

abouti de l'intégration rapide et croissante de l'activité physique à visée de santé dans les politiques déployées par l'État français depuis le début des années 2000.

Les différentes politiques publiques présentées ici ne sont pas pour autant harmonisées, comme le précise le travail de Prévot-Ledrich *et al.* [55]. Il n'existe ainsi pas de politique publique globale de promotion de l'activité physique à visée de santé en France, même si c'est un des objectifs forts de la Stratégie nationale sport-santé. Le même constat est fait dans d'autres pays, malgré les demandes régulières de l'OMS de construire des politiques systémiques d'incitation à l'activité physique pour tous les moments de la vie. Ce positionnement n'est d'ailleurs pas récent et fait suite aux travaux de l'Union européenne initiés au milieu des années 1990 et au rapport de l'Office of the Surgeon General en 1996 aux États-Unis, qui investissent l'idée que l'activité physique est, et doit devenir, un plein facteur de santé publique.

L'OMS publie à ce titre, et depuis 2010, des rapports et des objectifs pluriannuels de mise en exercice des corps dans le cadre des Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. C'est ainsi que l'organisation internationale a lancé en 2018 un Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030, qui définit quatre objectifs stratégiques et recommande vingt mesures concrètes à l'intention des États membres et des partenaires internationaux. Ce plan appelle l'ensemble des décideurs locaux et nationaux à adopter une approche « systémique » afin que tous les secteurs du monde social puissent instaurer des environnements sûrs et stimulants et dès lors permettre à chacun d'élever son niveau d'activité physique.

L'objectif est de réduire la sédentarité de 10 % d'ici à 2030, notamment à l'aide de la trousse à outils Active, mise en circulation en 2019 et qui apporte des orienta-

tions techniques précises et concrètes sur la façon de donner effet aux vingt mesures recommandées. Adaptable à la situation locale, cet ensemble d'outils instaure en particulier des mécanismes nationaux de coordination entre les différents ministères, de vastes et récurrentes campagnes de communication, des lignes directrices à suivre par région ou encore l'investissement dans de nouvelles technologies afin d'élaborer des approches qui permettront d'accroître l'activité physique, spécialement dans le contexte de faibles ressources.

Il est à noter que les politiques mises en place comme les outils utilisés diffèrent selon les pays. Du point de vue de l'implication des médecins généralistes, par exemple, si le choix de la prescription par le médecin traitant est nouveau en France, il avait déjà émergé en Allemagne, au Royaume-Uni et en Italie, pour ne citer que quelques cas. Dans une autre mesure, la Nouvelle-Zélande a instauré depuis le milieu des années 1990, une « prescription verte » du médecin généraliste destinée à l'ensemble de la population afin de favoriser les comportements actifs et la mise en place « d'exercices réguliers ». En Suède et au Canada, des conseils sont prodigués par le médecin sans prescription, la prise en charge financière n'étant pas visée.

Les stratégies nationales sont encore très diverses et, malgré une volonté commune de réduire la sédentarité et d'augmenter l'activité physique, l'immense majorité des États étudiés investit peu de ressources économiques pour convertir les volontés en actions concrètes. C'est pourtant la direction qu'encouragent à prendre les différentes expertises collectives, notamment en France celle de l'Inserm [31], qui a contribué à fonder la Stratégie nationale sport-santé en insistant sur l'importance de choix systémiques à opérer, ambition qui demeure l'objectif final des politiques nationales et internationales en matière d'activité physique. ▲

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 47.

Les propositions gouvernementales : état des lieux

L'activité physique apparaît dans les politiques publiques comme déterminant de santé avec le lancement, en 2001, du premier programme national nutrition santé (PNNS), dont l'objectif général est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. Le PNNS prend en compte les dimensions biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire et de l'activité physique. Dans la quatrième version de ce plan, lancée en septembre 2019, l'une des actions vise à renforcer la prescription d'activité physique adaptée par les médecins et à développer sa pratique pour les personnes atteintes de maladie chronique.

