

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**« 10 000 PAS SUR ORDONNANCE OU
LA SCIENCE EN MARCHÉ »**

– Groupe n° 22 –

AZEKE Maïka (AAH)
BLETTERER Julien (DH)
BURETTE Michaël (DS)
CILLA Touali (DH)
FAUQUEUR Laetitia (DS)
GARRO Boris (IES)
GIORDANO Camille (DH)
MARBOTTE Benoît (D3S)
RAYNAUD Alice (AAH)
ROTHE Louise (D3S)

Animateurs

LEGROS Michel

REGNAUX Jean-Philippe

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Sommaire | 2 |
| Remerciements | 4 |
| Liste des sigles utilisés | 5 |
| Méthodologie | 6 |
| Introduction | 8 |
| 1. Les pouvoirs publics s'investissent dans la promotion de l'activité physique, alors que l'objectif des 10 000 pas par jour n'est pas une référence scientifiquement prouvée | 12 |
| 1.1. Les politiques publiques ciblent principalement la promotion de l'activité physique afin d'améliorer la santé de la population | 12 |
| <i>1.1.1. Les premières recommandations en termes d'activité physique apparaissent dès les années 80 aux niveaux national et international</i> | <i>12</i> |
| <i>1.1.2. L'activité physique se caractérise principalement par son intensité</i> | <i>13</i> |
| <i>1.1.3. Les études démontrent que l'activité physique participe à l'amélioration de l'état général de santé</i> | <i>15</i> |
| 1.2. Même sans atteindre 10 000 pas par jour, la marche participe à l'amélioration de l'état général de santé et peut être à ce titre prescrite aux patients en ALD | 16 |
| <i>1.2.1. A allure modérée et soutenue, la marche est une activité physique dont les effets sont bénéfiques sur la santé</i> | <i>16</i> |
| <i>1.2.2. Initialement un concept marketing, l'objectif des 10 000 pas par jour est faiblement documenté</i> | <i>17</i> |
| <i>1.2.3. Une activité adaptée telle que la marche peut désormais être prescrite par le médecin traitant pour les patients en ALD</i> | <i>19</i> |
| 2. Difficile à actionner pour l'heure, le dispositif du sport-santé sur ordonnance se dote progressivement d'outils et de moyens | 20 |
| 2.1. Le dispositif sport-santé sur ordonnance doit être co-construit autour du patient par les médecins, les éducateurs sportifs et leurs partenaires locaux | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.1. <i>Approche thérapeutique non-médicamenteuse, le sport-santé sur ordonnance constitue un changement de paradigme pour le médecin prescripteur</i> | 20 |
| 2.1.2. <i>La mise en œuvre du dispositif et sa réussite nécessitent l'implication des différents partenaires locaux</i> | 21 |
| 2.1.3. <i>L'expérimentation de la ville de Strasbourg ainsi que les actions menées à Rennes sont nées d'une volonté politique locale</i> | 23 |
| 2.2. Pour l'heure, le dispositif rencontre des obstacles, mais des leviers d'amélioration peuvent être actionnés | 24 |
| 2.2.1. <i>Les limites du dispositif sport-santé sur ordonnance rendent difficile une promotion efficace de l'activité physique</i> | 25 |
| 2.2.2. <i>En réponse aux limites du dispositif, des axes d'amélioration peuvent être proposés afin d'en simplifier la mise en œuvre</i> | 26 |
| Conclusion | 29 |
| Nos propositions | 30 |
| Bibliographie | 33 |
| Liste des annexes | 1 |

Remerciements

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont accepté de répondre à nos questions. Tous nous ont accordé du temps et nous ont reçu avec bienveillance. Ces entretiens nous ont permis d'enrichir nos recherches et d'approfondir nos réflexions, leur expérience en la matière nous a été bénéfique.

Nous tenons également à remercier chaleureusement M. Michel Legros et M. Jean-Philippe Regnaud pour leur disponibilité, leur bienveillance et leurs conseils qui ont permis d'orienter nos travaux.

Nous remercions enfin l'équipe pédagogique en charge du module interprofessionnel, Mme Emmanuelle Guevara et M. Christophe Lerat pour l'organisation de ce projet et leur soutien logistique.

Ce travail collectif a été l'occasion de développer une véritable approche interprofessionnelle, permettant de confronter nos divers regards dans une démarche globale et coopérative.

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------|--|
| AICR | American Institute for Cancer Research |
| ALD | Affections de Longue Durée |
| ANSES | Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail |
| AP | Activité Physique |
| APA | Activité Physique Adaptée |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CNAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CNOSF | Comité National Olympique et Sportif Français |
| CTS | Compagnie des Transports Strasbourgeois |
| DGA | Directeur Général Adjoint |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DRJSCS | Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale |
| ETP | Education Thérapeutique du Patient |
| FFR | Fédération Française de Randonnée |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HTA | Hypertension Artérielle |
| HUS | Hôpitaux Universitaires de Strasbourg |
| INCa | Institut National du Cancer |
| INPES | Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé |
| InVS | Institut de Veille Sanitaire |
| INSERM | Institut National de Santé et de la Recherche Médicale |
| JO | Jeux Olympiques |
| MASS | Ministère des Affaires Sociales et de la Santé |
| MET | Metabolic Equivalent Task |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PLD | Plans Locaux de Déplacements |
| PNNS | Programme National Nutrition Santé |
| SSBE | Plan National Sport Santé Bien-Être |
| SSSO | Sport Santé sur Ordonnance |
| WCRF | World Cancer Research Fund International |

Méthodologie

Le groupe du module interprofessionnel « 10 000 pas sur ordonnance, la science en marche » est composé de dix personnes issues de différentes branches des fonctions publiques hospitalière et d'état (élèves attachés d'administration hospitalière, élève ingénieur d'études sanitaires, élèves directeurs des soins, élèves directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et élèves directeurs d'hôpital). Notre travail, fondé sur la collégialité et le souci d'allier approches théoriques et concrètes, s'est organisé comme suit.

Les premiers jours du module ont été un temps de réflexion collective qui nous a permis de conforter la connaissance sur le thème de travail, d'évaluer notre compréhension du sujet et d'en déduire la problématique sous-jacente. En effet, étant donné nos différences de compréhension du sujet, nous avons réalisé un brainstorming pour poser les éléments du débat. Nos interrogations ont notamment porté sur le champ de recherche à retenir : doit-on élargir le sujet à l'ensemble de la population ou s'interroger uniquement sur l'apport de la prescription médicale d'activité physique aux personnes en affection longue durée (ALD) ? Cette étape importante a été structurante pour dégager une problématique consensuelle et un plan de mémoire, tous deux confortés à l'occasion de rencontres avec les animateurs.

Sur les conseils de ces derniers, dans un premier temps, nous avons constitué une base bibliographique nécessaire pour établir les grandes orientations de notre sujet. Dans un second temps, nous avons pris l'attache de l'ensemble des interlocuteurs que nous souhaitons interviewer (annexe 1). À ce titre, nous avons constitué des grilles d'entretiens semi-directifs pour pouvoir tirer le maximum d'informations de nos interviews (annexe 2). Enfin, il est précisé que la répartition et la planification de l'ensemble de ces tâches ont été réalisées collégialement et équitablement entre les différents membres du groupe.

