

# Enjeux de l'évaluation économique de l'activité physique

**L'analyse économique des programmes d'activité physique contribue à faire avancer la question de la prise en charge de ces programmes par la collectivité.**

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

**Marlène Guillon**

Professeur en économie de la santé,  
université de Montpellier

**Lise Rochaix**

Université de Paris 1  
Panthéon-Sorbonne, Paris School  
of Economics (PSE), chaire  
Hospinomics (AP-HP/PSE)

**Jean-Claude K. Dupont**

Chaire Hospinomics (AP-HP/PSE),  
université de Paris-Descartes,  
laboratoire ETRES

L'efficacité de l'activité physique et sportive dans la prévention [66] ou le traitement de maladies chroniques est aujourd'hui établie de manière robuste [31, 53]. Sur la base des études disponibles, un certain nombre de pays a déjà adopté des mesures visant à développer l'activité physique sur un *continuum* entre la pratique sportive régulière, l'activité physique en prévention et le traitement de certaines pathologies (seule ou en complément d'une autre thérapeutique). Pionnière en la matière, la Suède autorise depuis deux décennies déjà la prescription d'activité physique par le médecin généraliste aux patients à risque ou souffrant d'une pathologie chronique. En France, il aura fallu attendre la loi de santé de janvier 2016 pour que les médecins traitants aient la possibilité de prescrire une activité physique adaptée (APA) aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Les réseaux et dispositifs de sport santé se sont dès lors rapidement développés, souvent coordonnés et référencés au niveau local par les agences régionales de santé (ARS)<sup>1</sup>.

Les séances de sport sur ordonnance prescrites aux patients en ALD ne sont pas, pour le moment, remboursées par l'Assurance maladie. Pour pallier cette absence de prise en charge, certaines collectivités proposent une prise en charge partielle, ou des séances gratuites, grâce à des financements octroyés

par les ARS, conseils départementaux ou communes. Certaines assurances santé complémentaires remboursent également partiellement les séances de sport sur ordonnance à leurs assurés. Néanmoins, la très faible prise en charge du sport sur ordonnance, comparée au remboursement des thérapeutiques médicamenteuses, constitue un frein majeur au développement de dispositifs de sport santé. Elle peut par ailleurs constituer un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé en accroissant le gradient social de la non-pratique d'activité physique et sportive [9].

Dans un contexte d'optimisation de l'allocation de ressources en santé, la question du bien-fondé d'une prise en charge de l'activité physique sur ordonnance par l'Assurance maladie renvoie à l'évaluation de l'efficacité des programmes d'activité physique dans le traitement des pathologies chroniques. Lorsque l'efficacité clinique de l'activité physique est avérée, l'efficacité des programmes d'activité physique adaptée, à savoir la mise en regard des bénéfices et des coûts, est une autre question. Plusieurs revues systématiques de littérature sont disponibles, la plus récente recensant les résultats de trente-sept évaluations médico-économiques de programmes d'activité physique adaptée utilisés dans le traitement des pathologies chroniques [22]. Cette étude conclut au caractère globalement coût-efficace des programmes d'activité physique adaptée en différenciant cependant les résultats par types de pathologies. Sur les trente-sept programmes d'activité physique adaptée évalués, 75 % génèrent un coût par année de vie ajustée

1. Le site Prescri'Forme (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prescriforme-lactivite-physique-sur-ordonnance-en-ile-de-france>) mis en place par l'ARS Île-de-France permet par exemple au grand public de localiser les clubs sportifs franciliens disposant d'un agrément sport santé ou sport sur ordonnance.



par la qualité (QALY, Quality Adjusted Life Year) inférieur à 30 000 £ et pouvaient ainsi être considérés comme coût-efficaces<sup>2</sup>. Le caractère coût-efficace des programmes d'activité physique adaptée est particulièrement vérifié pour le traitement des troubles musculo-squelettiques et des troubles rhumatoïdiques, alors que les résultats sont plus nuancés pour les pathologies cardiaques.

### Une méthodologie d'évaluation à améliorer

Au-delà du faible nombre d'études disponibles pour certaines pathologies chroniques (maladies neurologiques et psychiatriques, cancers...), plusieurs faiblesses méthodologiques des évaluations économiques actuellement disponibles limitent les conclusions quant au caractère coût-efficace des programmes d'activité physique adaptée dans le traitement des pathologies chroniques.