Le recours à l'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse prend d'abord consistance en 2012, avec le premier plan national sport, santé, bien-être (SSBE), copiloté par le ministère chargé des sports et le ministère chargé de la santé. Par le biais d'une instruction adressée aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR/D-JSCS), ce plan lance la constitution de réseaux sport santé bien-être au niveau régional, en mettant à profit les ressources humaines et financières locales. Ainsi, dans chaque région, des actions structurantes ont vu le jour, mettant en lien de nombreux

Sophie Cha
Médecin conseillère,
délégation régionale
académique à
la jeunesse, à
l'engagement et
au sport (Drajes)
Bretagne



Le sport : nouvelle thérapeutique des maladies chroniques du XXI^e siècle ?

acteurs : le mouvement sportif (comités régionaux et départementaux olympiques et sportifs), des collectivités locales, des établissements de santé, des mutuelles, des associations de patients. Ces actions visaient à :

- identifier, structurer et développer les offres d'activité physique adaptée ;
- sensibiliser, former et accompagner les professionnels sur le recours aux activités physiques adaptées comme outil de santé ;
- amener les porteurs de maladie chronique à pratiquer une activité physique.

En janvier 2016, la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé¹ introduit officiellement la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée, adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru. Un amendement du 13 mars 2021² élargit la cible des bénéficiaires aux porteurs de pathologie chronique. De plus, le prescripteur n'est plus exclusivement le médecin traitant, c'est le médecin « prenant en charge » le patient.

Les modalités d'application de cet article ont été précisées en décembre 2016 par un décret puis, en mars 2017, par une instruction destinée aux ARS et DR/D-JSCS³. Celle-ci donne les orientations et recommandations pour le déploiement du dispositif sur le territoire national, lançant concrètement ce que l'on a appelé la « loi du sport sur ordonnance » : elle précise, notamment, quels sont les professionnels de l'activité physique adaptée désignés pour prendre en charge les patients selon leur niveau de limitation fonctionnelle. Ainsi, les professionnels de santé autorisés à encadrer de l'activité physique adaptée (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens), les enseignants en activité physique adaptée diplômés des UFR sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps), et les éducateurs sportifs formés au sport santé trouvent leur place dans un exercice coordonné.

Les expertises comme aide à la prescription

Les rapports scientifiques se sont succédé pour installer progressivement l'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse à part entière et pour en définir l'utilisation (Inserm 2008, HAS 2011, Anses 2016, Inserm 2019). Afin de doter les médecins prescripteurs d'un outil pratique, la Haute Autorité de santé publie en 2019 son *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé*, assorti de référentiels déclinant

l'usage de l'activité physique adaptée selon la pathologie considérée.

Par ailleurs, le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) met à disposition des médecins son *Médocosport-santé*, un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Validé 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.

Les maisons sport-santé

Faisant suite au premier plan national, la stratégie nationale sport santé 2019-2024⁴, portée par le ministère des Sports et le ministère de la Santé et des Solidarités, élargit le recours à l'activité physique adaptée à l'ensemble de la population, car les statistiques montrent qu'elle est trop sédentaire et inactive. La prescription d'activité physique adaptée prend un essor supplémentaire grâce à la mise en place des maisons sport-santé (MSS)⁵.

Celles-ci endossent la mission de « guichet unique », auquel pourront s'adresser toutes les personnes qui désirent pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge. Elles s'adressent également à des personnes souffrant d'affection de longue durée ou de maladie chronique nécessitant, sur prescription médicale, une activité physique adaptée sécurisée et encadrée par des professionnels.

L'objectif gouvernemental est de créer environ 500 maisons sport-santé équitablement réparties sur le territoire national, d'ici à mai 2022. Parmi celles-ci, on trouve des établissements (de santé et de sport, notamment), mais aussi des réseaux sans unité de lieu : ainsi, des professionnels de la santé et du sport peuvent établir des liens fonctionnels permettant une orientation adéquate des pratiquants vers la structure la plus adaptée à leur condition physique et à leur situation. L'implication croissante des collectivités locales joue un rôle important dans le déploiement de ce dispositif.

Le financement de la pratique

L'absence de prise en charge financière de la pratique d'activité physique adaptée par l'État est régulièrement pointée comme un frein au développement de la prescription. Cette situation pourrait évoluer, avec un remboursement par la sécurité sociale au profit de patients présentant des pathologies ciblées (cancer du sein, diabète de type 2, pathologie cardiovasculaire...). Dans l'arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer, un bilan

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

2. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements_alt/3980/AN/369

3. Instruction du 3 mars 2017 : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42071>

4. Stratégie nationale sport santé 2019-2024 : <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/>

5. Maisons sport-santé : <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/maisons-sport-sante/maisons-sport-sante-carte>

fonctionnel et motivationnel de l'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée, établi par un professionnel de l'activité physique adaptée, peut faire l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.