La deuxième semaine du module a été grandement dédiée aux interviews avec nos interlocuteurs extérieurs. Ces entretiens ont été menés en binômes et trinômes interfilières, et ont fait l'objet de comptes rendus pour être portés à la connaissance de tout le groupe.

Au total, nous avons réalisé 9 entretiens avec notamment des médecins, des responsables de la fédération française de randonnée 35 (FFR 35), des représentants de la municipalité de Rennes ou bien encore le Directeur général adjoint d'un centre de formation d'éducateur sportif.

De par leurs connaissances et leur expérience du sujet, ces interlocuteurs nous ont apporté un regard spécifique et éclairé. Conformément aux règles méthodologiques de

confidentialité en usage dans la recherche, les personnes rencontrées ne seront pas nommées dans le présent rapport.

Enfin, la dernière semaine a été consacrée au travail collectif d'analyse, de synthèse des données, de traitement des informations issues de la littérature scientifique et de nos entretiens ainsi qu'à la rédaction du rapport final. Dans l'objectif d'assurer une cohérence du raisonnement et une qualité rédactionnelle, nous avons constitué un comité de relecture composé de 2/3 membres du groupe afin de procéder aux dernières modifications nécessaires. Les autres membres ont réalisé la mise en forme globale du rapport et rédigé les éléments de méthodologie et de bibliographie.

Ce travail collectif, étalé sur près de trois semaines et rassemblant des élèves issus de différentes filières professionnelles de l'EHESP, a été un réel challenge. La diversité des parcours et des expériences a demandé une ouverture d'esprit de chacun et une démarche collaborative pour réussir à concilier la grande variété des points de vue et réaliser ce rapport.

Introduction

Les effets bénéfiques de l'activité physique sur l'état de santé ne sont plus à démontrer, notamment en ce qui concerne la prévention des maladies chroniques, comme le confirment notamment les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), incitant les individus à la pratique d'une activité physique.

L'inactivité physique et les risques associés sont considérés aujourd'hui comme un problème majeur de santé publique. Si l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) constatait en 2006 que 63 % des adultes de 18 à 74 ans pratiquaient un niveau d'activité physique équivalent à au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour, 5 fois par semaine¹, France Stratégie relève en 2014² que seuls 43% des Français déclarent pratiquer une activité sportive régulière (contre 48% en 2009) et 42% déclarent ne jamais en faire. Le surpoids, la prévalence à l'obésité et les maladies cardiovasculaires, conséquences indirectes de l'inactivité physique, enregistrent une augmentation régulière depuis 1980³.

Conscients de ces nouveaux enjeux, les pouvoirs publics investissent les champs de la prévention. Les plans et programmes nationaux incitent les individus à pratiquer une activité physique régulière afin de réduire les risques de maladies chroniques. Et plus récemment, l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (cf. annexe 3) autorise désormais les médecins traitants à prescrire une activité physique aux patients atteints d'une affection longue durée (ALD).

Plusieurs interrogations se profilent alors. Il convient tout d'abord de questionner l'efficacité d'une telle prévention tertiaire : ne vaudrait-il pas mieux agir en amont, afin d'éviter le développement de ces pathologies invalidantes ? Ensuite, le non remboursement de la consultation interroge la volonté politique d'investir le champ de cette problématique. Est-ce que les politiques publiques élargiront le champ de la prescription ? La prescription de l'activité physique se justifie-t-elle par un rapport bénéfice/risque favorable pour le patient ? Enfin, si la prescription d'activité physique constitue un changement de paradigme pour les

¹ Institut de veille sanitaire, *Etude nationale nutrition santé 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé*, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007, 74 p. 2

² Marie-cécile NAVES, *La pratique sportive régulière des Français en baisse : quelles pistes d'action publique ?*, France Stratégie, 31 mars 2014 (<http://www.strategie.gouv.fr/point-de-vue/pratique-sportive-reguliere-francais-baisse-pistes-daction-publique>).

³ Selon l'OCDE, 40 % de la population française est en surpoids et une personne sur 8 est obèse (OCDE, l'obésité et l'économie de la prévention : objectif santé indicateurs-clés – France, mise à jour 2014)

médecins, y sont-ils favorables ? Quelle sera l'observance des patients face à ce nouveau type de prescription ?

Pour ces populations à risques, il convient de proposer une activité physique adaptée (APA). La marche, première activité physique en France⁴, peut à ce titre apparaître comme une activité appropriée et être recommandée à une majorité de patients atteints d'une ALD. Accessible au plus grand nombre et financièrement peu coûteuse, elle aurait les mêmes effets bénéfiques sur la santé que toute autre activité physique.

Toutefois, la marche recouvre différentes réalités : entre la marche nordique et la simple promenade, l'intensité et l'effort physique sont par exemple différents. Par ailleurs, même si le seuil de 10 000 pas journaliers est devenu une référence communément acceptée, le lien entre marche et santé reste peu documenté.

*

* *

Le sujet « 10 000 pas sur ordonnance » tel qu'il nous est posé renferme deux notions difficilement conciliables : d'une part, les 10 000 pas quotidiens, censés s'adresser à tous, et d'autre part le dispositif sport-santé sur ordonnance réservé aux patients atteints d'une ALD.

Nous nous sommes interrogés sur la pertinence des 10 000 pas, sur la nécessité d'une ordonnance pour une activité physique pour les personnes atteintes d'une ALD. Devions nous élargir le sujet à l'activité physique ? Le cibler sur la marche ? Nous concentrer sur la prescription médicale de la marche juste pour les personnes atteintes d'une ALD ?

Ces premiers éléments de réflexion ont amené le groupe de travail à recentrer le sujet et à en délimiter les contours. Le contexte réglementaire a guidé notre cheminement : la récente instruction interministérielle sur le sport sur ordonnance⁵ parue en mars 2017 est en effet venue préciser le dispositif (cf. annexe 5).

Nous avons donc fait le choix de centrer nos travaux sur l'aspect innovant de la prescription médicale et d'objectiver les liens entre marche et santé. Changement de pratique pour les médecins traitants, véritable révolution culturelle annoncée, cet axe nous a semblé intéressant à explorer. Si cela focalise notre réflexion uniquement sur les personnes atteintes

⁴ Ministère des Sports, décembre 2010, *Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France*, bulletin de statistiques et d'études, n°10-01, 4 p.

⁵ Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

d'une ALD et non sur l'ensemble de la population, le débat s'ouvre sur un dispositif nouveau qui reste à construire et à évaluer.

La problématique suivante nous a donc semblé pertinente au regard de nos discussions :

Pour inciter les individus à s'approprier la pratique d'une activité physique, telle que la marche, doit-on en arriver à une prescription médicale dans le cadre d'un parcours de soins ?

*

* *

Notre groupe a retenu les hypothèses de travail suivantes.

