- [3] Attelin V., Romain A.-J., Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: attitudes and practices of GPs in a Southern French city. *Diabetes and Metabolism*, 2012, vol. 38 : p. 243-249.
- [4] Gérin C., Guillemot P., Bayat M., André A.-M., Daniel V., Rochongar P. Enquête auprès des MG sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science et Sports*, 2015, vol. 30, n° 2 : p. 66-73.
- [5] Abramson S., Stein J., Schaufele M., Frates E., Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 2000, vol. 10, n° 1 : p. 40-48.
- [6] Richards J., Hillsdon M., Thorogood M., Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, vol. 9.
- [7] Institut nationale de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. Montrouge : EDP Sciences, coll. Expertise collective, 2019.
- [8] Bloy G., Moussard Philippon L., Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé publique*, 2016, vol. 28, H. S. S1 : p. 153-161.
- [9] Haute Autorité de santé (HAS). *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte*. Paris : HAS, juillet 2022.
- [10] Haute Autorité de santé (HAS). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation*. Paris : HAS, 2011.
- [11] Génolini J.-P., Roca R., Rolland C., Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé*, 2011, vol. 29, n° 3 : p. 81-122.

LES AUTEURS DE CET ARTICLE DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DE SON CONTENU.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Comme le résume la Haute autorité de santé (HAS), cette méthode d'entretien est centrée sur la personne et part du principe que le changement ne peut venir que d'elle-même. Il a pour but de susciter ou renforcer la motivation au changement et d'amener la personne à trouver ses propres ressources. L'entretien motivationnel (EM) permet à la personne de repérer ses ambivalences vis-à-vis de ses consommations ou comportements à risque, de faire émerger ce qui pose problème

et de mettre en œuvre les changements adaptés (source : HAS).

Ce mode de communication a été « initialement développé en addictologie, pour explorer l'ambivalence face à l'arrêt d'une substance, lever les résistances du patient et lui donner envie de mieux prendre soin de lui. Ses principes généraux et les stratégies de base applicables par tout praticien méritent d'être connus, car les données de la littérature actuelles plaident en faveur d'une généralisa-

tion de la conduite de l'EM pour promouvoir une grande variété de comportements de santé, qu'il s'agisse de programmes d'éducation thérapeutique proprement dits, mais aussi d'interventions ponctuelles au cours de la prise en charge de tout patient. » (source : Benamous X., Legrand C., Consoli S.M. *L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade*. La Revue de Médecine Interne, 2014).

Les défis de la prescription d'activité physique adaptée

David Communal,

maître de conférences associé à mi-temps (MAST) F2SMH, département Activité physique adaptée (APA), chercheur associé au CreSco, Toulouse,

Marion Elissalde,

chargée de mission, référente régionale Nutrition, pôle Environnements, Promotion et Prévention en santé, direction de la Protection de la santé et de l'autonomie, agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine,

Yves Morales,

maître de conférences, HDR – F2SMH, directeur adjoint du CreSco (EA 7419), Toulouse.

L'ESSENTIEL

► **L'offre professionnelle en activité physique adaptée (APA) est disparate. Des stratégies régionales Sport-Santé Bien-Être sont déclinées à géométrie variable sur le territoire. Ces initiatives locales – portées par des médecins, associations sportives et collectivités territoriales – visent toutes à favoriser les collaborations entre groupes professionnels.**

Depuis le début des années 2000, une succession de plans et de programmes (les programmes nationaux Nutrition Santé, les plans Cancer, le plan national Bien vieillir, le plan Obésité...), lois et décrets ont permis d'assurer la promotion de la santé par l'activité physique [1]. Depuis l'élaboration en décembre 2012 du premier plan national Sport-Santé Bien-Être, un intérêt particulier est accordé aux personnes souffrant de maladies chroniques, à mobilité réduite, âgées et/ou en situation de précarité [2]. Dans le même temps, les preuves scientifiques apportées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm (2008, 2019), l'Agence nationale de sécurité sanitaire et de l'alimentation – Anses (2016) et la Haute Autorité de santé – HAS (2011, 2022) donnent une assise clinique et épidémiologique à la prescription d'une activité physique adaptée pour lutter contre les risques liés à la sédentarité et agir comme thérapeutique non médicamenteuse (décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016). Ces deux orientations se conjuguent pour donner sens à ce que Fassin [3] caractérise comme une nouvelle généalogie de la santé publique. Entre politisation et médicalisation, un chemin se construit pour faire de l'activité physique adaptée un objet-passerelle.

D'un autre côté, les rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les lois de santé publique qui en résultent (2004, 2009, 2016, 2019) invitent les personnes à être responsables de leur santé, assimilée à un capital à protéger à travers l'adoption de comportements favorables à son maintien. À travers les normes préventives diffusées, cette forme de gouvernement des corps a pour objectif affiché que le sujet devienne acteur autonome de sa santé, en se contraignant à la favoriser et en étant proactif dans la prévention de ses conduites. La participation des usagers dans des collectifs de travail pluridisciplinaires (chercheurs, professionnels de santé, enseignants en APA, patients) paraît être en ce sens « *un formidable levier pour lutter contre les inégalités de santé* » [4].

Dans ce contexte favorable à la prévention-santé par l'activité physique, la mobilisation des médecins en matière de prescription est promue par les pouvoirs publics. Cependant, ce secteur reste complexe tant l'offre professionnelle en activité physique adaptée (APA) est disparate.

Des réseaux territoriaux du Sport-Santé Bien-Être

Face à ce déploiement du sport-santé, le référencement de professionnels compétents et des structures-ressources devient rapidement une priorité pour les pouvoirs publics [5]. Dès la mise en œuvre du plan national Sport-Santé Bien-Être¹, un pôle national SSBE est créé afin de faciliter le lien entre les prescripteurs et les acteurs de terrain. Cette dynamique est relayée sur les territoires par la mise en place de stratégies régionales SSBE, portées par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Des dynamiques de coordinations se sont alors construites en fonction d'initiatives locales, portées par des médecins, des associations sportives et des collectivités territoriales. Elles visent toutes à favoriser les collaborations entre groupes professionnels [2].

Ainsi, sur l'ensemble du territoire, les déclinaisons régionales sont inspirées de la culture locale et influencées par des acteurs historiques du sport-santé, telles que Bretagne Sport-Santé, programme SSBE de la Bretagne ;

le dispositif Prescri'mouv pour le Grand-Est ; le dispositif Prescription d'exercice physique pour la santé – Peps pour la Nouvelle-Aquitaine ; ou encore Prescri'Forme impliquant 420 médecins pour l'Île-de-France. Objectif : faciliter la pratique d'activité physique à des fins de santé par la mise en réseau d'acteurs compétents en activité physique adaptée (APA et/ou sport-santé) suivant des critères de qualités validés, voire labélisés par chaque région.

En appui de ces initiatives, dans le cadre de la *Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024*², 573 maisons Sport-Santé sont labélisées et proposent une offre sportive en prévention en assurant les rôles d'accueil, d'information et d'orientation des publics. Ces dispositifs restent soumis à une démarche de prescription de l'activité physique, dont le médecin est l'ordonnateur.

Peu de ressources pour les prescripteurs

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé propose une nouvelle possibilité dans l'arsenal thérapeutique du médecin au bénéfice de son patient. Ainsi, l'article 144 précise que le médecin traitant peut désormais prescrire « *une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* » reconnu en affection longue durée (ALD). Avec le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée sont précisées. Cependant, il faut attendre les instructions ministérielles du 3 mars 2017 [6] et la présentation du guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée pour disposer d'un texte visant à mieux cadrer les modalités de la prescription en identifiant les professionnels-ressources pouvant jouer un rôle d'opérateurs.

La loi de démocratisation du sport du 2 mars 2022 ouvre davantage encore la prescription d'activité physique adaptée (APA) aux personnes ayant une maladie chronique – diabète, cardiopathie, cancer, etc. – ou présentant des facteurs de risques (hypertension, obésité, etc.), ainsi qu'aux personnes en perte d'autonomie. Les travaux de Bloy et al [7] relèvent les difficultés que les médecins rencontrent pour cette nouvelle activité médicale qu'est la prescription d'activité physique

adaptée : faible estime de soi, manque de motivation, sentiment d'incapacité, amalgame entre performance sportive et pratique d'activité physique adaptée, perception d'un manque de crédibilité face aux patients, etc. De plus, ces prescripteurs sont en difficulté pour trouver les professionnels et les structures-ressources en activité physique dans l'environnement de leur patient. Ils s'inquiètent également du statut juridique de la prescription et des obligations légales auxquelles elle renvoie. Cette préoccupation est amplifiée par l'évolution relative au certificat médical d'absence de contre-indication (Caci). En effet, depuis 2016, les fédérations sportives et leurs assurances décident si la présentation d'un Caci est nécessaire pour l'accès à la licence, elles en déterminent la fréquence et parfois même le format. Enfin, leurs préoccupations portent sur la sécurité de leur patient face au sport-santé dont ils connaissent peu les modèles d'interventions. Du reste, les qualifications dans ce secteur professionnel sont très nombreuses et inégales dans leurs contenus. De multiples intervenants revendiquent des compétences et sont en concurrence [8]. La diversité des professionnels et les critères définis par l'arrêté de 2017 brouillent les pistes pour une orientation sécurisée des patients. Le travail en réseau et les relations interpersonnelles que tissent le médecin avec des encadrants sportifs ou

des structures d'accueil deviennent souvent essentiels pour nourrir la confiance et pour soutenir l'engagement dans la prescription ; mais dans le même temps, ils confortent le manque d'homogénéité constaté pour ce secteur [9].

De multiples professionnels habilités

Initialement, l'activité physique adaptée (APA) est une discipline encadrée par des enseignants en APA (licence sciences et techniques des activités physiques et sportives – STAPS, APA Santé), qui s'est déployée en France à partir des années 1980 [10]. Depuis l'évolution de la législation concernant la prescription et la dispensation de l'APA (au 1^{er} mars 2017), son encadrement devient possible pour d'autres professionnels [6]. Ainsi, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les masso-kinésithérapeutes peuvent également assurer l'accompagnement en activité physique de tout public, quelles que soient ses limitations fonctionnelles et ses aptitudes, dans des contextes précis. Avec l'arrêté du 8 novembre 2018 [11], la liste des professionnels habilités prend en compte les formations complémentaires que les éducateurs sportifs du milieu fédéral peuvent valider afin d'être autorisés à assurer « la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée » de limitations faibles à modérées.

Il doit y avoir une concordance entre les besoins et les capacités de la personne et le niveau de formation des professionnels qui l'accompagnent [8]. Dans tous les cas, cette situation complexifie l'appréhension par le médecin et par son patient de l'orientation vers le professionnel le plus qualifié. Certaines dynamiques Sport-Santé Bien-Être régionales proposent alors de recourir à des coordinateurs en activité physique adaptée (APA) de proximité, généralement de formation master STAPS en APA, afin d'assister médecins et patients dans cette démarche. Ces coordinateurs peuvent, à la suite d'un entretien/bilan en activité physique adaptée, faciliter l'accès aux offres de proximité les mieux adaptées aux besoins, attentes et capacités de la personne, comme le proposent les ateliers-passerelles en APA (voir article « Programmes-passerelles en activité physique adaptée : faire face aux défis de la prescription », dans ce dossier). Cette médiation permet également des réajustements, au fil de l'accompagnement selon les besoins du patient, en lien avec le médecin. ■

1. SSBE 2012-2018 : <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>

2. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/le_4_pages_de_la_snss_.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Vuillemin A., Lecomte F., Prévot-Ledrich F. J. *Analyse des politiques publiques nationales de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. Rapport d'enquête 2015-2016. HEPAT France, Société française de santé publique (SFSP)*. Laxou : SFSP, 2016 : 108 p. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra_hepa_pat1216.pdf
- [2] Illivi F., Honta M. La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région. Un processus d'ajustements continus. *Santé publique*, 2019, vol. 31, n° 4 : p. 475-484. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-4-page-475.htm>
- [3] Fassin D. 1 – Les impensés des inégalités sociales de santé. In Niewiadomski C. (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Presses de l'EHESS, coll. Recherche, Santé, Social, 2008 : p. 19-28. En ligne : <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante--9782859529840-page-19.htm>
- [4] *Rapport 2012 sur les droits des usagers « Réduire les inégalités d'accès à la santé... en renforçant la participation des usagers »*. Conférence nationale de santé, rapport adopté en assemblée plénière le 2 avril 2013. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 26 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_droits_usag_cns_2012_jol_vuav_220413.pdf
- [5] Morales Y. La fabrique du sport santé. Une cause sanitaire mobilisant le mouvement sportif associatif (1970-2012). In : Perrin C., Perrier C., Issanchou D. *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Grenoble : PUG, 2022.
- [6] *Instruction interministérielle no DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du Code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42071>
- [7] Bloy G., Moussard Philippon L., Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé publique*, 2016, vol. 1, n° HS : p. 153-161. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-153.html>
- [8] Perrin C. L'intervention en AP auprès des patients en affection de longue durée : entre professionnalité émergente et organisations innovantes in W. Gasparini et S. Knobé « Le sport-santé : sociologie d'une nouvelle catégorie de l'action publique », Strasbourg : PUS, 2021 : p. 101-122.
- [9] Cour des comptes. *La Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée*. [Rapport public thématique]. Paris : Cour des comptes, 2021 : 186 p.
- [10] Brier P. *L'Odyssée de l'Activité Physique Adaptée (APA) : Sociohistoire d'un concept polysémique (1972 à 2021)*. Paris : L'Harmattan, coll. Mouvement des savoirs, 2021 : 334 p.
- [11] Ministère des Solidarités et de la Santé et ministre des Sports. *Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*. Paris : JORF, 29 novembre 2018.

Programmes-passerelles en activité physique adaptée : faire face aux défis de la prescription

David Communal,

maître de conférences associé à mi-temps (MAST) F2SMH, département Activité physique adaptée (APA), chercheur associé au CreSco, Toulouse,

Marion Elissalde,

chargée de mission, référente régionale Nutrition, pôle Environnements, Promotion et Prévention en santé, direction de la Protection de la santé et de l'autonomie, agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine,

Yves Morales,

maître de conférences, HDR – F2SMH, directeur adjoint du CreSco (EA 7419), Toulouse.

L'ESSENTIEL

► **Les ateliers-passerelles sont destinés aux personnes qui ont besoin d'un accompagnement psycho-social renforcé. Ils apparaissent comme une réponse pertinente pour construire localement un tremplin d'accès à l'activité physique. Ils promeuvent l'activité physique comme facteur de bien-être tout en souscrivant aux nécessités médicales de sécuriser le parcours de soins ou de santé des patients.**

Des programmes d'activité physique adaptée (APA) se sont structurés et organisés sur l'ensemble du territoire national antérieurement à la dynamique Sport-Santé Bien-Être de 2012 [1]. Ces dispositifs encadrés par des enseignants en APA (titulaires d'une licence sciences et techniques des activités physiques et sportives – STAPS, APA) sont proposés pour un accompagnement et une prise en charge adaptés aux besoins, attentes et capacités des patients bénéficiaires. Suite à une évaluation initiale lors d'un entretien/bilan en activité physique adaptée (APA) selon une approche bio-psycho-sociale, l'enseignant en APA propose un projet d'activité physique construit avec la personne en adéquation avec son projet de vie et dans la perspective de développer sa capacitation [2].

Depuis la mise en place de la prescription en activité physique adaptée (APA), les institutions pilotes du Sport-Santé deviennent plus exigeantes dans le cadrage des programmes proposés et dans leur qualité. Ces derniers

sont parfois perçus sous une forme de confort douillet (*cocooning*) qui ne favorise pas assez l'accompagnement-tremplin sur une période réduite à quelques mois, où la personne deviendrait actrice de sa prise en charge afin d'adopter une vie active en bonne santé et de la maintenir au long terme.

Un des axes prévus dans la *Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024* [3] promeut l'activité physique adaptée (APA) à « des fins d'appui thérapeutique ». Il favorise le développement de programmes pour les personnes atteintes de maladies chroniques. L'orientation des patients vers ces programmes peut ainsi se faire directement par le médecin, mais elle peut aussi être favorisée par des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) incluant des séquences sur l'activité physique en accord avec le médecin traitant, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) [4]. Selon le guide à la prescription de la HAS diffusé en 2019, « Les programmes d'APA, ainsi définis, font appel, pour leur conception, leur organisation et leur supervision à des professionnels de l'APA ou à des professionnels de santé. Ils concernent des publics fragiles qui ne sont pas encore autonomes dans la gestion de leur pathologie et/ou qui sont très éloignés des pratiques physiques (*distance sociale*) » [4].

Exemple en Nouvelle Aquitaine

Cette orientation générale visant une plus grande prise en compte des usagers peut être illustrée par la dynamique du dispositif Prescription d'exercice physique pour la santé – Peps en Nouvelle-Aquitaine. Le médecin peut adapter sa prescription, selon un modèle proposé en fonction des besoins spécifiques de ses patients, vers des programmes d'activité physique adaptée (APA) sous la forme d'ateliers-passerelles. Ces programmes sont régis selon une charte qui formalise les conditions d'encadrement et d'accueil des publics avec un cahier des charges strict. Ces ateliers de trois à six mois sont généralement à privilégier pour des personnes qui nécessitent un reconditionnement physique, un accompagne-

ment psycho-social et le développement de la motivation. L'objectif est ainsi de favoriser l'adoption durable de comportements afin de pérenniser une pratique régulière d'activité physique à des fins de santé [5].

Un coordonnateur médiateur

Pour aider l'ensemble des acteurs (notamment le médecin et son patient), un coordonnateur territorial soutient le duo médecin-patient au fil du parcours d'activité physique, qui peut comporter un passage par une passerelle. Cette médiation, essentielle à la réussite du parcours, permet des réajustements au fil de l'accompagnement selon les besoins du patient et/ou la demande du médecin. Par ailleurs, un site Internet est accessible, présentant l'ensemble des ressources documentaires et une cartographie des structures-ressources intégrant les ateliers-passerelles en APA¹.

Un cahier des charges strict

Le cahier des charges imposé aux ateliers-passerelles en activité physique adaptée (APA) exige une démarche qualité à tous les niveaux du process. Ainsi, l'accueil d'une nouvelle personne doit systématiquement inclure un entretien/bilan en APA avec une évaluation de la condition physique de la personne et de sa motivation. Cette démarche d'évaluation est également exigée tous les trois mois y compris à la fin du programme avec transmission d'une synthèse au prescripteur et présentation des résultats à la personne pour une valorisation de l'investissement. Le programme passerelle se déroule au minimum deux fois par semaine. Le professionnel en APA doit également inciter les personnes accueillies (de 10 à 12 maximum) à pratiquer quotidiennement des activités physiques selon les recommandations sanitaires en cours et à limiter les comportements sédentaires. Enfin, le développement du réseau Sport-Santé autour de la passerelle doit permettre une orientation adaptée de la personne vers un cadre post-programme au plus proche du domicile de celle-ci afin d'assurer la continuité dans le parcours et de l'optimiser.