- En premier lieu, les programmes évalués pour certaines pathologies comme le diabète, l'obésité ou les maladies respiratoires sont le plus souvent à composantes multiples (exercice physique couplé avec des interventions d'éducation thérapeutique, de *counseling* ou des régimes alimentaires), ce qui ne permet pas de mesurer les bénéfices et les coûts seulement imputables à l'activité physique. Par ailleurs, la comparabilité des résultats entre différentes études d'efficacité de programmes d'activité physique en prévention secondaire est très fortement limitée, même au sein d'une seule aire thérapeutique, par quatre principaux facteurs : 1° un manque d'harmonisation méthodologique dans la conduite des analyses médico-économiques des programmes d'activité physique adaptée ;

2. Le seuil de 30 000 £ mentionné ici renvoie au seuil utilisé par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni pour le remboursement des médicaments par le système de santé national (NHS). En l'absence d'une telle valeur de référence en France, la proportion d'interventions efficaces pourrait être supérieure au regard de la disposition à payer observée pour d'autres thérapeutiques.

2° l'utilisation de mesures de bénéfices en santé spécifiques à une pathologie plutôt que de mesures génériques comme les QALY ; 3° des différences dans les coûts pris en compte pour mesurer le coût total des programmes d'activité physique adaptée ; 4° le calcul des bénéfices et des gains à des horizons temporels différents.

- Deuxièmement, chaque programme évalué possède des spécificités en termes de type d'exercice effectué, de fréquence et d'intensité de ces exercices et de durée totale du programme d'activité physique.

- Troisièmement, les caractéristiques médicales (sévérité ou stade de la pathologie) et démographiques des patients diffèrent très largement d'une étude à l'autre, alors même que ces caractéristiques ont une influence majeure sur l'efficacité clinique et donc sur le caractère coût-efficace des programmes d'activité physique.

- Enfin, en plus des caractéristiques de l'intervention et des patients, l'adhésion des patients au programme d'activité physique a une incidence cruciale sur ses effets cliniques et économiques. Or, peu d'évaluations économiques des programmes d'activité physique reportent des mesures relatives à l'adhésion des patients et, lorsque cela est fait, les niveaux d'adhésion observés sont extrêmement variables.

### Programmer des évaluations économiques par type de pathologie

L'évaluation économique des programmes d'activité physique en prévention tertiaire doit donc être poursuivie pour apporter plus d'informations sur le caractère coût-efficace de ces programmes en tenant compte de ces enjeux méthodologiques. Et elle doit l'être prioritairement dans certaines aires thérapeutiques, où les résultats cliniques sont encourageants, comme les maladies neurologiques et psychiatriques, les cancers, les pathologies respiratoires et le diabète.

Pour chaque type de pathologie chronique, une évaluation économique pourrait être

programmée de manière systématique dès la conception du programme, à l'instar des évaluations en cours au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 en France. Cela aurait pour effet d'encourager le développement de programmes d'activité physique standardisés, dont le caractère coût-efficace pourrait alors être établi de manière robuste. L'analyse économique des programmes d'activité physique contribuerait ainsi à faire avancer la question de la prise en charge de ces programmes par la collectivité, qui apparaît un préalable au développement des dispositifs de sport santé.

Enfin, parmi les retours d'expérience les plus pertinents à l'étranger<sup>3</sup>, on note que la diminution des bénéfices des programmes d'activité physique adaptée est significative dès lors que les patients ne font plus l'objet d'une supervision. Si les responsables de programmes déjà engagés en France au titre de l'article 51 font le même bilan, il conviendra de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans cette perte d'efficacité, puis de mettre en place – dès la conception du programme – des mesures permettant d'assurer la pérennité des bénéfices. L'économie comportementale, à l'intersection de l'économie et de la psychologie, permet aujourd'hui de mieux comprendre les choix individuels et pourrait ici être mobilisée pour étudier ces mécanismes de relâche, voire d'abandon, à l'arrêt de la supervision dans le programme d'activité physique adaptée. Une analyse en choix discret (Discrete Choice Experiment, DCE) pourrait ainsi permettre d'identifier les modalités des programmes susceptibles de favoriser un changement à long terme dans la pratique d'activité physique chez les patients. ■

3. Cf. la revue de littérature sur l'expérience internationale en matière de prise en charge de l'activité physique : Comment lever les freins au développement de l'activité physique et sportive? 26/07/2019. <https://www.hospinomics>