Tout d'abord, le chiffre de 10 000 pas par jour, s'il ne relève pas à l'heure actuelle d'une recommandation officielle, s'impose comme une valeur idéale, un impératif à atteindre pour le grand public. Sa construction relèverait d'une démarche empirique, voire marketing.

Par ailleurs, les bienfaits de la marche ne sont pas solidement établis par la communauté scientifique, seuls les effets de l'activité physique dans son acception générale ont été démontrés. De plus, les liens entre marche et santé sont complexes à établir car ils sont multifactoriels. Or, sans données scientifiques pour conforter cette approche, les bénéfices de la marche seraient ancrés dans l'opinion publique et véhiculés par des idées préconçues.

Enfin, accessible au plus grand nombre, la marche est une activité ne nécessitant pas de prescription médicale pour être pratiquée quotidiennement. Néanmoins, pour une personne en ALD, la prescription médicale serait un moyen de renouer avec une activité physique avec suivi médical tout en limitant les risques associés.

*

* *

Afin de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses, le groupe a mené une série d'entretiens auprès de professionnels de santé, de représentants des tutelles et des collectivités locales, ainsi que de promoteurs d'activité physique. La liste complète des personnes rencontrées, anonymisée pour les besoins de cet écrit, figure en annexe 1. Une grille d'entretien, élaborée de façon collective, a été utilisée pour aider les interviewers à recentrer les débats (cf. Annexe 2).

*

* *

Après avoir présenté les dispositifs incitatifs mis en place par les pouvoirs publics pour la promotion de l'activité physique, ainsi que les liens entre activité physique et santé (1), nous nous attacherons à présenter les modalités de mise en œuvre, les limites et perspectives du sport sur ordonnance (2). La fin de notre rapport sera consacrée à la formulation de nos propositions.

1. Les pouvoirs publics s'investissent dans la promotion de l'activité physique, alors que l'objectif des 10 000 pas par jour n'est pas une référence scientifiquement prouvée

1.1. Les politiques publiques ciblent principalement la promotion de l'activité physique afin d'améliorer la santé de la population

La promotion de l'activité physique s'appuie sur sa définition rigoureuse et sur les preuves de ses effets bénéfiques sur la santé.

1.1.1. Les premières recommandations en termes d'activité physique apparaissent dès les années 80 aux niveaux national et international

Dès 1986, la Charte d'Ottawa, issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, promeut la santé des individus en les plaçant comme acteurs de leur bien-être. La directrice du réseau villes-santé de l'OMS à Rennes précise que « *l'OMS a formulé des recommandations de durée d'activité physique dès 2010⁶ à destination des décideurs nationaux* » (entretien n°1), à savoir : au moins 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents de 5 à 17 ans ; 150 minutes d'activité d'endurance avec une intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue par semaine pour les adultes âgés de 18 à 64 ans ; les mêmes recommandations aux plus de 65 ans, sous réserve d'adapter l'activité en fonction des incapacités ou des restrictions médicales.

Au niveau national, une chargée de mission PNNS au ministère chargé de la santé souligne que « *ces recommandations ont été inscrites dès 2001 au Programme National Nutrition Santé (PNNS) afin de développer l'activité physique au quotidien pour tous les individus, et notamment les activités adaptées aux populations atteintes de maladies chroniques ou en situation d'handicap* » (entretien n°8). Elle précise à ce titre que la référence des 10 000 pas n'est pas retenue comme une recommandation officielle. En revanche il est conseillé de pratiquer au moins 30 minutes de marche rapide par jour. En 2016, l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a actualisé les

⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Les recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*, 2010, 55p.

repères figurant dans le PNNS et recommande depuis d'étaler l'activité physique sur au moins cinq jours par semaine, tout en évitant de rester deux jours de suite inactif.

Dans le but de favoriser l'activité physique et les comportements bénéfiques pour la santé, une instruction interministérielle du 24 décembre 2012⁷ prévoit la mise en place au niveau régional du Plan National Sport Santé Bien-Être (SSBE), piloté par les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et les Agences Régionales de Santé (ARS).

Des orientations spécifiques sont énoncées concernant le développement d'activités physiques et sportives chez les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles (diabète, maladies cardio-vasculaires...). Selon le Directeur général adjoint d'une structure de formation des professionnels du sport en Bretagne, « *le plan SSBE a permis de financer des dossiers dans le cadre des appels à projets sur la mise en place de pratiques physiques et sportives pour les publics à besoins spécifiques et pour les publics plus éloignés de l'offre* » (entretien n°4).

La mise en œuvre de ces recommandations au niveau local s'effectue par les villes qui sont les premiers acteurs de terrains et les coordonnateurs des actions sur leur territoire. Si les élus locaux n'ont pas attendu les recommandations de l'OMS pour intervenir, la directrice du réseau villes-santé à Rennes insiste sur « *le large investissement des collectivités locales dans le Réseau Villes-Santé de l'OMS, dès la fin des années 1980, dans un but d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités sociales de santé.* » (entretien n°1).

1.1.2. L'activité physique se caractérise principalement par son intensité

Définie comme « *tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos*⁸ », l'activité physique peut être pratiquée en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux) et dans différents contextes (travail, transports, activités domestiques ou loisirs). Ainsi, comme l'illustre le schéma ci-dessous, elle inclut l'exercice, c'est-à-dire une « *activité physique planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition*

⁷ Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012

⁸ Caspersen C. J., Powell K. E. et Christensen G. M., *Physical activity, exercise and physical fitness : definitions and distinctions for health-related research*, Public Health Reports, 1985.

physique », le sport intégrant une dimension de performance et de compétition, et enfin l'activité physique de loisir non structurée.

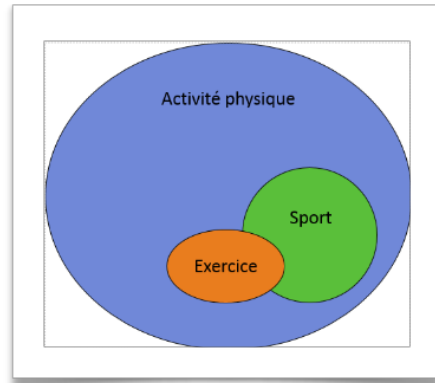


Figure : Les sous domaines de l'activité physique (d'après le rapport de l'Anses, 2016)

A l'inverse, un individu est considéré comme inactif lorsque son niveau d'activité physique d'intensité modérée à élevée est insuffisant. En France, les seuils retenus pour définir l'inactivité sont ceux définis par l'OMS en 2010, à savoir 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au minimum 5 fois par semaine pour les adultes et 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents. L'activité physique est ainsi caractérisée par l'intensité d'effort et peut être complétée par des indications de durée et de fréquence. Cinq catégories d'activité physique sont reconnues par les pouvoirs publics :

- La sédentarité, définie par une situation d'éveil en position assise ou allongée durant laquelle la dépense énergétique est inférieure à 1,6 MET⁹ ;
- Les activités de faible intensité, comprise entre 1,6 MET et 3 METs ;
- Les activités d'intensité modérée, comprise entre 3 METs et 6 METs ;
- Les activités d'intensité élevée, comprise entre 6 METs et 9 METs ;
- Les activités d'intensité très élevée, supérieure à 9 METs.