Le financement des programmes est souvent composite, sollicitant en proportions variables : le pratiquant lui-même, les mutuelles de santé, les ARS (financements fléchés vers les maisons sport-santé ou des programmes ciblés), les collectivités locales, des subventions aux associations sportives... La sécurisation de ce financement conditionne la pérennisation de la pratique, qui est garante de résultats durables sur la santé des patients.

Les freins à la prescription d'activité physique

La réalité du développement des plans régionaux sport santé bien-être a été analysée en 2018 par un rapport réalisé par l'Igas et l'IGJS⁶. L'enquête rapporte « une forte mobilisation au niveau territorial des très nombreux acteurs concernés (du champ médical/paramédical, sportif, collectivités locales) autour des copilotes (agences régionales de santé et directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale), un foisonnement d'actions, menées principalement par des associations ». L'offre d'activité physique adaptée ne cesse de s'étoffer et de se diversifier.

Les témoignages de pratiquants sont souvent éloquentes, ils traduisent l'amélioration de la qualité de vie perçue par les usagers du sport santé. Ceux qui ont pu être pris en charge en 2020 dans les premières maisons sport-santé, malgré la crise sanitaire, relatent majoritairement les bienfaits ressentis grâce à une

6. Rapport de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) et de l'IGJS (Inspection générale de la jeunesse et des sports) : <https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/Rapport-IGAS-IGJS-Evaluation-des-actions-menees-en-matiere-d-activite-physique-et-sportive-a-des-fins-de-sante>

prise en charge adaptée. Les premières évaluations médico-économiques, à grande échelle, des améliorations obtenues, devraient être collectées en 2021 grâce au recueil des données au sein des maisons sport-santé.

Un certain nombre de freins sont malgré tout identifiables :

- l'insuffisance d'appropriation de la prescription par les médecins traitants, qui manquent de formation spécifique et connaissent mal les dispositifs régionaux mis en place ;
- les difficultés de référencement de l'offre d'activité physique adaptée sur les territoires : parvenir à identifier et faire connaître l'ensemble des actions mises en place demeure un objectif qui nécessite une harmonisation des outils, notamment numériques, créés dans le cadre des plans sport santé bien-être ;
- une qualification hétérogène des encadrants sportifs, aux statuts professionnels très divers, qui ne facilite pas la mise en confiance des médecins ;
- la difficulté pour les clubs sportifs à orienter vers eux un public nouveau, par manque de connexion avec les professionnels de santé ;
- le financement de la pratique encadrée pour les plus démunis, et celui du temps de coordination au sein des maisons sport-santé, qui nécessite souvent le recrutement d'un professionnel de l'activité physique adaptée.

Les maisons sport-santé devraient, par leur positionnement à l'interface du monde du sport et de celui de la santé, lever une partie des freins organisationnels.

Le financement de la pratique, de plus en plus significatif de la part des mutuelles de santé, pourrait se renforcer grâce à la contribution de la sécurité sociale pour certains publics.

Enfin, les collectivités locales voient progressivement, dans le sport santé, un outil d'inclusion qui répond à la fois aux impératifs de santé et à ceux de cohésion de la population. ▲

Une approche contrastée : la vision québécoise

Le Québec est reconnu comme un précurseur en matière de promotion et de prévention par l'activité physique en lien avec la prise en charge de l'obésité, du diabète et des maladies chroniques. D'ailleurs, plusieurs recherches de sources québécoises sont reconnues mondialement en la matière. Les nombreux bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer, tant sur le plan physique que mental. Elle joue un rôle important dans le maintien de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. L'activité physique aide, entre autres, à prévenir les maladies chroniques comme le cancer, le diabète de type 2 et les maladies

du cœur, à améliorer l'attention, la concentration et les autres fonctions du cerveau, à maintenir une bonne santé mentale, à diminuer le stress et à améliorer le sommeil [19].

Est-ce que les Québécois et Québécoises bougent assez ?

Malgré les preuves irréfutables de l'efficacité de l'activité physique régulière dans la prévention ou la réduction du risque, de la gravité des virus et des maladies chroniques, ainsi que des décès prématurés, environ quatre adultes sur cinq, âgés de plus de 60 ans, n'agissent pas selon

Valérie Lucia
Directrice de la Fédération des kinésiologues québécois

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 47.