Les dispositifs sous forme d'ateliers-passe-relles en activité physique adaptée (APA) permettent d'aboutir à la mise en réseau de tous les acteurs. Ils favorisent surtout la mise en pratique régulière d'activité physique pour les personnes bénéficiant d'une prescription en APA du médecin. Ainsi, le médecin et son patient ne sont plus seuls dans le protocole de promotion de la santé qui peut d'ailleurs être initiée dès la prévention primaire pour tous les publics. Ainsi, il apparaît prioritaire de faciliter la mise en place de comportements pérennes en activité physique à des fins de santé et de limiter les comportements sédentaires dès le plus jeune âge afin de promouvoir une vie en bonne santé. ■

1. www.peps-na.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Brier P. *L'Odyssée de l'Activité Physique Adaptée (APA) : Sociohistoire d'un concept polysémique (1972 à 2021)*. Paris : L'Harmattan, coll. Mouvement des savoirs, 2021 : 334 p.
- [2] Barbin J.-M., Camy J., Communal D., Fodimbi M., Perrin C., Vergnault M. *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activité physique adaptée*. Paris : Société française des professionnels en activité physique adaptée, 2015 : 129 p. En ligne : <https://hal.science/hal-01217257/document>
- [3] *Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024. Améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie*. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, ministère des Sports. 44 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_strategie_nationale_sport_sante_2019-2024.pdf
- [4] *Consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes*. [Guide] Haute Autorité de santé (HAS), 2022 : 78 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
- [5] *Charte passerelle. Prescription d'exercice physique dans un objectif de santé (Peps)*. Nouvelle Aquitaine, 2022 : 4 p. En ligne : <https://referencement.peps-na.fr/pdf/passerelle.pdf>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

PROGRAMMES PASSERELLES : RENDRE LA PERSONNE AUTONOME DANS LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Comme le résume l'Agence régionale de santé (AS) Île-de-France, « *un programme passerelle est un programme de mise à l'activité physique, limité dans le temps, dont l'objectif est d'autonomiser les personnes pour leur permettre de s'engager en toute sécurité vers une pratique régulière et pérenne. Dans le cadre du dispositif Prescri'Forme, le programme passerelle peut être un élément du parcours de mise à l'activité physique d'un patient dont l'orientation directe vers un club certifié paraît inadaptée. L'orientation vers un club sportif ou vers une pratique autonome doit se faire à l'issue du programme passerelle.* »

Le programme doit intégrer : 1) Le travail sur la motivation : prendre en compte les freins et leviers du patient envers la pratique et impliquer le patient dans la construction du programme. 2) L'accompagnement au changement de mode de vie (nutrition, activité physique au quotidien et lutte contre la sédentarité). 3) L'utilisation d'outils adaptés aux spécificités du public (carnet de suivi du patient, autres...). 4) La dimension plaisir de l'activité physique dans la démarche. Objectifs : redonner goût à la pratique d'activité physique ; assurer une pratique en toute sécurité ; autonomiser le patient et favoriser une pratique régulière.

Les dispositifs passerelles de remise à l'APA, labélisés Prescri'Forme en Île-de-France, répondent à ce cahier des charges : le dispositif « Prescri'Forme » – L'Activité physique sur ordonnance en Île-de-France « vise spécifiquement, à l'aide d'une prescription médicale et d'un carnet de suivi, à accompagner et à soutenir les personnes souhaitant maintenir ou améliorer leur santé par une pratique sportive ou d'activité physique sécurisée et délivrée par des professionnels formés. » Ce cahier des charges définit les conditions de certification de programmes passerelles en Île-de-France.

Source : cahier des charges, certification Prescri'Forme de programmes passerelles, mars 2021, ARS Île-de-France.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/certification-de-programmes-passerelles-dans-le-dispositif-prescriforme-2019>

UN GROUPE DE TRAVAIL SUR LES VILLES ET TERRITOIRES SPORT SANTÉ SUR ORDONNANCE

En marge des premières Assises du sport santé sur ordonnance qui se sont déroulées en octobre 2015, la Ville de Strasbourg, sous l'égide du Réseau des Villes Santé de l'OMS, a créé un groupe de travail sur « Les villes et territoires sport santé sur ordonnance ». Les objectifs sont les suivants : 1) échanger sur les bonnes pratiques, leviers, freins pour mettre en place ce type de dispositif ; 2) partager les modalités de suivi, d'évaluation et leurs résultats ; 3) accompagner les élus et les collectivités souhaitant mettre en place sur leur territoire ce type d'action. Le groupe a un rôle de plaidoyer pour le développement de l'activité physique adaptée au sein des territoires, les collectivités ayant un rôle majeur en la matière soit en portant des actions de type « sport santé » ou en soutenant les initiatives territoriales. À titre d'exemples, ce réseau a facilité la mise en œuvre locale de la loi de santé permettant aux médecins de prescrire pour leurs patients une activité physique adaptée (2016) ou accompagne le développement des Maisons Sport Santé depuis 2019. Ce groupe réunit près de 100 collectivités et est ouvert – au-delà des Villes-Santé de l'OMS – à toutes les collectivités ; il organise les Assises du sport santé tous les deux ans ; il est coordonné par le Dr Alexandre Feltz, adjoint à la Maire de Strasbourg en charge de la santé et Président du Groupement d'intérêt public « Maison Sport Santé de Strasbourg ». Le Dr Feltz souligne que « *la pérennisation des dispositifs et l'équité territoriale imposent que des crédits assurance maladie via l'ONDAM soient enfin alloués par l'Etat au sport santé. Cette thérapie non médicamenteuse efficace et validée mérite cet investissement maintes fois demandé par notre groupe de travail.* »

François Jouan, directeur,
GIP Maison Sport-Santé de Strasbourg

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations

Identifier les freins et les leviers pour optimiser l'activité physique adaptée

Olivier Riquier,

doctorant, université de Lorraine, APEMAC, équipe MICS,
chef de projet sport-santé au comité départemental olympique et sportif
de Seine-Saint-Denis,

Aurélien Van Hoye,

Marie-Curie Research Fellow, université de Limerick, Irlande,

Anne Vuillemin,

professeur des universités, université Côte d'Azur, LAMHESS.

A l'heure où les bénéfices de l'activité physique pour la santé sont bien établis [1], où la pratique est promue pour le plus grand nombre et notamment pour les malades chroniques, comment les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) assurent-ils une prise en charge de qualité ? Quels sont les principaux freins dans leur démarche ? Grâce à l'expérience partagée des acteurs de terrain et à leur volonté de participer à la qualité de la mise en œuvre des dispositifs-passerelles de remise à l'APA, des leviers sur lesquels s'appuyer ont pu être identifiés et des freins sur lesquels travailler pour optimiser les interventions.

L'étude présentée dans cet article a consisté – de novembre 2020 à novembre 2021 – à interroger des enseignants en activité physique adaptée (EAPA) et/ou coordonnateurs de huit programmes dits « passerelles » d'Île-de-France et labélisés Prescri'Forme selon le cahier des charges établi par l'agence régionale de santé [2]. Cette étude a été réalisée via une analyse thématique de questionnaires et de huit heures d'entretiens approfondis retranscrits. La méthode de recherche utilisée est celle de la capitalisation des expériences en promotion de la santé. Fondée sur la pratique et portant sur la manière dont les interventions fonctionnent dans la vie réelle [3], elle consiste à utiliser l'expérience des acteurs de terrain pour formaliser ces connaissances et les rendre partageables [4]. En voici les principales conclusions.

Leviers favorables : critères de qualité

Les principaux leviers favorables sont la formation, l'encadrement, les qualités humaines et la capacité à gérer les programmes.

La formation activité physique adaptée (APA)

Le socle de la qualité des interventions en APA est la compétence des intervenants, qui repose sur une solide formation, licence ou master sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) APA [5]. Témoignage de N., coordinatrice : « avoir des éducateurs, formés, compétents et ayant envie d'intervenir [...]. C'est pour ça qu'on a fait le choix en salariat de prendre un master APA ».

L'encadrement

Les professionnels déploient sur le terrain des méthodes favorables à l'adhésion des patients ; ils s'appliquent à assurer du plaisir dans la pratique grâce à l'adaptation et à la sécurisation des activités, ainsi qu'à leur variété [6]. M., éducateur en activité physique adaptée (EAPA), le souligne en ces termes : « Quand ils arrivent, ils savent qu'ils sont en sécurité [...] Déjà nos séances sont très variées, à l'intérieur de chaque séance et entre différentes séances du programme. Ils voient de tout pendant la séance. »

Les progrès des patients sont mis en avant par les encadrants qui les aident aussi à identifier le bien-être généré par l'activité physique. C'est alors une véritable démarche d'éducation portée par les encadrants. La modalité d'intervention est ainsi résumée par R., éducateur en activité physique adaptée (EAPA) : « On leur demande : "Vous êtes à mi-parcours, est-ce que vous sentez qu'il y a des choses qui se sont améliorées ?" »

Des qualités humaines

Des qualités comme l'écoute, l'empathie ou l'adaptation sont développées dans la formation STAPS APA [5] et jouent un rôle important dans l'aspect relationnel et social, dans la qualité de la relation avec les encadrants comme dans les relations entre les patients, véritables moteurs dans la pratique [7]. Témoignage de I., éducateur en activité physique adaptée (EAPA) : « Je trouve ça important qu'ils se sentent suivis, qu'ils sentent qu'ils sont accompagnés, qu'on s'intéresse à eux. ».

L'ESSENTIEL

■
 ► Une équipe de chercheurs a mené des entretiens avec des professionnels de l'activité physique adaptée (APA) de huit dispositifs-passerelles de remise à l'APA, labélisés Prescri'Forme en Île-de-France. Les chercheurs leur ont demandé d'évaluer les critères de qualité de la prise en charge des patients, les forces et faiblesses et comment remédier à ces dernières.

L., un autre éducateur-coordonnateur : « Rapidement, ça devient "j'aime bien et j'y reste et je continuerai, pas parce que j'ai amélioré ma santé, parce que j'ai rencontré du monde". »

La capacité à gérer les programmes

Les compétences de gestion de projet, d'organisation et de communication de tous les acteurs de programmes aident à leur bon déroulement. F., éducateur en activité physique adaptée (EAPA), le résume ainsi : « il faut quand même être assez dynamique pour gérer tous les projets, être sur tous les fronts, tout ce qu'on nous demande de faire [...] d'être force de proposition aussi pour justement faire avancer la structure, parce qu'on est sur un moment où il faut développer, [...] c'est être capable de s'adapter. »

Freins et axes d'amélioration

Les freins sont administratifs, financiers, politiques, territoriaux, culturels et en outre la difficulté de communiquer entre éducateurs sportifs et médecins, donc entre sport et santé.

Des freins administratifs

M., enseignant en activité physique adaptée (EAPA) : « Il peut y avoir des freins hiérarchiques [...] par exemple quand je vais devoir me rendre au Rugby Club, je vais devoir rédiger un ordre de mission qui va mettre un mois à être signé, donc je ne peux pas prévoir des choses très rapidement. »

Des freins financiers

De meilleurs moyens financiers permettraient aux centres de programmes-passerelles d'assurer la prise en charge avec plus de moyens humains et matériels. Comme le restitue L., éducateur-coordonateur : « Le manque de moyens » ; « c'est très difficile. Il y a un manque de personnel » ; « et je ne parle même pas de finances, parce que je me dis qu'un jour on aura plus de finances, mais d'ici là il faut continuer dans ces conditions. »

Des freins politiques et territoriaux

La difficulté de travailler avec les communes, collectivités territoriales et services de l'État et leur manque de soutien sont aussi mis en avant par les acteurs de terrain. S., coordinatrice, énonce les difficultés rencontrées : « Les politiques locales [...] C'est parfois

compliqué de jongler entre le service de la santé et le service des sports ». Constat amer de M., éducateur en activité physique adaptée (EAPA) : « C'est vrai, que ce soit la délégation départementale du ministère des Sports, direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ou même l'agence régionale de santé (ARS) et caetera [...], on n'est absolument pas soutenus, en tout cas, pas comme cela est écrit sur le papier. »

Des freins dans la collaboration avec le secteur médical

Enfin, le travail collaboratif avec le monde médical se heurte à des difficultés de communication et d'attribution des rôles et des missions de chacun. S., coordinatrice : « Il y a des médecins qui ne comprennent pas forcément le sport santé. » N., coordinatrice :

« Il y a un gros travail à faire d'information et de communication vers les professionnels de santé, en particulier préciser et délimiter les rôles de chacun. »

Conclusion

Les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) s'appuient sur des critères multiples, précis et solides pour assurer la qualité de la prise en charge des patients. Autant d'éléments en faveur de l'engagement des patients dans un mode de vie actif et donc bénéfique pour leur santé. Les difficultés sont souvent rencontrées en dehors du champ de l'encadrement à proprement parler. Afin de les surmonter, il semble nécessaire de continuer un travail de communication et de collaboration de l'ensemble des acteurs du domaine. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Warburton D. E. R., Nicol C. W., Bredin S. S. D. Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, vol. 174, n° 6 : p. 801-809. En ligne : <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>.
- [2] Certification de programmes passerelles dans le dispositif Prescri'Forme. Agence régionale de santé Île-de-France, mai 2019. En ligne : <http://www.ilede-france.ars.sante.fr/certification-de-programmes-passerelles-dans-le-dispositif-prescriforme-2019>.
- [3] Hohmann A. A., Shear M. K. Community-based intervention research: Coping with the "noise" of real life in study design. *American Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 159, n° 2 : p. 201-207. En ligne : <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.201>.
- [4] Laurent A., Ferron C., Georgelin B., Lombrail P., Soulier B. *La Capitalisation des expériences en promotion de la santé. Histoire et fondement du projet Caps*. Paris : Société française de santé publique et Fédération nationale de promotion et d'éducation de la santé, 2022 : 32 p. En ligne : <http://capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/03/Guide-conceptuel-CAPS-VDEF.pdf>.
- [5] Barbin J.-M., Camy J., Communal D., Perrin C., Fodimibi M., Vergnault M. *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activité physique adaptée*. Paris : Société française des professionnels en activité adaptée, 2015 : 129 p. En ligne : <https://hal.science/hal-01217257/document>
- [6] Morgan F., Battersby A., Weightman A. L., Searchfield L., Turley R., Morgan H. et al. Adherence to exercise referral schemes by participants. What do providers and commissioners need to know? A systematic review of barriers and facilitators. *BMC Public Health*, 2016, vol. 16, n° 1 : art. 227. En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2882-7>.
- [7] Wormald H., Ingle L. GP exercise referral schemes: Improving the patient's experience. *Health Education Journal*, 2004, vol. 63, n° 4 : p. 362-373. En ligne : <https://doi.org/10.1177/001789690406300407>.

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

LES MODALITÉS D'UN PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

La Haute autorité de santé (HAS) récapitule ainsi les modalités d'un programme d'activité physique adaptée (APA) : « L'APA est prescrite sous forme d'un programme » lequel « se compose de 2 à 3 séances d'AP par semaine, sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable. Chaque séance d'APA dure entre 45 minutes à 60 minutes et associe des AP d'endurance aérobie et de renforcement musculaire. Chaque séance débute par une phase d'échauffement et se termine par une

phase de récupération. Il doit y avoir au moins un jour de repos entre les séances. Selon la pathologie ou l'état de santé ciblé, d'autres types d'exercices peuvent être associés : exercices d'équilibre, de coordination, d'assouplissement ou respiratoires (...). Ce programme de 3 mois est renouvelable, selon la situation clinique du patient et son évolution, et en fonction de sa capacité à poursuivre par des AP ordinaires. L'APA est une thérapie individualisée. Elle est

adaptée aux capacités, besoins et envies du patient, et supervisée par un professionnel de l'APA. Elle doit être associée à un accompagnement vers un changement de mode de vie de la personne avec une majoration de l'AP quotidienne et une diminution du temps passé à des activités sédentaires. » Source : La prescription d'activité physique adaptée (APA), HAS, juillet 2022 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_prescription_apa_vf.pdf

Paroles de médecins prescripteurs du dispositif « En forme sur ordonnance », à Villeurbanne

Emmanuel Dizin,
coordinateur En forme à Villeurbanne/maison
Sport-Santé, doctorant L-VIS,
Damien Issanchou,
maître de conférences, L-VIS,
Claire Perrin,
professeure des universités, sociologue de l'activité
physique adaptée, L-VIS,
université Claude-Bernard, Lyon 1.

La loi Santé de 2016 fait de la consultation médicale le lieu stratégique d'intégration d'une activité physique (AP) dans le parcours de soins des malades chroniques, alors même que le seul conseil oral en AP y trouvait déjà difficilement une place [1]. À l'usage, la prescription de l'activité physique par les médecins traitants ne semble toujours pas aller de soi. Des entretiens avec 10 médecins partenaires du dispositif local de prescription d'activité physique de la ville de Villeurbanne¹ (voir encadré) ont été réalisés en 2020 dans le cadre d'une évaluation par le laboratoire L-VIS de l'université Lyon 1, sur commande de la ville [2, 3]. Ils rendent

compte des difficultés rencontrées par les médecins ainsi que des stratégies mobilisées pour y faire face.

Les médecins interrogés sont tous très convaincus des effets positifs de la pratique d'une activité physique (AP) régulière pour leurs patients vivant avec une maladie chronique, non seulement sur leur état de santé, mais aussi sur leur qualité de vie. Certains mentionnent qu'ils ont toujours considéré l'AP comme un facteur de santé important. Témoignage de l'un d'eux : « Bah de toute façon, quand on voyait les gens qui ne bougeaient pas..., on n'a pas attendu la loi de 2016 ». Les médecins constatent la difficulté pour leurs patients de s'engager dans une pratique physique régulière, parce que la sédentarité est renforcée par leurs déficiences et par leurs incapacités, et parce que l'environnement sportif traditionnel n'est pas perçu par ces derniers comme accueillant, ni adapté à leurs besoins. Ainsi, le dispositif « En forme sur ordonnance – Efs0 » leur apparaît absolument nécessaire afin d'accompagner des personnes qui ne disposent pas des ressources bio-psycho-

L'ESSENTIEL

À Villeurbanne, le programme d'incitation à l'activité physique favorise l'engagement des patients atteints de maladies chroniques dans une activité physique adaptée. Une équipe de chercheurs a recueilli le ressenti de médecins généralistes, prescripteurs d'activité physique adaptée, engagés dans ce programme.

sociales pour s'engager spontanément dans une pratique physique régulière. Un praticien explique : « Le système sur ordonnance peut sensibiliser certaines personnes, aider les gens qui n'ont pas beaucoup de moyens. » Les médecins évoquent les retours positifs de leurs patients devenus usagers du dispositif : « Sur le plan du moral, le bénéfice ne fait aucun doute. Et c'est quelque chose d'important quand même, parce que la maladie chronique, c'est aussi tout ce qui va à côté... en fait la maladie bouleverse la vie, mais pas de manière positive et si le patient arrive à profiter au mieux de sa vie avec ses capacités actuelles, au moment où il est pris en charge, c'est non négligeable. »

L'activité physique est présentée comme un outil de revalorisation d'une image de soi abîmée par la maladie. Elle permet de remobiliser le patient dans son parcours de soins et de l'aider à prendre soin de lui. En revanche, alors que la possibilité est donnée dans le dispositif, les médecins n'adressent pas directement leurs patients aux clubs, associations et intervenants libéraux dont les coordonnées figurent dans l'annuaire qui leur a été adressé par la ville. Ils se sentent davantage en confiance de les orienter vers le dispositif de la ville où ils sont accueillis par un personnel qualifié en activité physique adaptée², avec lequel ils ont la possibilité d'échanger des informations sur l'évolution du patient en AP.

UN PROGRAMME GLOBAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ PAR LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

« En forme sur ordonnance – Efs0 » est un dispositif de prescription d'activité physique adaptée lancé, en janvier 2018, par la ville de Villeurbanne à destination des citoyen-ne-s en affection de longue durée (ALD) et éloigné-e-s des pratiques physiques. Il a été co-construit par une enseignante en activité physique adaptée et santé (EAPAS) embauchée par la ville, des représentants de la direction du Sport et de la direction de la Santé publique, et des médecins villeurbannais. Ce dispositif vise l'accompagnement des usagers dans la reprise d'une activité physique régulière et pérenne, suite à la prescription et à l'orientation du médecin généraliste.

Le programme s'ancre dans une dynamique historique locale de promotion de la santé par les activités physiques et sportives, avec des actions transversales auprès de publics variés : enfants en surpoids ou en obésité, personnes âgées, personnes en ALD, personnes éloignées de la pratique sportive, agents de la mairie ; et dans des contextes diversifiés : école, domicile, service de la ville, quartiers prioritaires de la politique de la ville, travail. Les actions sont regroupées au sein d'un seul programme global intitulé « En forme à Villeurbanne », reconnu maison Sport-Santé depuis 2019.

Pour autant, les conditions d'exercice de la médecine générale en cabinet de ville rendent cette prescription difficile. Dans le temps contraint de la consultation, priorité est donnée à l'objet premier : le suivi de l'évolution des symptômes et le renouvellement de l'ordonnance ou son adaptation. Il n'est pas toujours logique d'associer la question de l'activité physique aux échanges générés par ce cœur de consultation. Quand elle est abordée, les échanges tendent à rester assez superficiels. Les médecins évoquent également la charge de travail administratif, la participation au dispositif de prescription d'activité physique de la ville devenant une tâche surnuméraire. Comme le résume l'un d'eux : « *Dans nos activités, il faut comprendre que « En forme sur ordonnance », c'est parallèle [...] Pour nous, c'est un plus, et il faut quand même être très motivé pour aller à une réunion sport et santé à 19 heures après toute ta journée de boulot* ».