Ces différentes définitions ont été élaborées en 1985. Pour étudier les bénéfices de l'activité physique sur la santé, il s'est avéré nécessaire d'utiliser des définitions communes pour les travaux de recherche.

⁹ L'équivalent métabolique (Metabolic Equivalent of Task ou MET) est le rapport du coût énergétique d'une activité donnée sur la dépense énergétique de repos. Il est utilisé comme unité de mesure de l'intensité d'une activité physique : 1 MET correspond au niveau de dépense énergétique au repos, < 3 MET à une activité d'intensité légère, 3-6 MET à une activité d'intensité modérée (le métabolisme est 3 à 6 fois supérieurs au métabolisme de repos, équivalent à la marche rapide) et > 6 MET à une activité intense (équivalent à la course à pied).

1.1.3. Les études démontrent que l'activité physique participe à l'amélioration de l'état général de santé

Le rapport de l'Institut National du Cancer (INCa) « *Activité physique et cancers* » rappelle que l'insuffisance d'activité physique constitue un facteur de risque aggravant. Les fractions de cancers attribuables à la sédentarité ont ainsi été estimées pour l'année 2008 dans 15 pays européens¹⁰ : 18 % des cas de cancers coliques chez l'homme sont attribuables à une activité physique insuffisante. Cette fraction est estimée à 20, 21 et 26 % chez la femme, respectivement pour les cancers du côlon, du sein et de l'endomètre.

De nombreuses études nationales¹¹ et internationales¹² mettent en perspective les effets de l'activité physique et la diminution du risque des cancers du côlon, du sein (après la ménopause) et de l'endomètre. Ces bénéfices s'observent pendant et après les soins de cancérologie. Ils participent à l'amélioration de la qualité de vie et également à la diminution du risque de mortalité. À titre d'exemple, le risque de cancer du côlon diminuerait de 17% (INCa) à 25% (ANSES) pour les patients physiquement plus actifs. Par ailleurs, l'activité physique pourrait également exercer un effet protecteur indirect contre le risque de cancer en lien avec le surpoids et l'obésité (œsophage, endomètre, rein, côlon-rectum, sein après la ménopause, pancréas et vésicule biliaire).

Aussi, le rapport de l'ANSES « *Actualisation des repères du PNNS - Révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité* » souligne que l'activité physique est un élément majeur de prévention et d'amélioration de l'état général de santé. Une activité physique régulière est corrélée à une réduction de la mortalité précoce allant de 29 à 41 %, 15 minutes par jour diminueraient le risque de 14 %. Associée à d'autres mesures hygiéno-diététiques, elle améliore significativement la tolérance au glucose des sujets insulino-résistants. Elle diminue également de 20 à 50% le risque de pathologie coronarienne et fait chuter celui d'AVC de près de 60% pour les insuffisants cardiaques.

Martine Duclos, cheffe de service de la médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand et également directrice de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, confirme ces chiffres¹³ : « *Au moins trente minutes de marche par jour, cela réduit de 50 %*

¹⁰ Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *Eur J Cancer*. 2010 Sep;46(14):2593-604.

¹¹ INSERM. *Activité physique, contextes et effets sur la santé*. Expertise collective. Ed, Inserm, Paris. 2008; 811 p.

¹² WCRF, AICR. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. AICR, Washington DC. 2007; 517 p.

¹³ Brémond G., *Faut-il vraiment faire 10 000 pas par jour ?*, Ouest France, 22 février 2017

les risques d'avoir un cancer du sein, de l'utérus ou du colon, mais aussi d'avoir du diabète de type 2. Cela réduit de 40 % les risques d'AVC ou d'infarctus et de 30 % ceux de contracter la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson. » Un effet dose-réponse a été démontré, les facteurs de risque diminuent davantage lorsque l'activité physique augmente¹⁴. Lorsque l'activité physique totale augmente de 5 MET-heure/jour, le risque de cancer du côlon est diminué d'environ 8 %. De même, pour une augmentation de l'activité physique de loisirs de 30 minutes/jour, la diminution du risque a été estimée à 12 %¹⁵.

Suite aux recommandations de l'OMS, les pouvoirs publics se sont emparés de la question de la promotion de l'activité physique. Elle est devenue un levier d'amélioration de la santé des individus et peut faire l'objet d'une prescription par le médecin. Qu'en est-il de la marche? Activité physique douce, accessible à tous, elle est aujourd'hui au cœur de la promotion de l'activité physique, notamment à travers la promotion des 10 000 pas.

1.2. Même sans atteindre 10 000 pas par jour, la marche participe à l'amélioration de l'état général de santé et peut être à ce titre prescrite aux patients en ALD

Marcher est bénéfique pour la santé, au point que le marketing s'en empare par la promotion des 10 000 pas par jour. Si cet objectif n'est pas reconnu comme pertinent par l'ensemble de la communauté scientifique, la marche reste tout de même prescrite comme activité physique par des médecins nouvellement investis de cette compétence.

1.2.1. A allure modérée et soutenue, la marche est une activité physique dont les effets sont bénéfiques sur la santé

Comme le montre le schéma ci-dessous, la marche est considérée comme une activité physique à part entière dès lors que son intensité est suffisante (vitesse supérieure à 5 km/h).

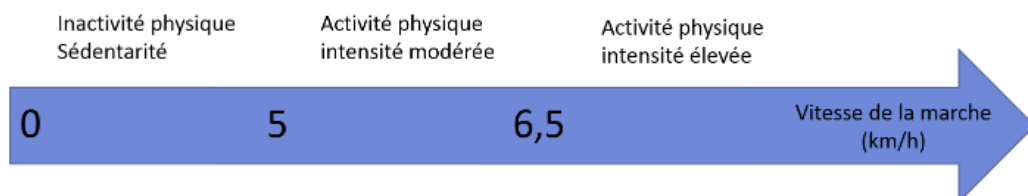


Figure : Lien entre la vitesse de la marche et l'intensité de l'activité physique

¹⁴ Steele J., Fisher J. *et al.*, 5 avril 2017, "A higher effort-based paradigm in physical activity and exercise for public health: making the case for a greater emphasis on resistance training", BMC Public Health., n°17, 8 p.

¹⁵ WCRF, AICR. *Continuous update project report summary. Food, nutrition, physical activity and the prevention of colorectal cancer*; 2011.

Le rapport de l'ANSES précité souligne que les activités à impact telles que la marche ou la course à pied augmentent par ailleurs significativement la masse osseuse et réduisent les risques de fractures ostéoporotiques, tout particulièrement chez la femme ménopausée.

Un lien entre la pratique de la marche et une amélioration de l'état de santé peut donc être fait, à partir d'une certaine allure. Il convient de souligner qu'une allure de type "promenade", inférieure à 5 km/h reste proche de la sédentarité et n'est pas considérée comme activité physique. C'est donc seulement une marche plus rapide qu'à un rythme naturel qui permet d'obtenir des effets bénéfiques pour la santé.

Cependant, les études scientifiques visant à étudier spécifiquement les liens entre la marche (durée, distance, formes de l'exercice) et l'état de santé restent peu nombreuses et documentées. L'INCa précise à ce titre que les études pour estimer la diminution du risque de cancer du côlon associée aux activités physiques (domestique ou liées aux transports) restent trop limitées pour être pertinentes.

Enfin, le chercheur en physiologie (entretien n°7) souligne également « *qu'il n'existe pas encore d'application concrète des travaux, ni de mesures sur des cohortes significatives, ou encore de retours scientifiques suffisamment probants sur les évolutions des pathologies* ». En d'autres termes, l'association marche et santé doit être étudiée scientifiquement sur une population représentative et pour une durée significative.

1.2.2. Initialement un concept marketing, l'objectif des 10 000 pas par jour est faiblement documenté

Ces dernières années, les podomètres, objets connectés, « trackers » d'activité et applications sur smartphone permettant de suivre son activité physique se sont développés. Pour la majorité de ces accessoires, l'objectif proposé par défaut est le seuil de 10 000 pas par jour. Qu'en est-il de sa justification scientifique ? Dans son article « *Faut-il vraiment faire 10 000 pas par jour ?*¹⁶ », Gaspard Brémond rappelle que pour les Jeux Olympiques de Tokyo de 1964 « *un Japonais avait lancé un podomètre baptisé Man-Po-Kei : « Man » voulant dire 10 000, « Po » pas et « Kei » mètre...* ». Ce concept marketing est repris en 1981 par un scientifique japonais. Son fondement est approximatif mais cela a pour effet une

¹⁶ Brémond G., *Faut-il vraiment faire 10 000 pas par jour ?*, Ouest France, 22 février 2017
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

augmentation des ventes de podomètres, comme nous le précisait une chargée de mission PNNS au Ministère de la Santé (entretien n°8).

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que les différentes personnes interviewées durant cette étude n'ont pas la même approche s'agissant de la pertinence de ce chiffre de 10 000 pas par jour. Si certains professionnels rencontrés y sont favorables car il est simple et accessible, d'autres intervenants soulignent le manque de précision de cet objectif. De plus, d'une personne à l'autre les dépenses énergétiques ne sont pas les mêmes, il convient donc d'individualiser la fréquence, la durée et l'intensité de l'effort.

Le nombre de pas réalisés correspond à un indicateur du niveau global d'activité physique sur une durée donnée, en général une journée. En revanche, la majorité des podomètres actuels ne permet pas de mesurer l'intensité d'activité à un instant T. Or l'intensité de l'activité physique est le facteur clé qui permet d'apprécier l'efficacité de l'activité physique pour obtenir un bénéfice sur la santé.

Avec les objets connectés, il est plus aisé de mesurer le nombre quotidien de pas d'un individu que le temps passé à faire une activité physique. De même, il s'avère difficile d'évaluer si le niveau d'intensité est suffisant (modérée ou supérieure). Le rapport de l'ANSES¹⁷ rappelle que *« Tudor-Locke et ses collègues ont rapporté que pour atteindre les 60 min/jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée, les enfants d'âge scolaire devraient réaliser en moyenne 13 000-15 000 pas/jour pour les garçons, et 11 000-12 000 pas/jour pour les filles. L'équivalent chez les adolescents (garçons et filles) serait respectivement de 10 000 et 11 700 pas/jour »*.

Interviewée à l'occasion de l'article de M. Brémond, Martine Duclos, cheffe du service de la médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand, précise que *« dire que 10 000 pas est un objectif minimum à atteindre, c'est complètement faux. Cela correspondrait à une bonne heure et demie de marche par jour, ce qui n'est pas jouable pour beaucoup de monde aujourd'hui ... »*. En effet, cet objectif quotidien peut être décourageant pour certains ou inatteignable pour les personnes souffrant de pathologies lourdes. En revanche, elle préconise de marcher 6 000 pas par jour, soit au moins trente minutes de marche quotidienne à un bon rythme, et ce au moins cinq fois par semaine.

L'enjeu principal réside dans l'intensité de l'activité physique. Selon le profil de chacun (âge, sexe, capacité physique), le nombre de pas quotidien à réaliser pour atteindre les recommandations d'activité physique varie et *« l'objectif des 10 000 pas n'est pas approprié*

¹⁷ Ibid.

à l'ensemble de la population » (entretien n°8). Il convient donc d'individualiser les recommandations d'activité physique.

1.2.3. Une activité adaptée telle que la marche peut désormais être prescrite par le médecin traitant pour les patients en ALD

À la suite de l'amendement déposé par Valérie Fourneyron, médecin et ancienne ministre des sports, l'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (cf. annexe 3) autorise le médecin traitant à prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Cette possibilité s'inscrit dans le cadre du parcours de soins et ne concerne que les patients atteints d'une ALD en cours de traitement, de phase de consolidation ou de rémission.

Les modalités d'application de cet article ont été précisées par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 (annexe 4) relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Le dispositif est entré en vigueur le 1er mars 2017, accompagné par l'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars (annexe 5) adressée aux Agences régionales de santé (ARS) et aux Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

*

* *

Les études citées précédemment démontrent les liens entre les bienfaits de l'activité physique, dont la marche à allure modérée et pratiquée de façon régulière, et l'amélioration générale de la santé. C'est pour cette raison que les pouvoirs publics ont contribué à la promotion de l'activité physique au travers d'actions et de recommandations aux niveaux national et local. En effet, la lutte contre l'inactivité est un enjeu majeur de santé publique. Une activité physique adaptée telle que la marche peut désormais être prescrite par le médecin traitant pour les patients en ALD. Encore récent, le dispositif du sport-santé sur ordonnance se met progressivement en place et nécessite pour cela une forte implication et une coordination des différents acteurs concernés.

2. Difficile à actionner pour l'heure, le dispositif du sport-santé sur ordonnance se dote progressivement d'outils et de moyens

Après avoir présenté les différents acteurs et leurs interactions, cette seconde partie expose les obstacles et perspectives du dispositif. En réponse aux limites identifiées, des propositions sont formulées.

2.1. Le dispositif sport-santé sur ordonnance doit être co-construit autour du patient par les médecins, les éducateurs sportifs et leurs partenaires locaux

Véritable changement de culture, cette démarche implique les professionnels de santé ainsi que les collectivités locales pour sa mise en œuvre. Les villes de Strasbourg et de Rennes ont par exemple fait preuve d'une réelle volonté politique locale.

2.1.1. Approche thérapeutique non-médicamenteuse, le sport-santé sur ordonnance constitue un changement de paradigme pour le médecin prescripteur

L'adoption de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé est le reflet d'un changement de culture dans le domaine de la prescription médicale, le médecin traitant ne pouvant jusqu'alors établir qu'un certificat médical de non contre-indication au sport. « *Cela constitue également un changement de paradigme avec le renforcement de la thérapeutique non médicamenteuse* » (entretien n°8), consolidant le tassement de la consommation de médicaments en France¹⁸. Dès avril 2011¹⁹, la Haute Autorité de Santé (HAS) constatait que la France accusait un retard dans le développement des thérapeutiques non médicamenteuses, alors que de nombreuses études démontrent leur efficacité en complément des traitements conventionnels pour les maladies graves et même parfois en substitution pour des affections plus légères.