Engager le patient dans la pratique

La surcharge des médecins constitue également un frein à la communication avec l'enseignante en activité physique adaptée et santé (EAPAS) au sujet du suivi des usagers dans le dispositif. Les médecins confient ainsi s'en tenir aux retours oraux faits par leurs patients. Lorsqu'elle est réalisée, la prescription de l'activité physique est souvent pensée sur plusieurs consultations, dans la mesure où un travail de négociation semble nécessaire pour engager des patients éloignés de la pratique physique. Témoignage d'un praticien : « *Moi, je lui repropose. Là, j'ai une patiente que j'essaie d'intégrer au dispositif depuis neuf mois. Heu, ça fait neuf mois qu'elle refuse.* » Ils soulignent l'importance que la prescription arrive au bon moment relativement à la situation vécue par le patient. Un autre médecin explique comment il se positionne : « *Quelqu'un qui se dit : "maintenant, je n'ai pas envie de prendre trop de médicaments", je lui propose : "mais alors, vous avez que deux solutions... on va améliorer l'alimentation, et vous allez faire énormément d'activité physique pour contrôler votre diabète"* ».

Par ailleurs, les médecins ont tendance à orienter le patient en anticipant sur ses capacités à adhérer au dispositif. Et la non-adhésion du patient est un obstacle de taille : « *Je n'ai pas envie de faire une ordonnance inutile, c'est le problème, je pense que le patient doit être vraiment moteur ; enfin, c'est à lui d'avoir le déclic, faire la démarche.* » Ainsi un patient pour lequel un risque de refus est évalué par le médecin comme étant trop

élevé n'était généralement pas orienté vers le dispositif villeurbannais alors même qu'il en aurait eu besoin. Le dispositif courrait alors le risque de renforcer les inégalités de santé en écartant ceux qui ne disposent pas des ressources individuelles, ni de l'autonomie suffisante, pour aller vers le service de la ville suite à la prescription ; or ce sont les plus éloignés de l'activité physique comme des pratiques de santé. La collaboration des acteurs du dispositif avec les chercheurs du L-ViS a permis de mettre en lumière cette pratique inconsciente des médecins et de l'infléchir.

Le travail collectif, clé de la réussite

Les médecins dont l'activité de prescription est la plus importante soulignent l'importance de la forme de leur exercice en association. La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est ainsi présentée comme une forme d'exercice idéale. La collaboration avec des infirmières du dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalée) est fréquemment citée comme un soutien précieux dans l'accompagnement des malades chroniques [4], les temps d'éducation thérapeutique du patient offrant des opportunités d'aborder l'activité physique (AP) dans le cadre d'un bilan partagé qui implique le patient. L'AP trouve alors sa place au sein du parcours de soins et de santé dans le cadre d'un accompagnement global coordonné d'un projet personnalisé du patient. La prescription réalisée a, dans ce contexte, davantage de chances d'aboutir à un engagement effectif dans une activité physique régulière [5].

Pour conclure, le rapport souligne l'importance pour le médecin de pouvoir orienter ses patients vers un dispositif d'accompagnement contrôlé par une instance publique. Il pointe la difficulté d'intégrer une prescription efficace dans le cadre de la consultation en cabinet. Les professionnels paramédicaux formés à l'éducation thérapeutique et à la promotion de la santé soutiennent la prescription du médecin, notamment pour les patients les moins autonomes, ils disposent de davantage de temps pour accompagner le patient ; cet accompagnement s'avère particulièrement précieux pour soutenir la démarche du patient « d'aller vers » l'enseignante en APA. Cette dernière peut alors l'accueillir, non plus en tant que patient mais que citoyen vivant avec une maladie chronique qui demande à s'inscrire dans le dispositif avec la prescription de son médecin. L'enseignante en APA va créer les conditions pour co-construire avec lui un projet personnalisé et partagé avec des

pairs. Au fur et à mesure du développement de ses pouvoirs de ressentir et d'agir [3], un projet de poursuite au-delà du dispositif peut s'élaborer au sein des clubs de la ville dans le cadre de la Maison Sport Santé.

L'exercice coordonné intègre ainsi le dispositif local par le biais de l'enseignante en APA : cette dernière met en place une passerelle sécurisée entre les mondes de la santé et du sport visant le développement de l'autonomie au travers d'un projet pérenne de pratique physique régulière [5]. ■

1. Extraites du rapport d'évaluation (Perrin et al., 2020).
2. Titulaire d'un master Staps ou d'une Licence Staps mention activité physique adaptée et santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bloy G., Moussard-Philippon L., Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : Des évidences aux contingences de la consultation. *Santé publique*, 2016, S1 (H.-S.) : p. 153-161.
- [2] Perrin C., Dizin E., Issanchou D., Martinet G., Ratnane M. *Rapport d'évaluation du dispositif villeurbannais : En forme sur ordonnance. Une approche sociologique pour une évaluation réaliste.* [Évaluation]. Université Claude-Bernard, Lyon 1, 2020 : p. 110.
- [3] Perrin C., Perrier C. Le gouvernement des corps au point de rencontre du monde du sport et du monde de la santé, in : Perrin C., Perrier C., Issanchou D. (dir). *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine.* Fontaine : PUG-UGA, collection Sports, Cultures, Sociétés, 2022 : p. 17-32.
- [4] Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : Un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*, 2018, vol. 232, n° 8.
- [5] Perrin C. Exercice du patient ou mouvement de la personne malade ? L'introduction de l'APA dans le secteur médical confrontée à la valeur d'autonomie. In : B. Andrieu (Éd.), *Éthique du sport.* Langres : Éditions L'Âge d'homme, 2013 : p. 328-339.

Trois patients en affection longue durée reprenant l'activité physique adaptée témoignent

Olivier Riquier,
doctorant, université de Lorraine, Apemac, équipe MICS,
chef de projet sport-santé au comité départemental
olympique et sportif de Seine-Saint-Denis,
Aurélien Van Hove,
Marie-Curie Research Fellow, université de Limerick,
Irlande,
Anne Vuillemin,
professeur des universités, université Côte d'Azur,
Lamhess.

La Stratégie nationale Sport Santé Bien-Être [1] promeut les activités physiques et sportives comme facteur de santé. Dans ce contexte, il est recommandé aux malades chroniques de pratiquer une activité physique adaptée (APA), que ce soit en prévention primaire et secondaire [2] ou même tertiaire [3]. Cette promotion est aujourd'hui déclinée en régions. En Île-de-France, où prend place l'étude qui suit, c'est à travers le dispositif Prescri'Forme [4] que les patients sont accompagnés dans la reprise d'activité physique (AP). Cependant, se (re)mettre à l'AP, aussi adaptée soit elle, n'est pas une démarche aisée lorsqu'on est éloigné de la pratique et avec une santé fragilisée. Comment cette reprise d'activité est-elle vécue par les pratiquants ?

L'étude de suivi¹ présentée ici a été réalisée auprès de 80 patients en affection de longue durée reprenant l'activité physique adaptée (APA) dans deux programmes différents, l'un hospitalier, l'autre associatif. Leurs témoignages ont été recueillis en début et fin de programme pour nous renseigner sur les points suivants : les conditions dans lesquelles les patients ont repris l'APA ; les éléments ayant influencé leur adhésion au programme et leur maintien dans ce programme ; et les apports de l'activité physique adaptée. En raison de leurs profils, de leurs expériences et de leurs points de vue variés, les témoignages de trois participants sont plus particulièrement mis en avant :

- Éliane, 72 ans, atteinte de difficultés respiratoires et en dépression ;
- Antoine, 56 ans atteint de sarcoïdose (maladie rare des poumons) ;

- Virginie, 54 ans en rémission après deux cancers avec complications, obèse, traitée pour dépression et douleurs chroniques.

Motivations pour la reprise d'activité physique

Pour Éliane, l'origine de sa démarche semble être une véritable prise de conscience des enjeux concernant sa santé : « Parce que moi, je ne suis pas du tout sportive et j'ai des difficultés pour respirer maintenant quand je marche. [...] Ce que j'aimerais bien, mais ça c'est dur, c'est perdre du poids, parce que j'ai l'apnée du sommeil, donc je suis apparue. [...] Il faut vraiment, là j'y vais, c'est vraiment parce que ma santé en dépend ». Son entrée dans la pratique a été influencée par son mari avec qui elle est inscrite et qui avait découvert le programme grâce à une association de diabétiques dans laquelle il pratiquait des activités physiques adaptées (APA). L'information lui était aussi parvenue grâce à des dépliants qu'elle a consultés à la maison des Seniors de sa ville. Elle a ensuite demandé à son médecin une prescription afin de participer au programme de remise à l'activité physique.

De son côté, Antoine a été envoyé par son médecin. « On m'a diagnostiqué une sarcoïdose il y a trois ans, quatre ans. Je suis suivi depuis un an et demi, deux ans à raison d'une fois tous les six mois [...] ma capacité respiratoire n'augmentant pas, du coup le pneumologue qui me suit m'a envoyé vers ce type de programme ». Il énonce des motivations en lien avec sa santé et sa qualité de vie : « Je n'ai pas dans l'idée de faire le marathon la semaine prochaine [...], mais juste récupérer un peu de capacité respiratoire, histoire de ne pas être gêné. [...] C'est typiquement récupérer quelque chose qui me permette, alors pas de vivre normalement parce que je vis normalement, mais voilà, de pas être gêné comme ça par le manque d'oxygène dès que je fais un effort très légèrement soutenu ».

Virginie, malgré un lourd passif et une santé fragilisée, affiche une grande détermination pour agir sur sa santé et un mieux-être au

L'ESSENTIEL

■ **Lorsqu'on est éloigné de l'activité physique et avec une santé fragilisée, se (re)mettre à la pratique, aussi adaptée soit-elle, n'est pas une démarche aisée. Comment cette reprise d'activité est-elle vécue par les pratiquants ? Témoignages sur les conditions dans lesquelles trois patients ont repris l'activité physique adaptée (APA), les éléments ayant favorisé leur adhésion et leur maintien dans l'APA. Il en ressort entre autres que la variété des profils pris en charge en activité physique adaptée exige un encadrement au plus près des problématiques individuelles, sans mettre de côté l'aspect social, moteur de la pratique.**

quotidien. Après différentes tentatives de reprise de l'activité physique, elle a identifié son besoin d'un encadrement spécifique : « Alors c'est simple, c'est parce que j'ai eu deux cancers. [...] je suis restée pendant trois mois entre la vie et la mort [...]. J'ai essayé de reprendre du sport à droite à gauche, mais à chaque fois, c'était pas adapté. Ça fait maintenant presque trois ans que je me suis dit "allez, il faut que je me prenne en charge", donc en plus du centre antidouleur, je fais une cure thermale une fois par an, trois semaines, qui traite justement toutes les douleurs et qui nous aide à reprendre un peu le sport. Je l'ai faite cet été et ça m'a vraiment, là, motivée. Donc, j'essaie de continuer, je marche, je fais pas grand-chose, je marche, j'essaie d'aller à la piscine quand je peux. [...] Je suis dans un cercle vicieux. Plus j'ai mal, moins je bouge et moins je bouge, plus j'ai mal. C'est, enfin, je ne m'en sors pas, je n'arrive pas à m'en sortir toute seule. Mais en plus, je dois absolument subir une opération, là, vers mars-avril, mais pour ça il faudrait vraiment que j'arrive à perdre au moins dix

kilos. » Le programme de reprise d'activité physique lui a été proposé par un médecin du centre anti-douleur.

Éléments de maintien ou d'abandon

Des éléments ayant influé sur le maintien de l'activité physique adaptée ou sur son abandon ont été évoqués. En premier lieu : la qualité de l'encadrement, le support, l'ambiance [5] qui sont des éléments connus favorables à l'adhésion des patients.

Pour Eliane :

« L'aquagym, super. Même on serait bien restés davantage. [...] les animateurs sont très bien [...] , là, j'y suis allée avec plaisir. Et puis, l'ambiance est très agréable ».

Pour Antoine :

« Tout le professionnalisme et tout ce qu'ils ont pu mettre en place et la gentillesse dont ils ont fait preuve. [...] Qu'est-ce que j'ai préféré ? Le suivi, je dirais, d'un aspect général, et puis le côté très sympa des animateurs ».

Pour Virginie :

« J'ai trouvé effectivement qu'il y avait une ambiance formidable, qu'on était très bien traités. Je suis très contente par rapport à tout ça. [...] ça fait vraiment du bien, on ne se sent plus abandonné. J'étais bien encadrée avec les médecins et puis les personnes qui nous font faire l'activité physique. Donc le fait qu'ils soient vraiment en coordination, et puis leurs infirmières aussi, je trouve ça formidable. C'est vraiment ce que j'attendais. »

Cependant, sans pour autant entamer leur motivation à continuer, des réserves ont été émises par rapport aux activités.

Éliane aurait même souhaité faire de la marche en plus de l'aquagym, mais elle ne s'en est pas sentie capable. « Bon, marcher, il vaut mieux que je le fasse à mon rythme, je pense ».

Pour Virginie, les activités doivent être particulièrement individualisées : « Moi, les objectifs effectivement, ça serait déjà d'avoir des activités qui me soient vraiment adaptées [...] Et alors, je trouve que c'est pas tout à fait le cas ici ». Un sentiment pouvant être renforcé par une blessure en fin de programme : « J'ai fait un claquage, donc je ne peux pas reprendre le sport dès maintenant, je ne suis pas très contente, surtout je suis déçue parce que j'étais repartie pour faire du sport, pour continuer, donc là ça m'a arrêté dans ma dynamique, c'est vraiment bête ».

Antoine, quant à lui, déplore le fait de ne pas avoir atteint les objectifs liés à sa pathologie : « Ça ne m'a rien apporté pour ce que je cherchais. [...] Le but était de retrouver

un peu de capacité respiratoire, mais je ne me faisais pas d'illusions et effectivement ça de l'a pas fait, je n'ai pas gagné du tout en capacité respiratoire ». Cela l'a incité à ne pas poursuivre la pratique à l'issue du programme. Un comportement possiblement renforcé par le contexte médical dans lequel il se situe : « Je suis suivi par un pneumologue à l'hôpital tous les six mois. Elle m'a proposé ça, on a échangé et elle m'a dit : "Ben écoutez, faites-le, de toute façon, si ça ne vous fait pas de bien, ça vous fera pas de mal." Donc voilà, c'était plutôt dans cet esprit-là, mais je voyais pas un gros espoir dans le truc, voilà ».

Apports identifiés par les patients

Pour Antoine qui n'a pas prévu de continuer à pratiquer une activité physique, la prise en charge en activité physique adaptée (APA) a eu des apports limités, mais elle a permis l'identification et la verbalisation précise des freins qu'il a rencontrés : au frein principal de l'absence d'amélioration vis-à-vis de sa pathologie s'ajoutent des contraintes personnelles : « C'est un investissement en temps pour moi, c'est-à-dire que professionnellement, le travail que je ne pouvais pas faire le matin pendant que je pédalais, je le faisais le soir à la maison ». S'ajoute à cela selon lui un manque de motivation intrinsèque « J'avais fait du vélo pendant longtemps à une époque et ne voyant pas d'amélioration, j'ai arrêté [...] et puis ben oui, la fainéantise. Maintenant, il faut être honnête ».

Pour Éliane et pour Virginie, qui veulent prolonger la pratique d'activité physique adaptée (APA), les apports sont multiples. Prise de conscience renforcée des bienfaits de la pratique. Virginie : « J'ai appris certains mouvements, que l'on pouvait faire des abdos d'une autre façon [...] Pour les bras aussi, je n'osais plus les bouger, désormais j'ose davantage, j'avais tellement mal depuis presque huit mois à mon bras gauche que j'avais peur de l'abîmer encore plus en ne faisant pas un bon mouvement. Alors vous voyez, ça, c'est chouette » (Virginie).

En outre les deux femmes se projettent sur des activités non envisagées jusqu'à présent, au stade du désir ou de la réalisation. Virginie : « Un truc qui me plairait bien, mais je n'en ai pas trouvé pour le moment proche de chez moi, cela serait de faire du basket santé ». Elles ont aussi développé leur pratique en autonomie, parfois même pour compenser les séances manquées : « Le jour où je n'ai pas pu y aller, j'ai fait de la marche toute seule » (Éliane).

Conclusion

La variété des profils pris en charge en activité physique adaptée (APA) exige un encadrement au plus près des problématiques individuelles et ceci sans pour autant mettre de côté l'aspect social, moteur de la pratique [5]. Cette notion d'individualisation soulève forcément la question des moyens et de leur pérennité dans l'accompagnement et le déploiement de l'APA. ■

1. Étude comparative observationnelle en méthodes mixtes débutée en octobre 2021 et toujours en cours. À travers l'expérience de patients adultes en affection de longue durée et éloignés de la pratique d'activité physique, les objectifs sont l'identification et l'analyse des freins et des bras de leviers à la pérennité de la pratique à la suite des programmes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Circulaire relative à la mise en oeuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et à développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, 2012. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=36363>.
- [2] Warburton D. E. R., Nicol C. W., Bredin S. S. D. Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, vol. 174, n° 6 : p. 801-809. En ligne : <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>.
- [3] Duclos M. What benefit of physical activity in tertiary prevention? *La Revue du Praticien*, 2020, vol. 70, n° 3 : p. 273-278. En ligne : <https://hal.science/hal-02957798/>
- [4] Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IdF). *Certification de programmes passerelles dans le dispositif Prescri'Forme*. Paris : ARS IdF, mai 2019. En ligne : <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/certification-de-programmes-passerelles-dans-le-dispositif-prescriforme-2019>.
- [5] Morgan F., Battersby A., Weightman A. L., Searchfield L., Turley R., Morgan H. et al. Adherence to exercise referral schemes by participants. What do providers and commissioners need to know? A systematic review of barriers and facilitators. *BMC Public Health*, 2016, vol. 16, n° 1. En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2882-7>.

Point de vue d'un patient expert, diabétique : « Ce sont les malades qui se remettent en mouvement avec notre accompagnement »

Entretien avec Michel Chapeaud,
patient partenaire et président de la plateforme
Éducation thérapeutique du patient
en Nouvelle-Aquitaine (Ethna).

L'ESSENTIEL

► Diabétique et patient expert, Michel Chapeaud souligne que l'engagement auprès des pairs est une forme de thérapie de la maladie chronique. Au cours des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) auprès des diabétiques, il n'est pas là pour copiloter les changements de comportement de la personne, mais dit-il, « ce sont les malades qui se remettent en mouvement avec notre accompagnement ». Il constate un tournant depuis dix ans : l'activité physique adaptée (APA) est enfin reconnue comme l'un des trois leviers bénéfiques pour le patient diabétique, avec la diététique et la thérapeutique qu'il définit comme la prise en charge par des médicaments et des outils digitaux à visée médicale. Cependant, l'APA n'est pas systématiquement remboursée par la Sécurité sociale. Et selon ce patient expert, les médecins demeurent peu sensibles à l'éducation thérapeutique du patient et à sa composante activité physique. Enfin, il souligne la perte de chances pour les patients diabétiques : l'ETP et la pratique de l'APA arrivent souvent trop tard dans leur parcours thérapeutique.

La Santé en action : **Qu'est-ce qui vous a incité à accompagner des diabétiques comme vous ?**

Michel Chapeaud : Je ne suis pas tout de suite devenu patient partenaire après mon diagnostic de diabète. Je me suis d'abord engagé dans une association qu'un ami médecin généraliste, père d'un enfant psychotique, avait créée. Il avait besoin de quelqu'un pour en assurer la gestion. Là, j'ai découvert les questions d'*empowerment* – que je dénomme « empouvoirement » –, de réhabilitation sociale des personnes handicapées psychiques. Puis, le président de la Fédération française des diabétiques a fait appel à moi comme trésorier de l'association. J'ai suivi la filière de formation de la Fédération française des diabétiques et je me suis lancé. L'engagement

auprès des pairs, c'est une forme de thérapie de la maladie chronique. Accompagner les personnes souffrant de la même pathologie, avec empathie, est très gratifiant. C'est un investissement en temps dont le retour n'est pas nécessairement monétaire, mais qui permet à soi-même d'aller mieux.