La prescription de sport-santé peut paraître paradoxale, car il s'agit à la fois de prescription et de prévention. Le rôle du médecin traitant dans l'incitation à la pratique d'une activité

¹⁸ KREMPF A., *Les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments ?*, Franceinfo, 2016, http://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-vrai-du-faux/les-francais-sont-les-plus-gros-consommateurs-de-medicaments_1776797.html

¹⁹ HAS, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, 2011

physique devient dès lors primordial²⁰. Selon les personnes interviewées (entretiens n°5 et n°6), « *il faut insister sur l'importance d'une attitude éducative plutôt que simplement prescriptive* » de sa part. Si les médecins se concentrent aujourd'hui beaucoup sur le soin, il leur incombe également de faire de la prévention en sensibilisant leurs patients aux effets bénéfiques de l'activité sportive et aux dangers du tabagisme, de l'alcoolisme ou encore d'une alimentation trop grasse ou sucrée.

« *La prescription ne suffit pas et doit être complétée par un accompagnement personnalisé pour être efficace* » ajoute un médecin du sport, investi dans la FFRandonnée 53 (entretien n°6). De même que la prescription médicale médicamenteuse est peu suivie par les patients²¹, il est envisageable que « *les patients ne suivent pas les recommandations de leurs médecins en matière de pratique d'activité physique* » (entretien n°5).

Cet accompagnement peut suivre les recommandations en matière d'éducation thérapeutique du patient (ETP²²). Visant à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, l'ETP est un processus continu, qui fait partie intégrante et permanente de la prise en charge du patient. Elle permet un suivi pour lequel le médecin généraliste doit être référent et dans un cadre d'accompagnement individualisé.

En ce qui concerne spécifiquement les activités physiques adaptées (APA), dans le cadre de la prévention par la marche, par l'activité physique en général, l'ETP est primordiale pour que le patient s'empare de son traitement et qu'après une phase d'éducation par un professionnel, il puisse continuer à prendre soin de sa santé par l'activité physique.

2.1.2. La mise en œuvre du dispositif et sa réussite nécessitent l'implication des différents partenaires locaux

Au regard de nos lectures et des divers entretiens menés, la notion de co-construction de la prise en charge s'impose. Ainsi, de multiples acteurs interviennent dans ce problème de santé publique : médecins traitants, professionnels de santé, communes et communautés de commune, milieu associatif, sans oublier l'individu.

²⁰ Le Masne A., Lemonnier F., Septembre 2015, « Promouvoir des environnements favorables à l'activité physique » in *La santé en action* n°433, INPES, pp. 10-35

²¹ Une étude américaine de 2015 (IMS Health) souligne que 40% des patients seulement suivent leur prescription médicale médicamenteuse. L'étude du cabinet Jalma démontre qu'en France, entre 30 et 50% des patients sont insuffisamment observants, 25% des médicaments ne sont pas pris (1/7 jamais acheté, 1/8 acheté mais pas consommé).

²² Définition et recommandations de la Haute Autorité de Santé : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf

Le rôle du médecin traitant est essentiel, selon un médecin de la FFRandonnée 53, dans la mesure où, *« au-delà d'être un simple prescripteur d'activité physique, il possède une connaissance plus fine des problèmes de santé et de la condition physique de son patient »* (entretien n°6). Il pourra ainsi l'orienter vers des acteurs de terrain ciblés, compétents et formés à la prise en charge personnalisée.

Sous le terme de « professionnels de santé », on retrouve les masseurs kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les enseignants en APA. Par leurs compétences respectives, ils peuvent proposer une prise en charge personnalisée aux besoins du patient, un suivi régulier et une réévaluation de son programme.

Les collectivités territoriales ont aussi un rôle majeur dans la promotion de l'activité physique, leurs capacités d'action et de financement sont nécessaires à l'émergence d'initiatives locales. Elles participent à l'aménagement d'un environnement plus agréable, un cadre de vie plus sûr. Selon une chargée de mission Santé à la ville de Rennes, *« l'échelon local présente l'avantage de pouvoir proposer des solutions de proximité, avec une communication adaptée à la population du territoire »* (entretien n°9). La démarche est double : restauration de l'espace public (augmentation de l'attractivité des villes, construction d'une image plus dynamique), tout en favorisant l'activité physique des habitants. La redéfinition des plans locaux d'urbanisme (PLU) nécessite une réflexion et une vision à long terme, associant les différents acteurs précités.

Les signalétiques piétonnes se développent, *« à Rennes, l'idée est d'afficher un temps de trajet à pied, de faire prendre conscience que le déplacement n'est pas forcément plus long qu'en transport en commun ou en voiture personnelle »*, ajoute une chargée de mission santé. Les différentes expériences ont montré que *« les villes ayant engagé une réflexion aboutie sur le sujet, en proposant par exemple des circuits de découverte de lieux historiques ou de la flore locale, obtiennent une meilleure adhésion du public à la pratique de la marche »*, comme le soulignent les représentants de la FFRandonnée 35 qui l'ont mis en œuvre à travers leur concept labellisé rando-santé dont le slogan est *« moins vite, moins loin, moins longtemps »* (entretien n°3).

Les bénéficiaires de ces politiques, patients pour les uns, habitants ou licenciés pour les autres, sont au cœur du dispositif. Leur retour d'expérience est fondamental pour évaluer l'efficacité de celui-ci. Ainsi, une enquête réalisée par l'INPES en mai 2011²³ afin d'accompagner les communes dans la mise en place d'une signalétique piétonne favorisant

²³ Santé Publique France, INPES, 18 octobre 2011, Kit d'accompagnement des collectivités locales, *Comment mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche ?*, 11 p.

la pratique de la marche a montré des résultats encourageants : 91% ont apprécié le dispositif, 42% des personnes de 15 à 75 ans ont atteint des niveaux d'activité physique favorables pour la santé, 16% ont changé leurs comportements au profit de la marche à pied, 40% des habitants ont reconnu la mise en valeur de certains quartiers.

Les éducateurs sportifs associatifs, titulaires d'une formation reconnue, interviennent également dans le parcours de soins coordonné. Les structures associatives « classiques » étant peu adaptées pour l'accueil de personnes souffrant d'ALD invalidantes, leur champ d'action est « *plus du ressort de la prévention que de la prise en charge sur prescription médicale* » (entretien n°3). Les fédérations sportives, sous l'égide du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF), proposent de plus en plus de déclinaisons « adaptées » de leur discipline²⁴.