S. A. : **Quel est le rôle du patient partenaire ?**

M. C. : L'éducation thérapeutique du patient, qui a pour but de rendre ce dernier plus autonome, comporte trois étapes. Il s'agit d'abord d'informer le malade – et ses proches éventuellement – sur le diabète, ses conséquences, les traitements, l'importance de la diététique, etc. Ce transfert de connaissance est assuré essentiellement par les professionnels de santé. L'équipe de bénévoles dont je fais partie entre en scène pour les étapes suivantes : la mise en œuvre d'une thérapie et la modification de la posture de vie par rapport à la maladie chronique. Les médecins ne voient pas concrètement les conséquences de la prise d'un médicament dans le quotidien des gens. Certains traitements rendent difficile le transit intestinal, alors on est tenté de ne pas le prendre, ou moins souvent. Le rôle des patients partenaires, c'est de faire comprendre la nécessité de les prendre, à certains horaires, dans certaines conditions. Les sessions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) se tiennent sur quatre ou cinq jours, à l'hôpital de Royan, avec des « piqûres de rappel » quelques mois plus tard. Nous échangeons avec les malades, lors de différents ateliers. Et au préalable, nous témoignons de notre expérience de vie de diabétiques, car c'est elle qui nous qualifie en tant que patients experts de notre vie très particulière. Il y a des discussions collectives d'où émergent des problématiques individuelles. Nous aidons chacun à formuler des objectifs : par exemple, qu'est-ce qui est susceptible d'améliorer le quotidien par rapport à la maladie ? Nous sommes là pour copiloter les changements de comportement ; mais ce sont les malades qui se remettent en mouvement avec notre

accompagnement, celui de la diététicienne, de l'infirmière spécialisée, de l'enseignant en activité physique adaptée, etc.

S. A. : **Comment l'activité physique adaptée (APA) est-elle intégrée à l'éducation thérapeutique du patient ?**

M. C. : Quand j'ai commencé à pratiquer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dès 2004 en tant que bénéficiaire de celle-ci, l'activité physique adaptée n'était pas vraiment mise en avant, en particulier pour les diabétiques, pour qui c'était la diététique qui primait. Il y avait une sorte de biais culturel défavorable : on a du diabète, parce qu'on a « mal mangé », donc la priorité, c'était le rééquilibrage alimentaire et la perte de poids ; alors que cette maladie peut aussi être la conséquence du stress, et que l'activité physique et le sport peuvent donc contribuer à réduire le diabète. Toutefois, depuis sept ou huit ans, les professionnels de santé l'intègrent davantage comme un des leviers de la prise en charge des malades du diabète. Les messages de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), reconnaissant l'activité physique adaptée (APA) comme une thérapie efficace, ont fait leur chemin ; les autorités réglementaires ont permis la prescription de sport-santé, même si ce n'est pas remboursé par la Sécurité sociale ; les mutuelles de santé ont aussi davantage communiqué sur l'importance de l'activité physique dans la prévention et elles commencent à la prendre en charge. Tout ceci a permis de faire de l'activité physique adaptée un troisième axe majeur de l'éducation thérapeutique du patient, avec le suivi de la thérapie médicamenteuse et l'adoption d'une alimentation plus saine.

S. A. : **Comment amène-t-on un patient diabétique à choisir de pratiquer l'activité physique adaptée ?**

M. C. : La difficulté, c'est que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) arrive souvent trop tard dans le parcours thérapeutique des diabétiques. En effet, c'est une pathologie silencieuse, comme l'hypertension, dont la prise en

charge n'est pas immédiate. Pendant ce temps, l'organisme décline, les kilos s'accumulent, ce qui provoque des problèmes ostéo-articulaires ; lesquels font que la personne bouge de moins en moins, à cause de la douleur. Si bien que des patients arrivant en éducation thérapeutique ne peuvent pas marcher plus de 50 m. Donc, dans de nombreux cas, on part de loin pour les amener vers l'activité physique adaptée. Le premier point est de faire comprendre que ce n'est pas la même chose que le sport. La salle de gym fait peur, un peu comme les blouses blanches à l'hôpital. L'activité physique, c'est déjà le fait de se lever de son canapé ou d'aller faire ses courses sans prendre la voiture. Donc, pour les patients, il ne s'agit pas d'exercer une activité physique en particulier, mais de maintenir le niveau de celle qu'ils ont, puis de le développer. Pour cela, nous pratiquons la pédagogie de l'effort croissant, appliquée à la marche active. Celle-ci est encadrée par un coach formé à l'ETP avec des techniques de relaxation musculaire avant et après. Chacun avance en fonction de ses possibilités, à son rythme, selon un objectif qu'on se fixe ensemble. Une partie des patients présents fait 500 m, une autre 1 km, une autre encore 2 km ; jusqu'aux plus aguerris qui marchent de 7 km à 8 km en deux heures. Personne ne porte de jugement. Pour lutter contre la maladie silencieuse, il faut s'accorder du temps. C'est une sorte de marathon, dans lequel le groupe joue un rôle de soutien essentiel. Le lien social permet d'amener les malades vers l'activité physique.

S. A. : Quels messages adressez-vous durant la formation des professionnels de santé sur l'éducation thérapeutique du patient ?

M. C. : Le premier message tient à l'importance de prendre en compte la parole des patients. Le second est de montrer que le savoir fondé sur la connaissance et le savoir apporté par l'expérience de la maladie grâce aux patients partenaires peuvent se compléter dans l'approche thérapeutique. Force est de constater que seule une minorité de médecins savent ce qu'est l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'enseignement médical reste peu ouvert aux sciences humaines, en particulier à la psychologie. Or l'annonce d'une maladie chronique est vécue comme un drame qui transforme les perspectives de vie pour les personnes concernées. La prise d'un médicament n'empêche pas le déni, ce qui retarde d'autant l'entrée en ETP. En revanche, les soignants paramédicaux et notamment les infirmières se montrent plus réceptifs aux apports de l'éducation thérapeutique, sans doute parce qu'ils sont davantage dans le soin, alors que les médecins sont dans la prescription, une activité intellectuelle.

S. A. : Les apports de l'éducation thérapeutique du patient ont-ils été prouvés ?

M. C. : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait l'objet d'une réglementation qui détermine un certain nombre de passages obligés comme le diagnostic partagé, l'organisation des sessions pour les patients, etc. Malgré tout, les pratiques se révèlent diffé-

rentes selon les structures qui la proposent – établissements hospitaliers, maisons de santé, centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, etc. Et il n'y a pas d'évaluation scientifique de ces pratiques, sous forme de remontées modélisées, qui permettrait de prouver l'efficacité de telle ou telle approche. Or elle devient indispensable pour sécuriser les financements de l'ETP par l'agence régionale de santé (ARS). À Ethna¹, nous souhaitons mettre sur pied un programme de recherche, mené par une équipe de sociologues, afin de mesurer scientifiquement les effets des outils thérapeutiques que les équipes d'ETP partout en France mettent en œuvre sur la vie des malades. Et enfin, nous observons l'émergence de la méthode du patient-traceur pour évaluer le niveau de qualité des différents programmes. Cette méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins et les organisations qui s'y rattachent. Définie notamment par la Haute Autorité de santé (HAS) depuis 2014 dans le cadre de la certification des établissements de santé, cette méthode intègre donc le recueil de l'expérience des patients. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Plateforme Éducation thérapeutique du patient en Nouvelle-Aquitaine (Ethna).

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

AU CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN : TÉMOIGNAGES DE PATIENTS DIABÉTIQUES BÉNÉFICIAIRES D'ATELIERS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

« J'ai appris à connaître ma maladie et de prendre conscience qu'il s'agissait d'une maladie insidieuse et de faire surtout attention à mon alimentation (très important). Les médicaments c'est un plus mais il faut faire attention à l'alimentation et à chaque fois que je veux manger quelque chose je vais sur google et j'indique : PE haricots blancs diabète et j'ai la réponse tout de suite. Dès que le m'éloigne de l'alimentation ma glycémie augmente ».

« Ces ateliers sont très utiles, ils devraient être proposés au patient en près diabète avant d'être obligés de traiter par insuline ce qui ferait prendre conscience de la maladie et peut-être éviter de lourd traitement ».

« Je connaissais le diabète surtout les complications et c'est toujours la même angoisse pour l'avenir ».

« Merci pour ces informations très précieuses ».

« Se sentir soutenu et aidé dans cette maladie surtout très bien conseillé, c'est la comprendre et permet de mieux l'accepter ».

« Les ateliers sont très utiles à condition de bien suivre les conseils, le régime alimentaire et pratiquer la marche ».

« Très belle initiative de l'équipe. Dommage que le nombre de personnes qui y ont assisté soit faible... Il y a pourtant beaucoup de personnes atteintes de cette pathologie. Les intervenants étaient tous

TOP. Je le conseille à toute personne diabétique ! ».

« L'atelier du diabète est un stage que je recommanderai à beaucoup de personnes et en plus les intervenants sont très pros ».

« J'ai aimé l'aspect convivial de ces activités ».

« Je suis très satisfait du déroulement de l'atelier, des thèmes abordés et des échanges avec les intervenants et les autres participants. Les échanges continuent pendant la randonnée du mardi avec la coach ».

« J'ai vraiment apprécié les différents ateliers et leurs intervenants. J'ai mieux compris la maladie. J'ai apprécié le suivi et l'accompagnement de Mme X. »

Maison Sport-Santé de Matoury en Guyane : « Ces séances d'activité physique font du bien aux habitants »

Entretien avec Léonne Agélas,
*chargée de mission-coordinatrice du contrat local
de santé (CLS), service de développement social urbain,
Matoury, Guyane.*

*La Santé en action : Quel rôle joue
la maison Sport-Santé dans la promotion
de l'activité physique auprès des habitants ?*

Léonne Agélas : Nous avons mené une enquête diagnostique auprès de 431 personnes issues des cinq quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) de Matoury pour cerner leurs besoins et leurs attentes en matière de santé. Le résultat de l'enquête indiquait qu'il était nécessaire de développer prioritairement l'offre de soins au niveau local et de mettre en place des parcours de santé pour les personnes atteintes de maladies métaboliques et/ou chroniques. Forte de ces résultats, la ville de Matoury avec ses cosignataires¹ – agence régionale de santé (ARS), services de l'État, Région – a signé son deuxième contrat local de santé (CLS)². L'axe d'orientation n° 2 est la promotion de la santé des habitants, et l'un des objectifs d'action est de mettre en place une maison Sport-Santé pour développer des parcours de prise en charge des populations souffrant de maladies chroniques. En janvier 2020, Matoury a été désigné parmi les lauréats de l'appel à projet national maison Sport-Santé. Cofinancé par le contrat de ville 2015-2020 au travers de son CLS, ce dispositif permet d'offrir aux habitants une accessibilité plus importante à la pratique du sport à des fins de santé par le biais d'un programme éducatif, préventif, thérapeutique.

**S. A. : Quelle activité physique adaptée
à la population proposez-vous ?**

L. A. : Notre maison Sport-Santé³ accueille et oriente les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quels que soient leur âge, leur état de santé, leur fragilité. Les programmes d'activité physique adaptée (APA) proposés résultent d'une articulation et d'un maillage

avec plusieurs acteurs associatifs en capacité d'« aller-vers ». Moove Eat – Croquons du sport sont des ateliers d'APA pour les jeunes de 6 ans à 17 ans en surpoids ou obèses, qui se déclinent en 12 séances d'1 h 30. Les ateliers PIED, ateliers de prévention des chutes pour les plus de 60 ans, proposent 24 séances d'1 h 30. Aux patients diabétiques, Diabète-action offre des ateliers d'activité sur mesure durant 12 séances d'1 h 30. APA de Géant s'adresse aux patients porteurs d'une affection de longue durée ; en lien avec l'hôpital Saint-Adrien, ils bénéficient d'une prise en charge personnalisée de deux séances par semaine. Les personnes qui souhaitent reprendre l'activité physique participent à Tous en forme et ont aussi accès à des ateliers d'éducation alimentaire, de sophrologie, de rigologie. Enfin, Conférence Coaching, destiné à tout public, propose un bilan motivationnel pendant deux séances de 1 heure. Ces programmes sont effectifs depuis 2021. Chaque personne en bénéficie gratuitement pendant trois mois à raison de plusieurs séances par semaine. Puis, les personnes peuvent poursuivre l'activité physique et sportive en intégrant les autres dispositifs et programmes existant sur la commune.

**S. A. : Comment les habitants viennent-ils
vers vous ?**

L. A. : Certains habitants sont orientés vers la maison Sport-Santé par le service de développement social urbain (qui met en œuvre le contrat de ville et son pilier 3, qui est de réduire les inégalités en matière de santé), les associations de quartier, les établissements scolaires, le centre communal d'action sociale (CCAS), voire par la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du centre hospitalier de Cayenne (CHC) ou par leur médecin traitant avec une prescription d'activité physique. Sur le terrain, nous constatons combien ces séances d'activité physique font du bien aux habitants. Nous le voyons quand nous y assistons dans les quartiers. Nous avons vu

L'ESSENTIEL

■
Créées en 2019, les maisons Sport-Santé répondent à un objectif national de santé publique pour lutter contre les effets de la sédentarité. Il s'agit de développer des programmes d'activité physique et sportive au bénéfice de tous, et notamment des personnes souffrant de pathologies chroniques, d'affection longue durée, des personnes âgées ou des jeunes en surpoids. Focus sur la maison Sport-Santé de la ville de Matoury en Guyane.

des jeunes arrêter le grignotage en trois mois. Des pratiquants signalent même l'existence de ces activités à leur médecin et à leurs proches.

**S. A. : Comment collaborez-vous
avec les hôpitaux et les autres partenaires ?**

L. A. : Nous avons signé plusieurs conventions avec le centre hospitalier de Cayenne (CHC), lequel s'est doté d'une unité mobile d'éducation thérapeutique de diabétologie, composée d'une infirmière, d'un diététicien et d'un éducateur sportif. Ils organisent dans les quartiers, depuis octobre 2022, des entretiens individualisés (infirmiers), des ateliers de groupe en diététique et des ateliers d'activité physique pour leurs patients diabétiques. Les consultations infirmières ou les ateliers de diététique organisés les jeudis réunissent de trois à cinq personnes par séance, et chaque atelier d'activité physique et sportive réunit tous les mardis jusqu'à dix personnes. Par ailleurs depuis 2021, l'hôpital de jour du CHC assure – avec l'aide de ses médiatrices en santé – des téléconsultations de suivi (médical et paramédical) dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV). La médiatrice reçoit les patients dans les points-relais défi-

nis ; elle se connecte au centre hospitalier via sa tablette et elle gère la consultation de chaque patient. La médiatrice pilote le plus souvent une à six consultations par mois. Cet « aller-vers » est important, car nous ciblons des populations en situation de vulnérabilité et rencontrant des difficultés de mobilité. Plus globalement, en lien avec l'hôpital, les associations financées par le contrat de ville et d'autres partenaires, nous assurons le développement et la coordination des parcours de santé au plus près de ces personnes. En amont, nous déployons des équipes de maraudes pour informer les habitants, y compris les jeunes, de la possibilité de participer aux divers ateliers et programmes d'activité physique adaptée (APA). La maison Sport-Santé – et les services qu'elle assure – s'intègre à tout un maillage territorial afin de permettre aux habitants d'accéder à la prévention par une bonne nutrition et par l'activité physique notamment. Diverses activités visant à compléter cette prise en charge sont proposées tout au long de l'année dans les QPV : caravane de conférence santé thématique sur les maladies chroniques telles que le diabète, l'obésité ; ateliers d'APA, dépistages et marches collectives pour les personnes diabétiques, matinée de tests de condition physique, événements sport-santé.

S. A. : Quel bilan d'étape chiffré peut-on dresser des activités de la maison Sport-Santé de Matoury ?

L. A. : Sur les 12 derniers mois à date de février 2022, 85 personnes ont bénéficié d'un parcours de santé personnalisé avec le suivi d'un éducateur sportif concernant le volet activité physique et sportive. Âge



moyen : 45 ans ; 80 % sont des femmes ; un tiers n'ont aucun problème de santé ; la surcharge pondérale, l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle représentent 57 % des problèmes de santé. 85 personnes, ce n'est pas un nombre impressionnant, mais nous démarrons et nous nous inscrivons dans le suivi individuel sur mesure face à une population qui cumule les déterminants défavorables de santé. Tous bénéficient d'un bilan motivationnel à l'entrée, puis ils passent un test de condition physique qui est renouvelé au bout de trois mois. Et surtout, au terme de ces trois mois, ils ne sont pas abandonnés : les différents services de la commune, les services associatifs voire des services déconcentrés de l'État prennent le relais pour celles et ceux qui veulent poursuivre une activité physique ou sportive adaptée à leurs besoins.

Enfin, sur l'édition 2023, en complémentarité des programmes existants, la maison Sport-Santé met à disposition, via le service

des sports, diverses activités : un programme d'exercice personnalisé et structuré (PEP'S) sur ergocycles pour l'ensemble de la population, par groupes de jeunes et d'adultes ; des séances d'éducation thérapeutique et de coaching ; des sessions de formations complémentaires pour les animateurs de séances destinées conjointement aux personnes en situation de handicap et aux personnes valides. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Agence régionale de santé (ARS) Guyane, préfecture de Guyane, rectorat de Guyane, caisse générale de sécurité sociale (CGSS) Guyane, collectivité territoriale de Guyane (CTG).
2. Contrat local de santé 2019-2021.
3. Les maisons Sport-Santé ont été créées par la loi du 2 mars 2022 et intégrées au Code de la santé publique. La Guyane en compte deux : à Matoury et au pôle médico-sportif José-Dorcy, à Cayenne.

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

LES MAISONS SPORT-SANTÉ, POUR LES PUBLICS ÉLOIGNÉS DE LA PRATIQUE

Le ministère de la Santé traçait ainsi la feuille de route des Maisons Sport Santé lors du démarrage de ce programme en 2019 : « Afin de développer l'activité physique et sportive, il est important de s'adresser à des publics aujourd'hui éloignés de la pratique, avec la valorisation de la dimension "santé" par l'activité physique et sportive. » Les maisons sport-santé répondent à cet objectif : « Ces espaces s'adressent aux personnes qui souhaitent pratiquer une activité physique et sportive, comme à celles qui ont besoin de pratiquer (en prévention primaire, secondaire ou tertiaire). »

Les maisons sport-santé viseront à : « rapprocher les professionnels de santé et du sport pour faciliter l'orientation et l'accès aux activités physiques et sportives dans le cadre de la prévention primaire et l'orientation et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques pour lesquels une activité physique adaptée a été prescrite par le médecin traitant, tout en s'assurant de la sécurité de la pratique. »

Le ministère indique que le référencement de ces maisons sera organisé de façon dématérialisée afin de porter à la connaissance d'un

large public une offre proposée sur l'ensemble du territoire et plus spécifiquement, avec le concours du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Source : La santé par l'activité physique et sportive, 2019, ministère de la Santé <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-resser-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/la-sante-par-l-activite-physique-et-sportive>

« L'activité physique redonne confiance à ces jeunes en surpoids »

Entretien avec Thierry Polony,
conseiller technique régional fédéral en charge du sport-santé,
comité régional Sports pour Tous Guyane.

L'ESSENTIEL

► **En Guyane, un programme accompagne les adolescents en surpoids ou obèses dans la découverte et dans la pratique d'activité physique ou sportive sous le tutorat d'un éducateur sportif.**

La santé en action : Quels jeunes intègrent le programme Moove Eat ?

Thierry Polony : Le programme Moove Eat d'activités physiques, proposé par la Fédération française Sports pour Tous, est destiné aux adolescents en surpoids de 14 ans à 18 ans. Ces jeunes qui s'engagent sont éloignés de la pratique sportive, en surpoids ou en obésité. Ils sont plutôt repliés sur eux-mêmes, désocialisés. Ils ne fréquentent pas les clubs sportifs. Ils viennent participer à notre programme, parce qu'ils veulent adopter un mode de vie plus actif pour avoir une hygiène de vie et une santé meilleures. Le programme s'inscrit dans le cadre des activités de la maison Sport-Santé de Matoury. Ces jeunes nous sont adressés par un réseau de partenaires ; le recensement est fait par le service de développement social urbain, le service des sports, les établissements scolaires et les professionnels de santé : médecins, infirmières scolaires, qui gèrent leur suivi strictement médical. Le premier jour, le jeune arrive avec son certificat médical, il vient avec ses parents, nous testons sa motivation et celle de ses parents de l'accompagner. Nous instaurons un suivi individualisé, il réalise des tests physiques simples et adaptés à sa situation. Notre objectif est de l'accompagner vers une pratique régulière. Nous lui proposons une séance de découverte d'activités toujours sous une forme ludique ; les séances sont totalement adaptées à l'état de santé de l'adolescent.

S. A. : Comment les séances se déroulent-elles ?

T. P. : Les jeunes ont une séance d'une heure et trente minutes d'activité physique adaptée (APA) par semaine pendant trois mois, soit

une heure d'activités collectives, puis vingt minutes d'échanges sur la base des conseils de prévention dispensés par l'animateur. Nous partons systématiquement d'un questionnaire concret : Comment gérer ses efforts ? Pourquoi et comment s'hydrater ? Pourquoi consommer des fruits ? Pour mesurer leur progression à l'issue des trois mois, nous faisons repasser aux adolescents les tests de condition physiques initiaux. Dans la plupart des cas, les progrès observés sont probants avec un quasi doublement des capacités physiques travaillées : endurance, état musculaire des jambes et des bras, souplesse des jambes et des épaules, équilibre. Et surtout, l'activité physique redonne confiance à ces jeunes en surpoids. À cet égard, l'animateur a le rôle crucial d'installer dans le groupe, dès le départ, les règles du jeu : en premier lieu, la bienveillance au sein du collectif. C'est cette condition qui est la clé de la réussite. L'animateur insiste auprès des jeunes sur le fait qu'ils sont les acteurs de ce parcours et de son évolution.

S. A. : Comment restaurer leur estime de soi souvent mise à mal ?

T. P. : Nous transférons dans l'activité physique et sportive toutes les notions que nous mettons en valeur dans le cadre éducatif ; nous travaillons sur la valorisation : tout est réussite et il n'y a jamais de notion d'échec, nous allons plutôt parler de points à améliorer. Nous avons été formés par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Guyane sur ces concepts d'estime de soi, de compétences psychosociales. Elle nous accompagne pour la mise en place du programme et sur la stratégie à mettre en œuvre pour être efficaces auprès de ces jeunes en termes de prévention santé. Il faut souligner que l'objectif n'est pas de perdre du poids, mais d'améliorer la santé globale : au fil des séances, les jeunes vont ressentir un mieux-être général – physique et psychologique – qui va aller de pair avec l'acquisition de nouvelles habitudes de vie.

S. A. : Que se passe-t-il au bout de trois mois ?

T. P. : Notre objectif est que les jeunes continuent de pratiquer dans un club sportif : ces trois mois permettent de les reconditionner

vis-à-vis de l'activité physique et du sport. Au départ, ils associent le sport à la douleur. Il s'agit donc de passer de cette appréhension à la reprise de confiance et à l'envie. Au bout de trois mois, nous faisons donc le point avec eux sur l'activité qu'ils souhaitent pratiquer, en club ou en autonomie, l'important étant qu'ils la pratiquent de façon régulière et dans la durée. Certains jeunes ressentent des difficultés pour poursuivre, ils ont besoin de davantage de temps, parce qu'ils partent de plus loin : pour eux, nous mettons en place la poursuite d'un accompagnement avec un éducateur sportif en mobilisant aussi les parents : nous ne les relâchons pas en pleine nature !

S. A. : Quelles sont les conditions de la réussite du dispositif ?

T. P. : Ce programme est déployé en Guyane depuis plusieurs années, mais c'est en 2022 qu'il décolle, 36 jeunes en ont bénéficié dans trois villes : Cayenne, Matoury et Macouria. C'est le travail de mise en réseau avec l'ensemble des acteurs du territoire qui prend le plus de temps, cela ne peut fonctionner que si les mondes médical, sportif et de l'éducation collaborent ; nous travaillons beaucoup avec les infirmières scolaires et avec les structures qui accueillent des jeunes en surpoids. Mon engagement et ma motivation profonde dans ce programme viennent de mon propre parcours : adolescent, j'étais en léger surpoids, j'ai vécu la chose, donc je sais ce que peut apporter le fait de faire de l'activité physique et de changer son mode d'alimentation et son mode de vie. Comme j'échange très régulièrement avec les jeunes, à un moment dans le déroulé du programme, je partage avec eux ce vécu. ■

Propos recueillis par Yves Géry,
rédacteur en chef.

Pour en savoir plus

- www.sportspourtous.org
- <http://guyane-sportspourtous.org>
- thierry.polony@sportspourtous.org

Dunkerque et Flandres : « Un bus équipé pour pratiquer l'activité physique à deux pas de chez soi »

Entretien avec Sandra Pit,
directrice de l'association DK Pulse, dédiée
au sport-santé sur le territoire de Dunkerque
et des Flandres, et enseignante en activité physique
adaptée.

**La Santé en action : Pourquoi avoir créé
l'association DK Pulse et ses bus itinérants
proposant une activité physique adaptée ?**

Sandra Pit : Après l'obtention de mon diplôme de master en activité physique adaptée (APA) en 2006, j'ai eu la chance de décrocher un poste d'enseignante en activité physique adaptée à l'hôpital de Calais. Suite à un problème de santé de ma mère, je me suis rendu compte qu'après son hospitalisation, il n'existait pas de structure pour l'accompagner et lui proposer une prise en charge en activité physique adaptée. Le choix de créer une association permettait de rendre possible la pratique d'une activité physique adaptée, post-hospitalisation, accessible à tous quel que soit le niveau social. Bien que l'activité physique adaptée soit un médicament contre de nombreuses pathologies, elle n'est pas remboursée par la Sécurité sociale. Notre association a commencé à fonctionner en 2014 en s'appuyant sur le bénévolat, des jeunes en service civique, des contrats aidés comme le Parcours emploi compétences (Pec) afin de proposer un tarif solidaire de 2 euros la prise en charge. Aujourd'hui, grâce à l'accompagnement d'incubateurs et en diversifiant nos sources de revenus, nous avons maintenu ce tarif solidaire et pu recruter 16 salariés. En 2017, le Dr Wagner, oncologue à la clinique de Flandre, convaincu que l'APA est un « médicament » contre le cancer, a lancé l'idée, lors d'un colloque, d'un bus pour amener le sport-santé vers ses patients en cours de traitement, et notamment dans les communes rurales. Cela m'a interpellée. Nous avons alors cherché des fonds et sollicité les acteurs et les services de l'économie sociale et solidaire (ESS) des collectivités, car ce projet allait permettre la création de plusieurs emplois. Grâce à la communauté urbaine de Dunkerque, nous avons pu acquérir un premier bus : l'APA mobile, que nous avons transformé, équipé de

matériel d'ergocycle (vélos d'entraînement) et inauguré en juillet 2019. Il est destiné à l'ensemble de la population. Le slogan « Si tu ne vas pas au sport, le sport viendra à toi » voit le jour. Puis, grâce à quatre partenaires¹, nous avons déployé, en octobre 2022, un second bus spécial seniors, qui propose des prises en charge pour les plus de 60 ans. Les objectifs sont d'éduquer les seniors à une bonne pratique physique, adaptée, sécuritaire et modérée afin d'améliorer leur condition physique et de maintenir leur autonomie le plus longtemps possible.

**S. A. : Comment le premier bus itinérant
fonctionne-t-il ?**

S. P. : L'APA mobile se déplace – durant deux mois à raison de deux jours par semaine – sur quatre communes avec lesquelles nous avons un partenariat. Et le mercredi, il s'installe dans un quartier prioritaire de la communauté urbaine de Dunkerque (CUD). Et ce pendant deux mois, le temps du programme. Après, nous changeons de localité. Autrement dit, c'est un bus équipé pour pratiquer l'activité physique adaptée à deux pas de chez soi. Nous faisons un important travail de communication en amont auprès des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des pharmaciens du territoire, afin de faire connaître notre action et de leur permettre d'orienter leur patient vers nous. Nous sommes également en lien avec les associations d'activités physiques et sportives, qui s'ouvrent de plus en plus au sport-santé et à des publics plus fragiles, et qui constituent un relais indispensable pour pérenniser ce qui a été impulsé dans le bus. L'accompagnement proposé est un réentraînement à l'effort physique, adapté aux capacités et aux besoins de la personne. Il faut une certaine intensité pour que cet effort ait un impact sur son état de santé et l'améliore : un léger essoufflement, une légère transpiration, une fréquence cardiaque qui augmente sont les signes caractéristiques d'un effort modéré. Ces activités sont encadrées par des professionnels qui ont une licence ou un master en activité

L'ESSENTIEL

■
▶ **À Dunkerque et dans les Flandres, un bus spécialement équipé et mis en service fin 2022 prend en charge les seniors pour leur permettre de pratiquer une activité physique adaptée à leurs attentes. Les objectifs : développer l'estime de soi, faire en sorte que les personnes fragiles découvrent le goût de l'activité physique ou le retrouvent pour rester en forme et autonomes le plus longtemps possible. Et depuis trois ans, un autre bus destiné à l'ensemble de la population sillonne le territoire ; ce véhicule, transformé en salle de sport itinérante par l'association DK Pulse, va au plus près des habitants, dans les quartiers prioritaires mais aussi dans les zones rurales.**

physique adaptée. Un bilan initial est réalisé afin d'estimer les capacités de chacun et de déterminer un programme ; une surveillance de la tension et de la fréquence cardiaque est réalisée tout au long de la séance. La prise en charge est adaptée en fonction de l'état de santé de la personne ; nous sommes à l'écoute, nous l'encourageons et renforçons l'estime de soi pour qu'elle découvre le plaisir de l'activité physique ou qu'elle le retrouve. L'objectif est que les personnes poursuivent ce qui a été impulsé durant ce programme de deux mois dans l'APA mobile.

**S. A. : Que retirent de cette expérience les
patients ou les personnes accompagnées ?**

S. P. : Cet « aller-vers », dans les communes rurales et dans les quartiers défavorisés, permet d'atteindre un public qui, sinon, ne ferait pas la démarche. La proximité de notre action est donc un atout pour remettre le pied à l'étrier aux personnes qui pensent que l'activité physique et/ou le sport, ce n'est plus pour elles. Elles n'oseraient pas, s'il n'y avait cette impulsion que nous leur proposons. Cela ouvre la voie à des comportements moins



© Dominique Lamy / Département du Nord

sédentaires, redonne confiance en soi, crée du lien social entre habitants d'une même commune qui ne se connaissent que de vue – ce qui peut les inciter à aller marcher ensemble. Il y a aussi le plaisir de redécouvrir ses capacités physiques, et nous notons un renforcement de cette capacité, même si sur deux mois, ce n'est pas spectaculaire. Au moins, les personnes peuvent-elles ressentir du bien-être, par exemple la sensation d'être moins essouffées au quotidien ou d'avoir retrouvé une qualité de sommeil.

TROIS USAGERS DU BUS TÉMOIGNENT

M. X, 68, ans souffrant de problèmes cardiaques : « Mon cardiologue a été surpris du résultat de mon test d'effort. Je suis passé de 90 W. à 120 W. de résistance, et ça, c'est grâce à l'APA mobile, car avant je ne faisais pas de sport. J'ai même pris un rendez-vous chez un nutritionniste pour essayer de perdre mes kilos en trop. » Mme Y, 63 ans, pratique l'Activité Physique adaptée en prévention dans le bus équipé : « Les enseignants APA de DK pulse m'ont fait faire des exercices que je ne pensais pas pouvoir faire. Du coup, à l'avenir, je serai moins réticente à essayer des choses nouvelles. » Mr X, 70 ans, ayant des problèmes ostéo-articulaires, l'activité physique lui a ouvert de nouveaux horizons actifs : « J'ai repris le jardinage suite aux sessions dans le bus. »

S. A. : Votre action a-t-elle été évaluée ?

S. P. : Il est effectivement important, notamment pour nos financeurs, d'avoir une vision précise des résultats de nos interventions. C'est pourquoi nous avons répondu à un appel à projet d'une école de commerce, l'Essec. Nous suivons des ateliers au sein de cet établissement pour acquérir les outils méthodologiques permettant de réaliser des mesures d'impact d'un projet. C'est une formation diplômante d'un an, que nous avons terminée en janvier 2023. Ceci nous apporte des compétences pour mesurer et comparer l'efficacité de nos programmes : les bus itinérants, mais aussi sur nos autres sites fixes destinés à des patients ayant besoin d'un suivi plus long – en salle à Cappelle-la-Grande, Dunkerque, Brouckerque, Zegerscappel, au sein du centre aquatique Linéo de Wormhout, au sein de maisons de quartiers. Le résultat de notre mesure d'impact sera communiqué courant 2023. Nous avons accompagné 118 personnes au sein du bus seniors en 2022, 144 dans le premier bus sport-santé, et nous accompagnons 688 personnes sur nos sites fixes : au total, cela fait 950 personnes accompagnées. Le projet APA mobile aura permis de prendre en charge 505 personnes fragiles depuis septembre 2019.

S. A. : Quels sont les points faibles d'un tel dispositif ?

S. P. : La première particularité du dispositif est que nos enseignants ont été obligés de passer le permis poids lourd pour être en capacité de conduire le bus transformé en salle de sport. Ensuite, les difficultés sont d'ordre financier, accentuées par l'augmentation des prix de l'énergie : le plein d'un bus revient à plus de 600 euros. Nous passons beaucoup

de temps à rédiger des dossiers de demande de financement. L'activité physique sur prescription n'étant pas remboursée par la Sécurité sociale, nous devons trouver des solutions de prise en charge ; ainsi, nous sollicitons les centres communaux d'action sociale (CCAS) pour prendre en charge tout ou partie du protocole afin de rendre celui-ci accessible financièrement au plus grand nombre.

S. A. : Avez-vous des projets de développement ?

S. P. : Nous souhaitons équiper un troisième bus pour faire un tour de France des territoires. L'objectif sera de sensibiliser sur l'importance d'un mode de vie non sédentaire, quel que soit son âge, sa problématique de santé ou sa déficience. Nous organiserons des événements autour de l'activité physique à l'aide des collectivités et de nos partenaires. Nous souhaitons également faire connaître notre action afin que des territoires développent ce bel outil qui répond à une problématique d'accessibilité, de ruralité, d'infrastructure. De plus, nous voulons diversifier notre modèle économique, ce qui permettrait de moins dépendre des aides publiques. Nous travaillons dans deux directions : la prévention en entreprise, en lien avec la médecine du travail à laquelle nous pourrions proposer des prestations payantes ; la création d'une formation, fondée sur notre expertise, pour les structures ou les collectivités qui auraient envie de se doter de leur propre APA mobile. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Département du Nord, Fondation Damart, Fondation du Nord et Malakoff-Humanis.

« L'activité physique adaptée améliore la santé et la qualité de vie de tous les patients »

Entretien avec Jean-Philippe Wagner, oncologue, institut Andrée-Dutreix, centre de cancérologie de Dunkerque et de la clinique de Flandre, praticien attaché au centre hospitalier de Calais.

La Santé en action : **Quelle est la place de l'activité physique dans la panoplie thérapeutique face au cancer ?**

Jean-Philippe Wagner : Je considère l'activité physique comme un médicament, car elle permet de réduire – dans certains cas de 50 % – le taux de rechute des patients atteints de cancer. Elle permet aussi d'améliorer – jusqu'à 40 % – la survie des patients, ce qui est mieux que beaucoup de traitements chimiothérapeutiques [1]. D'une manière plus globale, l'on peut dire très schématiquement que le muscle, mobilisé par une activité physique adaptée (APA), quelle qu'elle soit, est le meilleur anti-inflammatoire naturel pour lutter contre le processus d'inflammation, terrain potentiellement propice au développement de cancers.

S. A. : **D'où vous est venue l'idée d'un bus équipé pour aller vers les patients ?**

J.-P. W. : L'idée d'un bus équipé (voir article précédent, NDLR) est née lors d'une conférence que j'ai organisée avec Sandra Pit dans le cadre d'Octobre rose en 2016 : nous nous battions depuis plusieurs années pour permettre aux personnes en situation d'obésité ou d'insuffisance respiratoire ou cardiaque d'avoir accès à l'activité physique adaptée (APA), elle dans le monde associatif, moi à l'hôpital. Je lui ai dit qu'il fallait qu'on mette en service un bus pour contourner tous les obstacles à la pratique d'APA. Premier frein : les médecins qui sont les prescripteurs, un certain nombre d'entre eux ne sont pas du tout convaincus que l'activité physique adaptée est un médicament. La première urgence est donc de sensibiliser les médecins et autres professionnels de santé à l'importance de cette intervention non médicamenteuse qu'est l'activité physique adaptée. Deuxième obstacle : le territoire, le bus permet de s'adapter

à notre spécificité dans le Nord et autour de Dunkerque : une communauté urbaine de près de 200 000 habitants, mais à 10 km de là vous êtes dans les Flandres profondes. Or l'offre d'APA est concentrée sur Dunkerque centre. Les personnes habitant en périphérie et en zone rurale ne peuvent pas forcément se déplacer, même si les bus sont gratuits en proche périphérie. Donc, notre idée était de transformer un bus de ligne normale en salle mobile d'activité physique adaptée pour aller au plus près des patients potentiels. Nous avons appelé le projet APA mobile, avec le slogan « *Si tu ne vas pas au sport, le sport viendra à toi* ». Le bus a été inauguré trois ans plus tard, en 2019, car il a fallu trouver l'argent, les partenaires, et transformer un bus.

S. A. : **Quelle part des cancers peut être attribuable au surpoids, à l'obésité et à la sédentarité ?**

J.-P. W. : Il faut rappeler que près des deux tiers des cancers sont les suivants : sein, prostate, colorectal, poumon. Il se trouve que ces quatre cancers sont pour partie liés à des facteurs d'environnement, de modes de vie. L'Institut national du cancer (INCa) estime que si l'on réduisait ces facteurs défavorables liés à l'environnement et aux comportements, l'on pourrait réduire de près de 40 % la prévalence de ces cancers. Or le surpoids, l'obésité et la sédentarité pèsent lourd dans ces facteurs environnementaux et liés aux conditions et milieux de vie. À titre d'exemple, l'incidence des cancers est particulièrement élevée dans notre région des Hauts-de-France : c'est en grande partie lié aux indicateurs de santé qui sont défavorables, parmi lesquels on retrouve justement le surpoids, l'obésité et la sédentarité.

S. A. : **Face à ces facteurs de risques, quel est l'intérêt de l'activité physique ?**

J.-P. W. : Si l'on veut réduire l'incidence des cancers, il faut faire de la prévention primaire¹, activité physique et alimentation adaptée notamment (pour mémoire, la prévention secondaire² intervient ensuite *via* par

L'ESSENTIEL

■ **L'oncologue Jean-Philippe Wagner a eu l'idée en 2016 d'équiper un bus pour aller vers les patients isolés en banlieue et en zone rurale (voir article précédent). Ce véhicule équipé pour la pratique d'activité physique adaptée (APA) participe au développement d'un réseau d'APA sur le territoire des Hauts-de-France. Ce médecin souligne tout l'intérêt de l'activité physique en prévention primaire, pour l'ensemble de la population, et l'intérêt majeur de l'activité physique adaptée et personnalisée pour tout patient atteint de cancer ou d'autres maladies chroniques.**

exemple les dépistages précoces, NDLR). Et si face au cancer l'on veut éviter les rechutes, il faut faire de la prévention tertiaire, laquelle agit sur les complications et sur les risques de récurrence. Et pour cela, il faut absolument lutter contre ces trois facteurs de risques (surpoids, obésité, sédentarité). Les personnes qui les cumulent ont ce que l'on appelle en jargon médical un « syndrome métabolique », soit l'association du surpoids ou de l'obésité avec une hypertension artérielle, voire d'un diabète et de problèmes articulaires. C'est le mal du siècle, car c'est notamment le lit du cancer. Donc, en mettant en mouvement ces personnes et en leur permettant pour ce faire d'accéder à l'activité physique adaptée (APA), nous allons leur permettre d'améliorer leurs indicateurs de santé globale et leur qualité de vie. Elles vont se sentir plus toniques, plus en confiance, et l'effet secondaire de se sentir mieux dans leur état de santé global, c'est qu'en outre l'on réduit le risque de développer un cancer.