2.1.3. L'expérimentation de la ville de Strasbourg ainsi que les actions menées à Rennes sont nées d'une volonté politique locale

« *La ville de Strasbourg a été la première ville à mettre en place la prescription du sport-santé sur ordonnance* », rappelle la directrice du réseau villes-santé de Rennes (entretien n°1). Annoncé le 1^{er} avril 2012 par le Maire, le dispositif a pour objectif de promouvoir les déplacements physiquement actifs et de favoriser la pratique d'une activité physique régulière et adaptée à l'état de santé des personnes en ALD. Le dispositif doit permettre de modifier de façon durable les comportements défavorables à la santé en diminuant la sédentarité d'une part et en augmentant l'activité physique régulière d'autre part. Depuis, plus de 3000 médecins généralistes ont intégré ce programme et 1125 patients ont pu en bénéficier.

Un budget global de 410 000 € y est consacré en 2017. La ville de Strasbourg, participant à hauteur de 200 000 €, est dorénavant accompagnée par : l'ARS Grand-Est pour les aspects financement, coordination et évaluation du dispositif ; le régime local d'assurance maladie pour les aides financières attribuées aux associations ; la Compagnie des Transports Strasbourgeois pour les abonnements « Vélhop » ; les Hôpitaux Universitaires Strasbourgeois pour la mise à disposition d'un médecin coordinateur et les universités pour l'étude scientifique ; la DRJSCS pour la promotion de la santé et vie sportive, et enfin les associations pour la promotion de l'activité physique auprès des Strasbourgeois.

²⁴ CNOSF, « *Médicosport-santé, le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives* », avril 2017
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

Le dispositif est mature et essentiellement ciblé sur les ALD les plus fréquentes en Alsace (diabète type 2, maladies cardiovasculaires stabilisées et cancers du sein ou du colon en rémission depuis 6 mois) et sur l'obésité qui présente une prévalence importante dans cette région (Indice de Masse Corporelle > 30). Une durée de traitement de trois ans est préconisée pour en tirer des bénéfices sensibles. Pour faciliter l'accès au dispositif et réduire les inégalités sociales de santé, une tarification sociale est mise en œuvre : aucune participation financière n'est demandée la première année, 20€, 50€ ou 100€ les deux années suivantes en fonction du quotient familial.

La ville de Rennes s'est également engagée très tôt dans la promotion de l'activité physique au travers d'une politique favorable aux « mobilités actives » dès 2008. L'objectif est de limiter l'usage des transports motorisés au profit de la marche ou du vélo : signalétique piétonne, parcs à vélos, aménagement des espaces urbains. Contribuer à changer les mentalités témoigne d'une réelle volonté des élus locaux de la ville de participer à une évolution culturelle sociologique. La directrice du Réseau Français Ville-Santé de l'OMS à Rennes souligne l'importance d'intégrer une dimension de santé dans tous les programmes : *« il faut saisir l'occasion d'améliorer la santé en participant aux aménagements de la ville, en accompagnant par exemple les projets d'urbanisme et en ayant une réflexion sur le bien-être et la qualité de vie des habitants »* (entretien n°1). Cette politique engagée à long terme aide non seulement à améliorer la santé des citoyens mais contribue aussi à diminuer les inégalités sociales, au travers de la mixité urbaine.

Bien que le changement de positionnement de chacun des acteurs soit nécessaire à la bonne marche du dispositif « sport-santé sur ordonnance », certains points restent encore à améliorer.

2.2. Pour l'heure, le dispositif rencontre des obstacles, mais des leviers d'amélioration peuvent être actionnés

Le dispositif sport-santé sur ordonnance se heurte à des obstacles inhérents à son fonctionnement, en particulier concernant l'observance des patients. Toutefois, si la prescription ne constitue pas une incitation suffisante, d'autres moyens peuvent être mobilisés.

2.2.1. Les limites du dispositif sport-santé sur ordonnance rendent difficile une promotion efficace de l'activité physique

Promouvoir l'activité physique auprès des individus est un enjeu de santé publique. Néanmoins, malgré l'implication des pouvoirs publics, des professionnels de santé et des acteurs associatifs, cette démarche se heurte à plusieurs obstacles. L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 apporte un encadrement législatif de la prescription d'activité physique par les médecins. Les insuffisances de cette loi s'observent à plusieurs niveaux.

Dans un premier temps, le médecin traitant peine à trouver sa place. Selon un professeur en cardiologie, *« il n'est pas assez formé aux enjeux de la prescription d'activité physique et ne connaît que rarement l'offre de sport santé sur le territoire. Il ne peut donc pas assurer pleinement son rôle de pivot dans la prise en charge des patients »* (entretien n°2). Des initiatives locales se mettent en place pour pallier ces difficultés. En Bretagne, une formation en ligne *« intégrer l'activité physique et sportive dans la pratique préventive et thérapeutique »*, à l'intention des médecins généralistes a été proposée, financée par l'ARS Bretagne dans le cadre du Plan SSBE. Son contenu varié (liens entre activité physique et santé, présentation de l'offre sport-santé sur le territoire ...) permet au médecin de conforter sa place d'acteur clé de la prévention.

De plus, cette loi fait uniquement référence aux patients souffrant d'une ALD, excluant toute initiative en matière de prévention primaire. Le reste de la population n'est pas intégré dans le dispositif mais sensibilisé par la voie de la communication et de messages de santé publique (cf. annexe 6). Concernant la dimension financière, l'article 144 ne prévoit aucun remboursement de cette prescription par l'assurance maladie. Le coût de cette dernière (consultation, affiliation à un club ou une association) est supporté par le patient. Seules certaines mutuelles proposent une garantie qui finance le diagnostic mettant au point un programme sportif adapté.

Pour ce qui est de la prise en charge des individus dans le cadre du dispositif SSO, d'importantes difficultés de coordination apparaissent rapidement. En effet, les intervenants sont multiples et la coordination de leur action autour de l'individu est une nécessité pour assurer une bonne orientation, un accompagnement adapté et un suivi régulier. Une chargée de mission PNNS au ministère chargé de la santé nous a confié que *« la répartition des compétences entre professionnels du sport et de la santé a été source de conflits durant les réunions préparatoires du décret »*. Concernant l'accompagnement de l'individu dans sa pratique sportive, kinésithérapeutes et éducateurs sportifs se font concurrence (entretien n°8). Pourtant, le partage des rôles est encore flou et les prérogatives de chacun ne sont pas

parfaitement établies²⁵. L'activité de médecin unique prescripteur est parfois remise en cause, car elle limite la capacité d'initiative des autres professionnels de santé en matière de sport-santé. Ces derniers reprochent aux premiers de ne pas assez les considérer et de ne pas les intégrer pleinement à la prise en charge des patients. Pourtant le cadre dirigeant d'un centre de formation en Bretagne rappelle qu'il « *est nécessaire de mettre en place des groupes de suivi pluri-professionnels pour assurer l'investissement du patient dans la pratique sportive. Médecins, kinésithérapeutes et éducateurs sportifs doivent travailler ensemble pour un meilleur suivi* » (entretien n°4).