S. A. : **Comment mettre en mouvement les personnes à risques ?**

J.-P. W. : C'est le concept dit de « santé intégrative » que nous défendons ; toutefois, cette médecine intégrative est chronophage et requiert de la pédagogie : il faut avoir le vocabulaire et une capacité à expliquer en quelques secondes tout l'intérêt de ces démarches, et surtout il faut disposer des ressources à proposer au patient : des salles,

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations



© DR P. Lise

des séances, une éducation thérapeutique, une activité physique adaptée. Ce n'est pas la peine de discuter si vous n'avez rien de concret à proposer au patient. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place tout un réseau d'infrastructures pour la pratique de l'activité physique adaptée (APA) : au-delà du bus à Dunkerque et autour – qui n'est qu'une solution –, nous gérons une maison de soins de support qui se trouve à quelques kilomètres du centre de radiothérapie au début de la campagne des Flandres. C'est un lieu de 100 m² où les patients atteints de cancers viennent pratiquer l'APA, mais aussi d'autres techniques intégratives comme la méditation, la sophrologie, l'art-thérapie, etc., toutes les techniques grâce auxquelles on va s'intéresser au bien-être corporel, mental et spirituel. Ce lieu est géré par une patiente experte que nous avons la chance d'avoir dans nos équipes, titulaire d'un diplôme universitaire (DU) de la Sorbonne et qui coordonne cette activité. Dans les structures hospitalières, nous avons la chance d'avoir une salle de pratique d'activité physique adaptée qui jouxte le bureau de consultations des cancérologues ; nous avons une maison Sport-Santé qui permet à nos patients de pratiquer une APA dans un autre lieu dédié. En résumé, nous disposons de ressources croissantes permettant aux patients d'accéder à l'activité physique adaptée sur ce territoire. Toutefois, tout cela demeure fragile, car relevant des associations, lesquelles ne vivent que grâce à des subventions.

S. A. : Comment développez-vous l'accès à l'activité physique adaptée ?

J.-P. W. : Pour développer l'accès à l'activité physique adaptée (APA) sur un territoire tel que le nôtre, il faut travailler à convaincre, inlassablement. Nous, médecins et autres professionnels convaincus du formidable

intérêt de l'APA, faisons du lobbying auprès des professionnels, collectivités, élus, autorités sanitaires en faveur du remboursement de l'APA. Ceci est actuellement débattu au sein des autorités. Pour l'heure, la seule prise en charge est l'évaluation dite de début de parcours, à hauteur de 96 euros par patient. La pratique démontre qu'une heure d'activité physique adaptée coûte 8 euros la séance – au prix coûtant – ; notre souhait est donc que le patient soit pris en charge à hauteur minimale de 8 euros la séance. Ceci permettrait de développer considérablement les structures pour créer un véritable maillage d'APA au niveau local et territorial. Les experts ont calculé que pour répondre aux besoins en activité physique adaptée d'un bassin de population de 50 000 habitants, il faut une structure de 50 m² avec deux enseignants professionnels. Si nous avions ce maillage-là, nous serions dans des conditions favorables. Or nous en sommes très loin. Et nous ne parlons pas ici seulement des cancers : l'activité physique adaptée améliore la santé et la qualité de vie de tous les patients pour l'ensemble des pathologies, du diabète à l'hypertension, mais aussi l'arthrose, l'arthrite, ainsi que l'ensemble des pathologies neurodégénératives comme Parkinson ou Alzheimer, etc. À mon sens, l'enseignant praticien en activité physique adaptée doit trouver sa place – avec un local dédié – en maison médicale ou en maison de santé aux côtés des médecins, infirmières et kinésithérapeutes. Ceci doit être intégré à la nomenclature de prise en charge et de remboursement de l'Assurance maladie. Enfin, il faut valoriser cet acte : un médecin peut prescrire des médicaments dans un temps court, mais la rémunération doit être autre s'il prend le temps d'informer, conseiller et accompagner un patient vers l'activité physique adaptée. Compte tenu de la pénurie de

médecins, d'autres professionnels peuvent être habilités pour dispenser l'activité physique : l'important est que le patient y ait accès, en fonction de ses besoins, parce que cet accès peut lui permettre d'améliorer sa santé et sa qualité de vie. Enfin, il faut marteler dès l'école que l'activité physique est bonne pour la santé et en favoriser la pratique quels que soient le niveau et les capacités de la personne, sans stigmatisation ni discrimination, il faut tourner le dos à la compétition, expliquer aux professeurs d'éducation physique et sportive (EPS) – auxquels j'enseigne l'APA par ailleurs – que l'essentiel pour les enfants et les adolescents, c'est de bouger. L'objectif n'est pas de monter à la corde en quelques secondes (pour ce qui me concerne, j'en étais incapable, car j'étais obèse à 12 ans), il faut adapter l'activité physique à l'élève, et non l'inverse. Si vous ne le faites pas, c'est le meilleur moyen de déguster les jeunes de l'activité physique et du sport. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Agir en amont de la maladie (NDLR).
2. Agir à un stade précoce de son évolution (NDLR).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Institut national du cancer (INCa). *Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques*. Boulogne : INCa, coll. États des lieux et des connaissances, 2017 : 210 p. En ligne : https://www.e-cancer.fr/content/download/193374/2587278/file/Benefices_de_l_activite_physique_pendant_et_apres_cancer__mel_20170328.pdf

Salariés de Michelin : « un éducateur sportif les suit dans leur pratique d'activité physique »

Entretien avec Julien Finaud,
responsable du pôle ASM Sport-Santé Vitalité,
association ASM Omnisports, Clermont-Ferrand.

La Santé en action : Que proposez-vous aux salariés de Michelin et à d'autres employeurs publics et privés à Clermont-Ferrand ?

Julien Finaud : ASM Vitalité est un pôle d'activité de l'association ASM Omnisports, au sein duquel nous proposons de l'activité physique (AP) à des fins de santé. Depuis 2008, nous avons mis en place plusieurs programmes d'AP pour et dans les entreprises, en particulier chez Michelin. Nous avons conçu le programme Oxygène, soit des salles sportives que nous gérons intégralement en entreprise, du matériel au planning et jusqu'à l'encadrement des activités. Nous gérons cinq salles chez Michelin, quatre à Clermont-Ferrand, une à Roanne, quatre salles sur les quatre sites du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, une salle pour les salariés de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Puy-de-Dôme, et deux salles dans deux autres entreprises privées. Les encadrants sont des professionnels diplômés : éducateurs sportifs ou enseignants sciences et techniques des activités physiques et sportives en activité physique adaptée et santé (Staps Apas). Nous proposons aussi un programme d'activités physiques posturales préventives (A3P) de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) et de lutte contre la sédentarité au poste de travail. Et un programme spécifique reprise d'activité physique.

S. A. : Comment proposez-vous le programme le mieux adapté à la personne ?

J. F. : Nous lui faisons passer un bilan de condition physique (ou ASM Vitality Test) par la réalisation de tests validés scientifiquement et surtout réalisables par tous : il ne s'agit absolument pas de tests d'effort. Nous couplons les tests avec des questionnaires et un entretien individuel qui permettent d'évaluer le niveau d'activité physique ou de sédentarité, le profil de condition physique cardio-vasculaire

et musculaire, la coordination, la motricité et aussi des indicateurs sur la santé cognitive. Cela permet d'avoir un bilan complet de tout ce qui constitue la santé globale et de proposer ensuite une orientation et un programme d'activité physique très finement adapté à la personne. Ce bilan individuel dure environ une heure.

S. A. : Comment fonctionne le programme reprise d'activité pour les personnes plutôt éloignées de l'activité physique ?

J. F. : L'idée de départ de ce programme est d'accompagner les personnes effectivement les plus éloignées du sport : celles qui ne faisaient plus d'activité physique (AP) depuis longtemps soit en raison de problèmes de santé, soit parce que cela ne faisait pas ou plus partie de leur mode de vie. Ce sont majoritairement des personnes de 45 ans à 55 ans qui ont coupé depuis longtemps avec l'AP et qui ont un déficit de condition physique ; certaines sont en situation de déconditionnement physique (faible résistance à l'effort, essoufflement rapide, etc.) ; certaines ont des pathologies. Nous avons aussi d'autres profils plus spécifiques : des personnes qui ont eu un problème de santé et qui veulent se remettre à l'activité physique sur conseil de leur médecin, ou des jeunes femmes qui viennent d'accoucher et qui veulent renouer avec l'AP. Nous les accompagnons dans l'évaluation de leurs besoins, de leurs compétences actuelles grâce à deux leviers : un entretien pour les rassurer, évaluer les facteurs facilitants et bloquants, leurs motivations et les objectifs qu'elles recherchent. Puis, nous leur faisons passer un bilan de condition physique. Et enfin, nous constituons des groupes de personnes qui sont conjointement en reprise d'activité et qui poursuivent donc le même objectif : c'est un atout, car elles ne sont pas noyées dans un groupe de personnes qui pratiquent régulièrement. Ces groupes reprise d'activité sont constitués de 10 à 12 personnes, pas plus ; humainement, cela fonctionne très bien. Elles sont encadrées plutôt par des enseignants Staps Apas. Pendant trois mois,

L'ESSENTIEL

■ **À Clermont-Ferrand, 1 500 des 8 000 salariés de l'entreprise Michelin pratiquent une activité physique organisée par l'entreprise via l'association ASM Sport-Santé Vitalité et des professionnels éducateurs sportifs et professeurs de sciences et techniques des activités physiques et sportives en activité physique adaptée et santé (Staps Apas). L'un des programmes est centré sur la reprise d'activité physique, en lien avec la médecine du travail qui oriente les salariés vers ce dispositif. Une évaluation démontre que plus de 85 % des salariés qui s'engagent dans cette reprise d'activité physique maintiennent cette pratique à plus long terme.**

les participants ont trois séances d'activité physique par semaine : une séance en groupe entre pairs ; une séance en fonction de leurs goûts et de leurs besoins où ils sont mélangés avec d'autres pratiquants (qui ne sont pas en reprise d'activité) et une troisième séance en autonomie à leur choix. C'est donc une programmation planifiée personnalisée. À l'issue des trois mois, ils ont un nouveau rendez-vous avec leur éducateur sportif référent qui les suit en continu depuis le début : la richesse et la compétence de ce programme, c'est l'importance de ce lien humain. Il y a 8 000 salariés, très majoritairement dans le tertiaire chez Michelin sur les sites de Clermont-Ferrand et de Roanne. La pandémie a eu un fort impact sur nos programmes, mais désormais ils ont bien repris, en particulier depuis septembre 2022 : nous avons actuellement 1 200 adhérents dans nos programmes et nous visons rapidement 1 500 adhérents, soit environ 20 % des salariés. En ce qui concerne le programme spécifique reprise d'activité physique, de 100 à 150 personnes devraient en bénéficier en 2022.

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations

S. A. : Quelles sont les idées reçues qui font hésiter certaines personnes à s'engager sur ce programme reprise d'activité ?

J. F. : L'une des difficultés majeures est effectivement de franchir le pas pour la personne, de parvenir à lever les freins psychologiques liés aux représentations qu'elle a de l'activité physique (AP). Il faut casser en particulier la représentation très répandue – et qui les inquiète – selon laquelle si l'on reprend l'AP, cela va être intense et douloureux. C'est un travail difficile et de longue haleine, réalisé en amont par la médecine interne du travail qui va expliquer que l'on peut reprendre l'activité physique sans se faire mal et en se faisant plaisir. L'autre facteur favorisant, c'est l'homogénéité du groupe et l'aspect collectif positif du « *on est tous sur la même ligne et on s'y met ensemble* ».

S. A. : Quel rôle joue la médecine du travail ?

J. F. : Nous travaillons en collaboration étroite, c'est un travail de proximité : les médecins et les infirmières de la médecine du travail interne à Michelin examinent tous les salariés tous les deux ans : la moitié des salariés qui se lancent dans l'activité physique dans nos programmes nous sont adressés par la

médecine du travail, l'autre moitié nous arrive par la communication faite dans l'entreprise et par le bouche-à-oreille.

S. A. : Ces programmes ont-ils été évalués ?

J. F. : Nous avons réalisé des enquêtes d'évaluation en interne en analysant les questionnaires que les salariés remplissent au moment où ils passent les tests de condition physique, puis plusieurs mois après, et nous analysons les chiffres d'évolution de la participation. Il en ressort que 88 % des personnes qui s'engagent sur ces programmes déclarent maintenir une activité physique durable ensuite. C'est encourageant, car comparé aux données de la littérature scientifique française et internationale, c'est plutôt de 50 % à 60 %. Selon notre analyse, c'est l'accompagnement très personnalisé qui explique ce bon résultat : nous démontrons que la pratique d'activité physique (AP) se maintient dans le temps. En parallèle à nos évaluations en interne, une équipe de chercheurs de l'ASM et d'enseignants chercheurs de Staps a réalisé une étude sur nos programmes ; elle parvient à une conclusion similaire : le fait de personnaliser le programme, avec notamment en début de processus un bilan individuel de

condition physique, augmente l'observance – c'est-à-dire le maintien – de la pratique d'AP sur la durée [1].

S. A. : Le coût des programmes n'est-il pas un frein pour certains ?

J. F. : La contribution du salarié n'est pas inégalitaire, car elle est symbolique : 40 euros pour trois mois, puisque l'entreprise finance la majorité du coût réel. Par retour d'expérience, nous avons constaté lors de la création du programme en 2008 que si c'est gratuit, des personnes s'inscrivent et ne viennent pas, pénalisant l'organisation. Et puis, pour le salarié, c'est aussi une façon de s'engager.

S. A. : Dans quel but Michelin favorise-t-il l'accès à l'activité physique pour ses salariés ?

J. F. : Il n'y a pas d'objectif lié à augmenter la production dans les ateliers puisque les trois quarts des salariés sont dans l'administratif à Clermont-Ferrand. L'accès facilité à l'activité physique contribue incontestablement à maintenir la santé au travail, avec un effet indirect potentiel : la réduction de l'absentéisme. De mon point de vue, l'objectif de Michelin n'est pas d'accroître le rendement d'une fraction de ses salariés : il s'agit plutôt ici d'objectifs de qualité de vie au travail, de santé au travail ; c'est un moyen d'assurer une qualité de vie pour les salariés y compris dans leur vie personnelle. Cela contribue aussi à donner en interne une bonne image à l'entreprise qui montre concrètement qu'elle prend soin de ses salariés ; c'est un facteur de fidélisation et d'attractivité. Dès le départ d'ailleurs, l'entreprise avait co-construit le projet avec nous dans une logique de santé et de qualité de vie au travail, l'accès à l'activité physique étant un maillon d'une démarche plus globale. ■

Propos recueillis par Yves Géry,
rédacteur en chef.

TÉMOIGNAGES : POURQUOI ILS SE SONT LANCÉS ET CE QUE CELA LEUR APPORTE

Alain*, 50 ans : « *J'ai intégré le programme pour me sentir beaucoup mieux dans la vie de tous les jours, j'ai ressenti les bienfaits au bout de deux mois : je me sentais plus en forme, je dormais mieux, j'avais retrouvé la motivation pour avoir une activité physique régulière. Aujourd'hui, je viens trois fois par semaine, je fais des séances de 45 minutes : 4 minutes de cardio plus 40 minutes de renforcement musculaire. Je participe un peu aux cours collectifs : abdos, assouplissement. Je suis bien lancé dans la reprise d'activité.* »

Sandra, 35 ans : « *J'ai eu une petite fille en juillet dernier et je suis revenue de congé maternité il y a un mois, donc je suis en reprise d'activité. Je suis les cours de training et tous les exercices sont adaptés. Je ressens notamment un bénéfice psychologique : cela fait beaucoup de bien, une bonne fatigue physique, et puis le fait de sentir qu'on reprend son corps en main, surtout après une grossesse. Le fait que la salle soit sur le site, c'est super pratique.* »

Estelle, 30 ans : « *Je pratique dans la salle depuis trois ans et mon intégration chez Michelin. Je cherche plutôt à couper ma journée : cela fait vraiment du bien de venir dans la salle entre midi et deux.* »

Éloïse, 40 ans : « *J'ai connu ce programme, parce qu'il est sur le site. Donc il est facile d'accès, cela permet de gagner du temps quand on est une maman, parce que l'on peut y aller sur le temps de midi ou le soir. Grâce au programme qui a été donc vu avec la médecine du travail, cela m'a permis de reprendre, petit à petit, une activité physique. J'ai eu la chance de pratiquer avec trois autres personnes, cela crée en plus de l'émulation, chacun avait des difficultés différentes, le programme était adapté à chacun d'entre nous, on a pu évoluer à notre rythme sur nos difficultés et ressentir chacun des améliorations significatives.* »

*Les prénoms ont été changés.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Mack-Inocentio D., Gaillard C., Finaud J., Doré É., Doreau B., Pereira B *et al.* Adherence to a physical activity program depends on individual fitness purpose in older persons. *Journal of Physical Activity Research*, 2022, vol. 7, n° 2 : p. 81-88. En ligne : <http://pubs.sciepub.com/jpar/7/2/2/index.html>

Accompagner les seniors vers des ateliers de prévention sur l'alimentation et l'activité physique

Entretien avec **Mélissa Gibert-Badiou**, chargée de développement social, association Sud Eval Paca Corse, Marseille.

La Santé en action : Pourquoi avoir mis en place des ateliers d'activité physique pour les personnes âgées ?

Mélissa Gibert-Badiou : Je suis chargée de développement de l'association Sud Eval Paca Corse, et aussi animatrice de prévention et évaluatrice sociale dans les Bouches-du-Rhône. Nous sommes notamment mandatés par les caisses de retraite pour mener une évaluation globale des besoins des personnes âgées à leur domicile, dans un objectif de maintien à domicile. Cette évaluation porte sur leur santé physique et psychique, leur environnement, leurs liens familiaux et sociaux, leur habitation. À l'issue de cette évaluation, nous préconisons un plan d'actions personnalisé au regard des prestations octroyées par les caisses de retraite et des ressources des retraités. J'anime aussi des ateliers de prévention qui portent sur la mémoire, l'habitat, etc. De ces différentes interventions, je constate que c'est toujours le même public qui participe à des activités socialisantes, et que ces dispositifs sont beaucoup moins fréquentés par les seniors qui en auraient le plus besoin. Afin de limiter cet écueil, une approche de recrutement actif, la procédure Invite, a été mise en place pour les ateliers Alapage qui proposent des activités collectives sur l'alimentation et l'activité physique à des personnes de plus de 60 ans, animés par des professionnels formés (voir encadré ci-après).

S. A. : Comment procédez-vous pour atteindre les personnes les plus isolées ?

M. G.-B. : Pour cette mission, notre association est un des partenaires de l'observatoire régional de santé (ORS) porteur de cette étude avec l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae). Nous allons à la rencontre de personnes fragilisées pour les sensibiliser à participer à ces ateliers. Cette rencontre est

une étape de la procédure Invite. Lorsqu'un atelier est programmé dans une commune, la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) nous communique les coordonnées des seniors les plus isolés et en difficulté¹. En parallèle, la Carsat leur envoie un courrier officiel d'invitation et les informe qu'ils seront contactés. C'est ici que nous prenons le relais : nous téléphonons à ces personnes à partir d'un guide d'appel que nous avons élaboré lors d'une formation sur l'entretien motivationnel auprès du centre régional d'éducation pour la santé (Cres). Nous nous présentons, et nous leur rappelons le contexte. Le but de cet appel est de leur proposer une visite à domicile.

S. A. : Comment se passe la visite à domicile ?

M. G.-B. : L'accompagnateur rappelle d'emblée qu'il vient de la part de la Carsat, institution très importante pour ces personnes – elle leur verse leur retraite, donc cela les met en confiance. Ensuite, nous leur présentons les ateliers avec pour support une vidéo et une plaquette ; la vidéo ne dure que quelques minutes, mais elle inclut des témoignages de personnes qui y ont participé. Nous recueillons les attentes et les besoins de la personne, ce qui lui plairait, ce qu'elle aimerait trouver dans l'atelier. Nous la valorisons aussi en l'interrogeant sur ce qu'elle pourrait apporter au groupe ; partager, c'est un point éthiquement majeur dans notre démarche.

S. A. : Que pensent les personnes de cette procédure Invite et de ces ateliers ?

M. G.-B. : Le point fort de ces visites à domicile, c'est bien entendu l'aspect humain : on va vers elles, on les écoute, on prend en compte leurs besoins, on tisse un lien. Elles nous disent le plus souvent : « Cela fait du bien », « Vous avez pensé à moi, c'est bien ! », « C'est bien de faire des choses pour des vieux comme nous. » Des fiches de suivi individuel nous permettent de recueillir leur ressenti : les personnes plébiscitent 1) la proximité, le fait que l'atelier se déroule à moins de 1 km

L'ESSENTIEL

■ **En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), des évaluateurs sociaux se rendent au domicile des personnes de plus de 60 ans, en situation de fragilité, pour leur proposer de participer à des ateliers alimentation et activité physique, tout près de chez eux. Focus sur cette démarche d'« aller-vers » en cours d'évaluation par une équipe de chercheurs.**

de leur domicile ; 2) le fait que les ateliers soient gratuits et animés par des professionnels ; 3) le fait de se retrouver en groupe et de partager un moment convivial ; 4) le fait de stimuler son envie d'améliorer sa santé et ou sa qualité de vie ou de la maintenir en participant à des activités ludiques sur l'activité physique et sur la nutrition.

S. A. : Quelles raisons freinent leur participation aux ateliers ?

M. G.-B. : Le public ciblé cumule parfois les obstacles pour participer à ces ateliers : peur de se retrouver en groupe, problèmes de santé avec de nombreux rendez-vous médicaux qui ne leur permettent pas de s'engager sur plusieurs séances. Les personnes les plus vulnérables accueillent notre proposition, mais elles attendent bien autre chose, elles nous disent : « C'est sans doute bien, ces ateliers, mais ce n'est pas notre urgence du moment ; notre priorité est de trouver des aides financières. » Nous sommes loin de leurs préoccupations immédiates. Par ailleurs, une équipe de chercheurs pilotés par l'observatoire régional de la santé (ORS) évalue la démarche Invite d'« aller-vers » ainsi que l'ensemble des ateliers Alapage, un atout majeur pour pérenniser cette expérience innovante. Cependant, la recherche a ses contraintes éthiques pour préserver les personnes, et notamment le recueil de consentement. C'est un frein méthodologique. La personne doit signer

un formulaire attestant qu'elle accepte d'y participer. Une minorité des personnes s'y refusent par peur de signer, sur les conseils de leurs enfants et dans un contexte où elles peuvent être harcelées par des démarcheurs indelicats. Autre limite : pour des raisons méthodologiques liées aux contraintes de la recherche, les personnes qui ne savent pas lire et écrire le français sont pour l'instant exclues de la procédure Invite². Elles sont pourtant isolées et en grande difficulté financière, et ces ateliers leur feraient certainement du bien. Il sera donc important de les réintégrer à la procédure de recrutement actif lorsque les ateliers Alapage seront, comme nous l'espérons, généralisés et réalisés en routine.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de cette procédure Invite ?

M. G.-B. : Sur le premier semestre de l'année 2022, la procédure Invite pour les ateliers Alapage a été mise en œuvre dans

neuf communes – six dans les Bouches-du-Rhône, trois dans les Alpes maritimes : 149 entretiens téléphoniques ont été menés et ont débouché sur 40 visites à domicile au cours desquelles 16 personnes ont confirmé leur inscription. Sur le deuxième semestre, Invite a visité neuf communes (dans les Alpes maritimes, les Hautes-Alpes et le Var) : 136 entretiens téléphoniques ont été menés et ont débouché sur 13 visites à domicile, au cours desquelles 10 personnes ont confirmé leur inscription. Les personnes sont âgées de 60 ans à 80 ans, deux tiers d'entre elles sont des femmes, et la grande majorité de ces personnes qui ont participé aux ateliers avaient déjà eu un contact préalable avec l'évaluateur social dans le cadre de la mise en place d'un plan d'aide personnalisé pour un maintien à domicile. Ceci démontre le facteur humain et la confiance instaurée qui permettent aux personnes d'aller vers ce type d'ateliers ; c'est le facteur fondamental

d'adhésion. En une phrase, notre objectif majeur est bien d'aider les personnes âgées à avoir confiance pour participer à des ateliers de prévention. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. À partir de deux bases de données : 1) les bénéficiaires du plan d'action personnalisé qui est un dispositif d'aide financière pour favoriser le maintien à domicile, alloué en fonction des ressources et des besoins des personnes ; 2) les bénéficiaires de l'exonération de CSG, qui est accordée aux personnes disposant de moins de 950 euros de ressources par mois, ou bénéficiaires de l'allocation veuvage ou d'une pension de réversion.
2. Les personnes ne maîtrisant pas le français sont exclues, du fait du cadre de la recherche, car l'évaluation nécessite de lire, comprendre et compléter plusieurs questionnaires.

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

DES ATELIERS EN COURS D'ÉVALUATION

Les ateliers de prévention collectifs Alapage sont élaborés sur la base d'ateliers classiques Nutrition seniors, auxquels des ajustements ont été apportés dans une démarche de co-construction avec des diététiciennes, des professionnels en activité physique adaptée, des chercheurs et des seniors. Ces ajustements visent à renforcer la place de l'activité physique *via* l'intégration de la pratique d'exercices dans les tâches de la vie quotidienne ; à intégrer des sujets d'actualité (alimentation durable, profils nutritionnels, etc.) ; à proposer des activités entre les séances et en autonomie au terme de l'atelier ; et à proposer des outils pour se fixer des objectifs personnalisés. Les ateliers s'étalent sur huit séances de 2 h 30, animées soit par une diététicienne, soit par un professionnel en activité physique adaptée.

Le projet de recherche interventionnelle Alapage est de type essai contrôlé randomisé : un groupe « intervention » est comparé à un groupe « témoin ». Le groupe témoin bénéficie des mêmes ateliers, mais seule-

ment après avoir participé à trois séances sans aucun conseil de prévention (activités conviviales et sans lien avec l'alimentation ou avec l'activité physique). L'objectif est d'évaluer l'impact des ateliers Alapage sur la diversité de l'alimentation et sur l'activité physique de seniors vivant à domicile. Il est prévu de réaliser 45 ateliers (30 ateliers « intervention » et 15 ateliers « témoin ») en 2022-2023, répartis dans 25 structures de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), sélectionnées après réponse à un appel à candidature. Le fait d'accueillir un atelier témoin ou un atelier intervention a été tiré au sort. Les ateliers accueillent en moyenne 10 participants recrutés en partie par la structure elle-même et en partie par la procédure Invite (déjà testée en amont du projet et ayant montré son efficacité à cibler les personnes isolées et ayant le plus besoin d'ateliers de prévention).

L'évaluation porte sur l'impact des ateliers en termes de diversité alimentaire, de niveau d'activité physique et de sentiment de solitude, évalué à la fin de l'atelier, puis trois mois

plus tard. Elle porte également sur l'impact du recrutement *via* la procédure Invite.

Le projet Alapage est réalisé en partenariat entre l'observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae), Avignon Université, l'université de Bordeaux et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ; en collaboration avec la Mutualité française Sud, la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) Sud-Est, l'Association santé, éducation et prévention sur les territoires Provence-Alpes-Côte d'Azur (Asept Paca), Géront'O Nord et Sud Eval ; et il est financé par l'Institut pour la recherche en santé publiques (Iresp), l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca), la Région Sud, la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) Sud-Est et l'université de Bordeaux.

Chloé Cogordan,
chargée d'études en prévention,
observatoire régional de la santé Provence-
Alpes-Côte d'Azur (ORS Paca).

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

Bordeaux, maison MARAdJA, cancérologie : « Permettre aux jeunes patients de se réapproprier leur corps mis à mal par la maladie et les traitements, en retrouvant le plaisir de bouger »

Entretien avec Cécile Vérité,
médecin responsable,
et Marion Berthy,
enseignante en activité physique adaptée,
Maison Aquitaine Ressources pour Adolescents
et Jeunes Adultes traités pour un cancer (MARAdJA).

La Santé en action : Comment la maison MARAdJA est-elle née ?

Cécile Vérité et Marion Berthy : Nous observons depuis longtemps que le parcours de soin des jeunes âgés entre 15-25 ans était complexe. Ces jeunes sont dans un entre-deux du système médical, entre la pédiatrie et les services pour adultes. Un garçon de 17 ans qui est, par exemple, en apprentissage et n'habite parfois plus chez ses parents, ne se sentira pas à l'aise en pédiatrie. Inversement, certains ne se sentent pas à leur place dans un service pour adultes. Par ailleurs, apprendre qu'on a un cancer à cet âge est une vraie rupture dans le parcours de vie et de formation professionnelle. Au moment où l'on pense acquérir une autonomie en même temps que ses pairs, on devient tout à coup dépendant, à contre-courant. Ces jeunes et leurs familles ont besoin d'une attention, d'un savoir-faire spécifique. En 2011, l'Institut national du cancer (INCa) a lancé un appel à projet portant sur les soins de cancérologie pour les adolescents et les jeunes adultes (AJA). Nous avons fait partie des huit projets expérimentaux retenus. La maison MARAdJA est portée par les unités d'oncologie adulte et pédiatrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux et de l'Institut Bergonié, le centre de coordination en cancérologie (3C), le réseau de cancérologie d'Aquitaine et L'agence régionale de santé. Elle a accueilli ses premiers patients en 2013. C'est un lieu de consultation pluridisciplinaire dont l'objectif est de proposer un tremplin vers un nouveau projet de vie, un nouvel état de santé, via un accompagnement psychosocial et un espace de détente et de loisirs. C'est aussi une unité mobile qui se déplace dans les services et

leur apporte une expertise supplémentaire, à l'image des équipes-ressources pour les soins palliatifs ou pour le traitement de la douleur.

S. A. : **Comment ce dispositif fonctionne-t-il ?**

C. V. et M. B. : Ce dispositif comporte deux volets : la surveillance médicale et les soins de support. Le jeune patient rencontre tout d'abord la médiatrice santé pour un échange informel qui permet de recueillir ses besoins. Son évaluation détermine ce qui est proposé ensuite : séances avec un psychologue, rendez-vous avec la socio-esthéticienne, pratique d'une activité physique adaptée avec les deux enseignantes, soutien scolaire, etc. Après le bilan de fin de traitement réalisé par les médecins et par les différents professionnels, un suivi est proposé, qui va durer le temps nécessaire. L'arrêt des traitements médicaux est un moment charnière. Les jeunes patients peuvent avoir le sentiment d'un vide. Il leur faut reprendre la vie d'avant... qui justement ne sera plus semblable, parce qu'ils ne pourront ou ne voudront plus faire les mêmes choses.

S. A. : **Comment l'activité physique adaptée (APA) est-elle abordée auprès des jeunes patients ?**

C. V. et M. B. : Après l'orientation par la médiatrice, nous faisons un point avec les patients concernés : font-ils du sport à l'école et de quel type ? Ont-ils une pratique sportive pendant leurs loisirs ? Est-elle régulière ou non ? Sont-ils adhérents d'un club ? Ensuite, nous réalisons un bilan de leurs capacités physiques. Lors de cette première prise de contact, nous leur expliquons l'intérêt d'avoir une activité physique, mais il n'y a aucune obligation. Et il ne s'agit pas d'emmener vers le sport un jeune qui n'est pas du tout sportif ou qui déteste cela. Il nous faut être pédagogue et montrer que l'activité physique, c'est aussi ne pas rester assis, tout simplement ; ou aller au lycée à pied, se balader avec ses amis le week-end, promener son chien, etc. Ce préambule nous

L'ESSENTIEL

Depuis 2013, la maison MARAdJA à Bordeaux est un lieu interdisciplinaire de soins de support des adolescents et des jeunes adultes (AJA) traités pour un cancer. Il s'agit d'un accompagnement pendant et surtout après les traitements spécifiques. L'objectif : la santé, en leur proposant un accompagnement psychosocial et un espace de détente et de loisirs. La force de l'équipe MARAdJA (médiatrice santé, psychologue, socio-esthéticienne, enseignantes d'activité physique adaptée – APA et professionnels du soutien scolaire) : une éthique du « care », celle du souci quotidien de l'autre, écouter, prendre soin, la relation à l'autre. L'activité physique en est une pièce maîtresse : en pratiquant, les patients constatent qu'ils retrouvent du tonus musculaire, une forme générale. Ils reprennent confiance en eux. Un travail complémentaire consiste en des ateliers animés par la socio-esthéticienne autour du maquillage, du tatouage. À cet âge, le travail sur le corps est essentiel.

permet de construire un accompagnement à la carte, selon les goûts de chacun. S'ils en ont envie, les jeunes peuvent se rendre à la salle de sport tous les jours. Sinon, les séances d'activité physique adaptée ont lieu une fois par semaine. La palette est très diverse : poids et haltères, punching-ball, tapis de marche, badminton, *Swiss ball*, Pilates, relaxation, danse K-pop (coréenne), etc. Ceci étant, les séances personnalisées ne sont pas un but en soi, mais une phase de transition. L'idée est de rendre les jeunes le plus autonomes possible, afin qu'ils puissent faire des exercices à la

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations

maison. Et dans un second temps, pourquoi ne pas rejoindre un club de sport ? Et si intégrer un club s'avère impossible, parce qu'ils n'ont pas la condition physique, nous pouvons les orienter vers des associations handisports, où ils vont pouvoir continuer à pratiquer, à leur niveau. Nous coopérons aussi avec les professeurs de sport des établissements scolaires. Nous leur apportons une aide pour concevoir des programmes ajustés à l'état de santé des adolescents. Ainsi, quand ils reprennent la classe, les patients ne sont plus forcément dispensés des cours d'éducation physique. Les contre-indications au sport n'existent pratiquement plus aujourd'hui ; les certificats médicaux pour l'Éducation nationale évoluent afin d'attirer l'attention sur un problème de santé et sur les ajustements nécessaires à mettre en place.

S. A. : Que pensent ces jeunes patients d'une pratique de l'activité physique adaptée ?

C. V. et M. B. : Une jeune fille, atteinte d'un cancer de la thyroïde, avait pris du poids. Ayant arrêté ses études, elle avait diminué son activité, car disait-elle « *le moindre effort me fatigue* ». Elle ne se sentait pas bien. Nous avons commencé à la suivre il y a trois mois. Avec cette jeune femme pas du tout sportive, il n'était pas question de faire des pompes. Nous lui avons proposé des séances de Pilates et un peu de *step* en musique, afin de travailler la respiration et le renforcement musculaire. Il y a quelques jours, elle nous a affirmé : « *Je suis trop contente d'être là,*

j'ai envie de bouger ! » C'est sans doute un des principaux apports de l'activité physique adaptée (APA) : permettre aux patients de se réapproprier leur corps mis à mal par la maladie et par les traitements, en retrouvant le plaisir de bouger. L'hospitalisation et les thérapies entraînent une perte de muscles, un déclin de l'appétit. Cette transformation du corps abîme l'image de soi. En pratiquant une activité physique, les patients constatent qu'ils retrouvent du tonus musculaire, ils reprennent confiance en eux. C'est complémentaire des ateliers animés par la socio-esthéticienne autour du maquillage, du tatouage. À cet âge, le travail sur le corps est primordial. En outre, l'APA avec ses côtés ludiques et ses ateliers collectifs sort les patients de l'isolement dû à la maladie, et contribue à la cohésion sociale, tout aussi importante à la période de l'adolescence.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de ce dispositif ?

C. V. et M. B. : Pendant la période initiale du dispositif, nous étions contactés par les équipes soignantes. Depuis janvier 2022, les jeunes dont la prise en charge est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire – sur le CHU de Bordeaux ou à Bergonié – sont contactés systématiquement par une équipe adolescents et jeunes adultes (AJA) afin de s'assurer que cette proposition est faite à tous. Ceci permet d'être présent auprès de plus de jeunes et de leur famille en Aquitaine. L'activité physique adaptée se développe en France ces dernières

années et dans la région. L'offre, faite par des associations, relais de proximité, de Bayonne, Pau, Dax, Mont-de-Marsan, etc., s'enrichit avec le temps. Il existe donc un réseau régional en train de se constituer. Pour les patients plus âgés, il est possible de se rapprocher de la Ligue contre le cancer. L'activité de MARAdJA est soutenue par la Ligue contre le cancer de Gironde qui finance en partie cette activité physique adaptée et les soins socio-esthétiques. Nous travaillons en partenariat étroit avec elle. La limite du projet tient principalement aux ressources avec des professionnels à temps partiel. Par ailleurs, des démarches similaires sont faites pour d'autres jeunes atteints d'autres maladies et pour qui un tel dispositif a tout son sens. Depuis août 2018, nous avons un comité de pilotage au CHU de Bordeaux pour mettre en commun nos expertises. Nous souhaitons élaborer un accueil centré sur les jeunes. L'activité physique adaptée permet de réduire l'écart entre ce que peut faire le jeune et ce qu'il souhaiterait faire ou ce qu'on attend de lui. À partir d'un symptôme tel que la fatigue ou un handicap tel qu'une amputation, des propositions bien entendu différentes et adaptées vont être faites : un sport adapté, une remise en mouvement vers une santé, un état de bien-être. Dans le cadre de la cancérologie, des équipes AJA sont présentes dans chaque région et l'objectif est que ce type de dispositif soit accessible à tous. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

LES PERSONNES INTERVIEWÉES DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

ACTIVITÉ PHYSIQUE CONTRE LE CANCER : DES PREUVES SCIENTIFIQUES DE SON EFFICACITÉ

L'Institut du cancer résumait ainsi en 2017 les bénéfices de l'activité physique pendant et après un cancer : « *Les méta-analyses les plus récentes confirment le rôle joué par l'AP sur l'amélioration des capacités cardio-respiratoires et des qualités musculaires, ce qui permet d'améliorer ou de maintenir l'indépendance physique des patients, que les programmes d'AP soient entamés pendant, ou dans les suites des traitements. L'AP régulière permet par ailleurs d'améliorer ou de normaliser la composition corporelle (réduction de la masse grasse, de l'IMC, et maintien ou gain de masse musculaire) et d'améliorer la qualité de vie globale, la douleur, de réduire*

la perception de la fatigue liée aux cancers et d'améliorer l'estime de soi. Des études suggèrent également des bénéfices en termes de récupération postopératoire dans le cadre de certains cancers (ORL, sein, poumon) et de réduction d'effets secondaires des traitements hormonaux. Enfin, des données observationnelles montrent l'association de la pratique d'AP avec l'amélioration des survies globale et spécifique, et la réduction du risque de récurrence (pour les cancers du sein, du côlon, de la prostate). Les données actuelles, qui confortent le rôle bénéfique de l'AP régulière pour les patients atteints de cancers, soulignent toute l'importance à

sensibiliser tous les professionnels de santé à la prescription de l'AP, afin de permettre sa pratique. Celle-ci doit être proposée dès le diagnostic, et doit être par la suite maintenue tout au long du parcours de soins. »

Source : « Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques » / Collection États des lieux et des connaissances, INCa, mars 2017.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Benefices-de-l-activite-physique-pendant-et-apres-cancer-Des-connaissances-aux-reperes-pratiques>

Au centre de lutte contre le cancer de Lyon « C'est le patient qui décide de l'activité physique qui lui convient, nous l'accompagnons »

Entretien avec Rodolf Mongondry,
responsable activité physique adaptée, département
Prévention Cancer Environnement, centre de lutte
contre le cancer Léon-Bérard, IHOPe, Lyon.

L'ESSENTIEL

► Au centre de lutte contre le cancer Bérard de Lyon, les enseignants d'activité physique adaptée (APA) sont implantés dans les services de soins et travaillent en permanence avec les autres professionnels de santé. Ils ont une seule boussole : partir des attentes, besoins et capacités de chaque patient atteint d'un cancer. Ils informent le patient, le rassurent et ont une approche holistique centrée sur la personne. L'autodétermination du patient est cruciale ; ils l'accompagnent pour qu'il développe les compétences qui vont lui permettre de rester actif sur la durée.

La santé en action : L'activité physique adaptée (APA) est-elle vraiment bénéfique aux patients atteints d'un cancer ?

Rodolf Mongondry : De nombreux essais scientifiques randomisés ainsi que plusieurs méta-analyses ont montré que le ratio bénéfices-risques était largement favorable à la pratique d'une activité physique pendant les traitements du cancer notamment pour les cancers du sein, de la prostate et le cancer colorectal, où le niveau de preuve scientifique est supérieur, avec un plus grand nombre d'études réalisées. Ainsi, l'activité physique permet à la fois de lutter contre les effets de la maladie et les conséquences des traitements. En 2019, une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a éclairé plus précisément



© Gérard Saucy/Ville de Paris

les bénéfices d'une activité physique adaptée face aux cancers [1]. Elle apparaît comme le meilleur moyen de réduire de 30 % à 40 % la fatigue. Elle soulage les douleurs musculaires et articulaires. Elle concourt au maintien de la condition physique, en préservant la capacité aérobie des patients. Elle permet d'avoir un meilleur contrôle sur la variation de poids du patient en préservant la masse musculaire et en limitant la prise de masse grasse. Elle participe à réduire l'isolement social et la solitude. L'activité physique adaptée (APA) joue donc un rôle dans l'amélioration de la qualité de vie des patients sur les plans physique, psychologique et social. Enfin, le pronostic de survie est amélioré pour 11 types de cancers différents. C'est pourquoi aujourd'hui l'APA est de plus en plus intégrée aux parcours de soin, car elle participe à la guérison ; c'est d'ailleurs une perte de chances pour le patient de ne pas pratiquer d'activité physique pendant les traitements du cancer.

S. A. : **Pourquoi cette pratique n'est-elle pas toujours suivie ?**

R. M. : De façon générale, on a tout de même changé de paradigme. L'idée qu'il faut rester au lit quand on est malade a de moins en

moins cours, alors que la nécessité de bouger a nettement progressé chez les professionnels de santé, parmi le grand public, auprès des patients et des proches aidants. C'est peut-être dans la façon de bouger qu'il y a des progrès à faire. Comment prescrire l'activité physique adaptée (APA) ? À quel moment est-il pertinent d'orienter le patient vers l'activité physique ? Des freins persistent : la peur d'une aggravation de la maladie, l'expérience antérieure de la personne atteinte du cancer qui a de mauvais souvenirs de ses années d'éducation physique et sportive (EPS) à l'école, le stress et/ou la dépression dans laquelle la plonge la maladie, son état de force, etc. Donc, il faut faire beaucoup de communication sur les bénéfices de l'activité physique adaptée (APA) et sur ce que cela signifie. Au centre Léon-Bérard, les enseignants d'APA – qui possèdent un diplôme universitaire STAPS¹, rappelons-le – sont bien implantés dans les services ; et ils travaillent en collaboration avec les professionnels de santé pour élaborer les programmes d'APA.

S. A. : **Que proposez-vous aux patients ?**

Le concept de base, c'est de faire bouger les patients en tenant compte de leurs spécificités physiques, psychologiques,

biologiques et sociales. Le travail s'articule donc autour de trois éléments essentiels : les besoins, les attentes et les capacités. Il s'agit d'abord d'informer et de rassurer le patient ; nous avons une approche holistique, centrée sur la personne, son environnement, ses représentations mentales concernant le sport ou l'activité physique. Ensuite, la notion de plaisir est primordiale, quelle que soit la discipline qui est proposée comme support d'activité physique adaptée (APA) ; c'est comme le cinéma ou la lecture, il faut choisir les films ou les livres qui nous font envie. Enfin, l'autodétermination du patient est encouragée : lors des soins, il se soumet déjà à des protocoles stricts ; alors, il doit avoir la main sur l'activité physique. Bien sûr, nous l'accompagnons pour qu'il développe les compétences qui vont lui permettre de rester actif sur la durée, de prendre des habitudes et de les garder. Au centre Léon-Bérard, nous avons la chance de disposer d'un espace de 300 m² dédié à l'APA – l'espace Pyramide –, qui nous permet d'accueillir les patients dans les meilleures conditions possibles. Les programmes proposés sont divers, avec des séances sur place, à distance et/ou en autonomie ; ils suivent les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Institut du national du cancer. Il y a des activités d'endurance : marche, *fit dance*, etc. ; de renforcement musculaire : gym, circuit *training*, etc. ; d'assouplissement : yoga, Pilates, etc. ; des activités collectives, telles que le basket-santé ou le *touch rugby* qui se pratique sans placage. Ces programmes sont accessibles à tous les patients disposant d'un certificat d'aptitude à l'activité physique adaptée, dispensé par leur oncologue, qu'ils soient hospitalisés ou en ambulatoire ; peu importe leur âge.

S. A. : Comment parvenez-vous à les inciter à suivre ces programmes ?

R. M. : Les séances ne commencent qu'après un premier bilan, pendant lequel les enseignants en activité physique adaptée (APA) échangent avec le patient. Que pense celui-ci de l'activité physique ? Quelles sont ses habitudes actuelles ? Faisait-il du sport auparavant ? Puis, nous procédons à une série de tests : test de marche de six minutes (TDM6), tests de force, exercices de souplesse et d'équilibre, etc. Ces derniers permettent de mesurer les aptitudes du patient et de le rassurer sur ses capacités. Enfin, il y a un entretien motivationnel auquel tous les enseignants APA sont formés : on y définit ensemble des objectifs qui sont atteignables,

stimulants et durables. On ne force jamais le patient, et les plus réfractaires ne viennent pas à ce premier bilan, opposant dès le départ un refus à leur médecin. Toutefois, cette approche co-construite qui tient compte des souhaits et des contraintes permet d'entraîner dans un cercle vertueux un grand nombre de patients, y compris ceux qui n'avaient pas auparavant un loisir sportif. Une des clés de la réussite pour l'adhésion est liée à l'environnement ; il faut que l'activité soit à proximité du lieu d'habitation du patient. Il y a donc également un dispositif d'accompagnement en visio pour les patients qui habitent loin ; des liens avec quelques associations favorisent l'accès à certaines structures. Enfin, en plus des séances pratiques, des ateliers Éducation thérapeutique du patient permettent aux patients de s'entraider, de partager leurs réussites ou leurs échecs, et de concrétiser leur projet d'activité physique adaptée.

S. A. : En quoi consiste l'expérimentation en cours auprès de jeunes patients en chambre stérile ?

R. M. : En effet, nous menons une étude (Evaade²) auprès de patients âgés entre 8 ans et 21 ans, ayant besoin d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, ce qui nécessite une hospitalisation de plusieurs mois en milieu stérile. Pour lutter contre la sédentarité, l'idée est de tester la faisabilité d'un dispositif d'activité physique adaptée (APA) ludique, avec un vélo d'appartement connecté à une application, disponible sur Smartphone. L'intérêt est double : nous répondons à une contrainte de matériel facilement utilisable en chambre et nous proposons une rupture de l'isolement du patient *via* des jeux interactifs et des challenges physiques, réalisés en équipe. Les jeunes sont ainsi connectés entre eux pour remporter des défis ; les parents et les membres de l'équipe soignante peuvent participer afin que l'enfant ou l'adolescent soit encore davantage incité. Si l'expérimentation est probante, elle pourra être généralisée au niveau national.

S. A. : Quels retours avez-vous des patients qui se sont mis à l'activité physique adaptée ?

R. M. : La plupart disent se sentir mieux dans leur corps et dans leur tête. Ce bien-être, qui tient aussi au recul de la fatigue, leur donne le sentiment de moins subir la maladie. Ils ont l'impression de devenir acteur de leur santé. J'avoue que leur détermination m'impressionne. Ils se motivent, alors que parfois leur mode de vie passé ne faisait guère

de place à l'activité physique. Et ils font des progrès, malgré les difficultés et, parfois, un mauvais état de forme.

S. A. : Quelles mesures permettraient à tous les patients souffrant de cancer de bénéficier d'une activité physique adaptée ?

R. M. : Il me semble important de continuer à sensibiliser et à informer les professionnels de santé sur ce sujet, en créant d'autres outils, d'autres contenus afin de les aider à mieux en parler à leurs patients. Il faudrait également encore plus diversifier les approches et intégrer au plus vite dans nos pratiques les apports récents de la recherche, ce qui permettrait d'atteindre les personnes malades qui ne parviennent pas actuellement à franchir le pas vers l'activité physique adaptée (APA). Si le décret *Sport sur ordonnance* de 2017 a constitué une étape importante, il manque la dernière pierre, celle du remboursement par la Sécurité sociale, alors que l'APA est une vraie thérapie non médicamenteuse. Il est toutefois positif de voir que les mutuelles se positionnent de plus en plus sur cette question ; et un bilan après cancer a été mis en place, avec un forfait de 180 euros, subventionné par l'agence régionale de santé – dont 45 euros sont consacrés à l'évaluation APA – ; même si malheureusement celui-ci ne comprend pas de séances, faute de financement. Enfin, le développement de l'activité physique adaptée est sur la bonne voie et il faut que tous les acteurs continuent d'avancer ensemble dans les prochaines années. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Sciences et techniques des activités physiques et sportives.
2. Étude de faisabilité évaluant les Vélos connectés comme moyen d'Activité physique Adaptée chez les Enfants, adolescents et jeunes adultes (Evaade).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Inserm (dir.). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Montrouge : EDP Sciences, coll. Expertise collective, 2019, XVI-805 p.
<https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>

Pour en savoir plus

Littérature relative au dossier

49

Pour compléter le dossier consacré à l'activité physique adaptée, ce dossier documentaire présente une sélection de ressources organisée selon cinq axes : aspects juridiques, décrets ; rapports, recommandations ; prise en charge médicale ; maladies chroniques et activité physique adaptée ; aspects politiques et sociaux. Au sein des parties thématiques, les références bibliographiques ont été classées par ordre chronologique inversé.

Les liens ont été consultés le 15/12/2022

Laetitia Haroutunian,

documentaliste,
direction scientifique et international,
Santé publique France.

DÉCRETS / ASPECTS JURIDIQUES

• Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 ouvrant notamment la prescription de l'activité physique adaptée (APA). JORF n° 0052 du 3 mars 2022.

En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

• Ngo M.-A., Lemahieu L., Bergeron V. Analyse juridique du décret « sport sur ordonnance » : enjeux et perspectives. *Science & Sports*, 2018, vol. 33, suppl. n° S1 : S12-S13.

• Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée. JORF n° 0304 du 31 décembre 2016. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033748987>

• Fabre C., Chavignay É. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 2010, vol. 2, n° 6 : p. 628-630.

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

• Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques*. Montrouge : EDP Sciences, coll. Expertises collectives, 2019 : 805 p. En ligne : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/9689>

• Haute Autorité de santé (HAS). *Activité physique et sportive pour la santé. Promotion, consultation et prescription chez les adultes*. [Note méthodologique et dossier bibliographique]. Saint-Denis : HAS, 2018 : 97 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876895/fr/note-methodologique-et-synthese-bibliographique-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante-promotion-consultation-et-prescription-chez-les-adultes

• Institut national du cancer (INCa). *Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques*. Boulogne : INCa, coll. États des lieux et des connaissances, 2017 : 210 p. En ligne : https://www.e-cancer.fr/content/download/193374/2587278/file/Benefices_de_l_activite_physique_pendant_et_apres_cancer_mel_20170328.pdf

• Bigard X. *Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles Formations ?* Rapport remis au Directeur Général de la Santé le 20 juin 2016. Paris : ministère de la Santé, 2016 : 34 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf

• Barbin J.-M., Camy J., Communal D., Fodimbi M., Perrin C., Vergnault M. *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée*. Paris : Société française des professionnels en activité physique adaptée, 2016 : 130 p. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01217257>

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : DÉFINITIONS ET OUTILS

• Ayebl I., Charles R., Bois C., Laval B. Outils d'aide à la prescription d'activité physique adaptée. *Médecine*, 2022, vol. 18, n° 5 : p. 209-214.

• Haute Autorité de santé (HAS). *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*. Saint-Denis : HAS, 2022 : p. 1. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

• Bonnet V., Ristovski M. *Le médecin généraliste et l'activité physique adaptée (APA) : de la formation initiale à la prescription en cabinet*. Vandœuvre-Lès-Nancy : Université de Lorraine, 2020 : 104 p.

• Erb L. L'activité physique adaptée, médicament du XXI^e siècle. *L'Aide-Soignante*, 2020, vol. 34, n° 213 : p. 10-11.

• Rivière D., Bigard X. Prescription de l'activité physique. In: Rivière D., Rochongar P., Amoretti R., Bigard X., Lecocq J., Monod H., et al. *Médecine du sport : Pour le praticien*. Paris : Elsevier-Masson, coll. Pour le Praticien, 2020 : p. 228-235.

• Chenuel B. Mise au point : la prescription médicale d'activité physique adaptée en pratique. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2020, vol. 34, n° 2 : p. 116-121.

• Rivière D. Le concept de prescription de l'activité physique. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2017, vol. 201, n° 4-6 : p. 869-878.

• Médicosport-santé ©

Dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Validé par la commission médicale du 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 physiques, physiologiques et mentales de chaque discipline ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport-santé. Il vise à aider les médecins généralistes à la prescription d'activités physiques et sportives. [source : Médicosport-santé]. En ligne : <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/>

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET MALADIES CHRONIQUES

- Bouillet T., Joly F., Saghatchian M., Guéroult-Accolas L., Tahar J.-M., Descotes J.-M., *et al.* Activité Physique Adaptée et cancer métastatique : quels besoins et quelles attentes ? *Bulletin du Cancer*, 2022, vol. 109, n° 12 : p. 1287-1297.
- Gouez M., Raynard B., Marijnen P., Hen NHH., Fervers B. Nutrition et activité physique adaptée (APA) pendant et après les traitements du cancer : bénéfices thérapeutiques, physiopathologie, recommandations, prise en charge clinique. *Bulletin du Cancer*, 2022, vol. 109, n° 5 : 516-527.
- Lasseur C., Bentejac K., De La Roque C.-D., Prezelin M., Nodimar C., Chauveau P. Prévention des chutes par l'activité physique adaptée en unité d'auto-dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2022, vol. 18, n° 5 : p. 429.
- Barbe C. L'activité physique adaptée, une thérapie efficace, peu onéreuse, à prescrire à tous les patients atteints de cancer. *Innovations & Thérapeutiques en Oncologie*, 2021, vol. 7, n° 5 : p. 275-280.
- Grémy I., Carre F. coord. Le sport : nouvelle thérapie des maladies chroniques du XXI^e siècle ? [dossier]. *Actualité et dossier en santé publique*, 2021, n° 114 : p. 13-49.
- Activité physique en prévention et traitement des maladies chroniques. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2020, Hors-Série n° 3, novembre 2020. *En ligne* : <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/index.html>
- Barassin L., Tallec N. Approche pluridisciplinaire par l'activité physique adaptée d'un patient atteint de cancer. *L'Aide-Soignante*, 2020, vol. 34, n° 213 : p. 12-14.
- Leroy B. Activité physique adaptée et maladie neurodégénérative. *Douleur et Analgésie*, 2020, vol. 33, n° 1 : p. 31-33.
- Crespel C., Bami C., de Boissieu P., Mazza C., Chauvet K., Lemoine A., *et al.* Évaluation de la faisabilité d'un programme d'activité physique adaptée en hôpital de jour de cancérologie digestive : à partir du point de vue des patients. *Bulletin du Cancer*, 2018, vol. 105, n° 3 : p. 228-233.
- Lantheaume S., Fabre F., Fisch C., Motak L., Massol P., Lantheaume S., *et al.* Cancer du sein, activité physique adaptée et qualité de vie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2017, vol. 175, n° 10 : p. 841-848.
- Garnier S.-R., Zerdab A., Laurin J., Donnet A. « Fibromyactiv » : étude pilote monocentrique, prospective, randomisée. Efficacité de la pratique d'activité physique adaptée sur la qualité de vie de patients fibromyalgiques. *Douleurs : Évaluation-Diagnostic-Traitement*, 2017, vol. 18, n° 2 : p. 87-104.
- Bachmann P., Baudinet C., Foucaut A.-M., Kempf A.-S., Meyrand R., Berthouze S., *et al.* Activité physique pendant et après le cancer : comment prescrire et dans quels objectifs ? *Nutrition clinique et métabolisme*, 2015, vol. 29, n° 2 : p. 121-125.
- Neuzillet C., Hammel P. Activité physique adaptée et cancer du pancréas : étude APACaP. *La Lettre du cancérologue* (Boulogne), 2014, vol. 23, n° 5 : p. 152-153.
- Barth N., Perrin C., Camy J. S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2 : entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) ». *Loisir et Société / Society and Leisure*, 2014, vol. 37, n° 2 : p. 224-240.

• Speyer E., Herbinet A., Vuillemin A., Briançon S., Chastagner P. Activité physique adaptée et qualité de vie liée à la santé lors d'un séjour hospitalier chez des enfants atteints d'un cancer : APOP, un essai randomisé en cross-over. *Science & sports*, 2011, vol. 26, n° 4 : p. 202-206.

• Perrin C., Champely S., Chantelat P., Sandrin B., Mollet E., Tabard N., *et al.* Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 3 : p. 213-223.

ASPECTS POLITIQUES ET SOCIAUX

- Dizin E., Perrin C., Boutroy E. Activité Physique Adaptée : penser la capacitation en réseau. Analyse sociotechnique de l'émergence d'un dispositif de prescription à l'échelle d'une ville. *Recherches & éducations*, 2022, Hors-série. *En ligne* : <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/12630>.
- Perrin C. Entre passion et visée réformatrice : l'émergence en diabétologie d'un dispositif innovant d'Activité Physique Adaptée intégré et sa diffusion dans les réseaux de santé. *In: Pinget M., Bubeck A. Regards croisés sur le diabète*. Paris : L'Harmattan, coll. Éthique et pratique médicale, 2022 : p. 237-250.
- Perrin C. Faire bouger ou promouvoir la santé par l'activité physique ? *Horizon pluriel*, 2022, vol. 37 : p. 16-17.
- Perrin C., Perrier C., Issanchou D. dir. Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine. *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, coll. Sport, Culture et Société, 2022 : 246 p.
- Brier P. L'odyssée de l'Activité Physique Adaptée (APA) : sociohistoire d'un concept polysémique (1972 à 2021). *L'odyssée de l'Activité Physique Adaptée (APA) : sociohistoire d'un concept polysémique (1972 à 2021)*. Paris : L'Harmattan, coll. Mouvement des savoirs, 2021 : 334 p.
- Perrier C, Perrin C. Politiques nationales et internationales d'activité physique pour la santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2021, vol. 114 : p. 20-21.
- Perrin C. L'intervention en AP auprès des patients en affection de longue durée : entre professionnalité émergente et organisations innovantes. *In: Gasparini N., Knobe S., Le Sport-santé : de l'action publique aux acteurs sociaux*. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg, 2021 : p. 101-122.
- Perrin C. L'émergence de l'activité physique adaptée dans le parcours de soins des maladies chroniques : entre réadaptation et éducation salutogénique. *SociologieS*, 2021. *En ligne* : <https://journals.openedition.org/sociologies/15632>
- Perrin C., Mino J.-C. Activité physique adaptée et enjeux normatifs dans les trajectoires de maladie chronique aux points de rencontre des approches interactionnistes et de la philosophie de Georges Canguilhem. *Corps*, 2019, vol. 1, n° 17 : p. 103-112.
- Perrin C. Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé publique*, 2016, Hors-série (S1) : p. 141-151.
- Perrin C., Dumas A., Vieille Marchiset G. L'activité physique comme objet de santé publique : fabrique, diffusion et réception des nouvelles normes de santé active. [Introduction du Dossier]. *SociologieS*. 2021. *En ligne* : <https://journals.openedition.org/sociologies/15612>

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directrice de la publication :

Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

PHOTOS :

Photo de couverture et sommaire p. 2 :

© Clément Dorval / Ville de Paris. Séances de pratique sportive adaptée, Maison Sport-Santé Curial (Paris 19^e).

Page 3 : © Sophie Robichon / Ville de Paris. Séance handisport basketball fauteuil, berges de seine, Paris.

Page 5 : © Guillaume Bontemps / Ville de Paris. Descente sauvage par la compagnie Olivier Dubois, parc de Belleville, Paris.

Page 9 : © Joséphine Brueder / Ville de Paris. Danses afro-antillaise participatives, compagnie Difé Kako, Place Jean-Michel Basquiat, Paris.

Page 13 : © Gérard Sanz / Ville de Paris. Gymnase salle multisports Ortolan, Paris 5^e.

Page 15 : © Sophie Robichon / Ville de Paris. Tennis de table en fauteuil, berges de seine, Paris.

Page 17 : © Gérard Sanz / Ville de Paris. Animation handisport, piscine Emile Anthoine, Paris 15^e.

Page 35 : DR

Page 38 : © Dominique Lampla / Département du Nord

Page 40 : © Dk Pulse

Page 47 : © Gérard Sanz/Ville de Paris. Séance vélo indoor, atelier sport et cancer à la Butte aux caillies, Paris.

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 4^e trimestre 2022

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

Élodie
Ex-fumeuse
depuis 5 ans

**“ Aujourd’hui,
je ne suis plus esclave
de la cigarette.”**

C’est possible d’arrêter de fumer.

**Pour un coup de pouce :
découvrez notre site.**

**tabac
info
service**

bienvenue dans une vie
sans tabac

Ref. Revue : NS12-462-22R