Si les professionnels de santé et assimilés ont du mal à se coordonner, les acteurs associatifs peinent aussi à structurer leur offre. Les clubs sportifs et associations proposent de plus en plus de créneaux dédiés aux personnes avec des besoins spécifiques. Cependant, l'explique un responsable de la FFRandonnée 35 (entretien n°3), il existe un réel manque de visibilité concernant cette offre, tant pour les patients que pour les professionnels souhaitant les orienter vers ces activités. Des initiatives de recensement de celles-ci par territoire ont été lancées (site internet avec carte interactive par exemple), mais elles restent limitées. Ce flou d'initiatives locales, témoignant pourtant d'un réel intérêt des associations et clubs sportifs pour le sport-santé, contribue à un manque de lisibilité pour toutes les personnes concernées et peut décourager la prescription d'activité physique et son observance par le patient (Entretiens n°5 et 8).

Ce dernier point constitue la limite principale de la prescription d'activité physique. Dans un cadre idyllique où des acteurs seraient coordonnés, l'offre sport-santé abondante et lisible, il serait toujours difficile de s'assurer que le patient respecte les consignes de son médecin traitant. Alors qu'aujourd'hui, une partie des individus ne suit pas intégralement ou pas assez longtemps son traitement médicamenteux, comment les inciter autrement à pratiquer une activité physique ?

2.2.2. En réponse aux limites du dispositif, des axes d'amélioration peuvent être proposés afin d'en simplifier la mise en œuvre

Il est dans un premier temps indispensable de renforcer le rôle du médecin dans la prescription de l'activité sportive. Pour favoriser leur engagement, il est nécessaire de fournir au personnel médical des outils fiables permettant le suivi et l'évaluation de ces prescriptions. Les traitements thérapeutiques basés sur la pratique d'activité physique

²⁵ Notre contact au Ministère de la Santé nous a précisé que deux arrêtés sont à venir afin de préciser les compétences, le rôle et le besoin de formation des assimilés éducateurs sportifs et des bénévoles

doivent pour cela faire l'objet d'études similaires aux tests mises en œuvre par l'industrie pharmaceutique. Le temps consacré au suivi thérapeutique doit être clairement identifié et valorisé en terme d'acte médical.

La formation des professionnels du sport et de la santé doit intégrer l'activité physique. L'intégration aux études de médecine d'un module spécifique sur l'activité physique dans la prise en charge des pathologies chroniques comme l'avait déjà recommandée l'INSERM²⁶ est primordiale afin d'institutionnaliser la prescription d'activité physique par les médecins. Ces enseignements leur permettront de mieux adapter leurs prescriptions aux différents profils de patients, âge, sexe, pathologie. Une prescription pertinente incitera d'autant plus un patient à pratiquer une activité physique. Pour l'instant, le ministère chargé de la santé a formulé des recommandations pour une aide à la prescription à la HAS et à la CNAM (entretien n°8). Par exemple, une généralisation du Pass'sport santé peut être envisagée pour disposer d'un référentiel commun aux généralistes.

Ensuite, afin de promouvoir la pratique de l'activité physique, les recommandations actuelles doivent être diffusées le plus largement possible auprès de la population. Les campagnes de promotion du sport-santé sont donc à pérenniser en s'adaptant aux cibles visées. Les recommandations mondiales émises en 2007 par l'OMS, pour maintenir et améliorer l'état de santé de la population, sont toujours d'actualité.

Cette information doit être accessible à tous les niveaux de notre société, à l'école, au travail, dans les associations, à travers des campagnes publicitaires mais aussi par le biais de l'enseignement scolaire et de la médecine du travail. Elle doit s'accompagner du développement de la formation de toutes les personnes amenées à la diffuser ainsi que de propositions concrètes, sur supports visuels ou audiovisuels, d'activités physiques à mettre en place à l'école, au travail, dans les parcs aménagés ou chez soi.

Dans cette logique, l'aménagement de l'espace urbain doit être poursuivi. La limitation de la circulation des véhicules motorisés au sein des grandes agglomérations telles que Paris, Lyon, Bordeaux, s'inscrivant dans une démarche écologique, favorise également la pratique de l'activité physique en milieu urbain. L'aménagement du territoire doit cependant s'étendre aux banlieues ainsi qu'aux zones rurales les plus reculées. La prescription de l'activité physique sur ordonnance n'a de sens qu'avec ce développement de l'aménagement du territoire afin de favoriser la constitution d'un environnement propice à sa pratique. La piétonisation des villes, le développement des pistes cyclables, la facilitation des transports

²⁶ Rapport sur l'activité physique et ses effets sur la santé
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

mixtes (vélo, transport collectif, marche), la mise en place de parcours santé accompagnés d'aménagements spécifiques et d'instructions claires doivent être coordonnés au niveau local, ce que nous rappelle un chercheur en promotion de la santé (entretien n°5).

En milieu professionnel, la promotion de l'activité physique est également à saisir. En effet, selon certaines études, sont mis en évidence la diminution du stress, un meilleur climat social, une ambiance de travail positive, une certaine attractivité de l'entreprise, une diminution des troubles musculo-squelettiques, une baisse de l'absentéisme (de près de 50%), un gain en productivité des salariés (de l'ordre de 12%)²⁷. Ce sont autant d'effets qui prouvent que le développement de l'activité physique des salariés constitue un réel enjeu de santé publique, mais également économique. Les dépenses occasionnées pour la mise en œuvre existent certes, mais sont contrebalancées par un gain de productivité de l'ordre de 2 à 3 fois leur valeur sur 5 ans. De même, la médecine du travail pourrait être associée à ce type de projet et contribuer au changement de pratiques dans les entreprises.

En milieu scolaire, la sensibilisation du public dès son plus jeune âge représente un enjeu fort d'acculturation. L'activité physique régulière, si elle conditionne en effet la réussite scolaire et la qualité de vie en général, connaît une chute fréquente lors du passage à l'université. L'incitation à la pratique sportive par les universités doit se faire en lien avec les collectivités locales : offre variée, déplacements.

Le public « senior » est aussi un public de choix pour le dispositif du sport sur ordonnance, car plus touché par les ALD. De multiples plans nationaux existaient déjà avant : « Bien vieillir » (2009), « Retrouver sa liberté en mouvement » (2009).

Les nouvelles technologies (podomètres, montres connectées, smartphones...) représentent une opportunité. Si certaines applications ou technologies peuvent générer des inégalités par leurs coûts, il faut toutefois reconnaître que la démocratisation de ces outils peut aider à toucher le plus grand nombre de personnes. Aide à la motivation, mesure de l'atteinte des objectifs personnels, sécurisation des parcours de randonnées grâce aux outils de localisation... les possibilités sont multiples. Enfin, la chargée de mission PNNS au ministère chargé de la santé explique que « *ces outils ne ciblent pas les populations à risque, atteintes d'ALD. Il faut donc rester attentif à ne pas engendrer un effet contraire de l'outil, en se fixant par exemple des objectifs manifestement inatteignables qui pourraient décourager les utilisateurs* ».

²⁷ Toussaint J.-Fr et al., Juin 2009, *Activités physiques ou sportives & santé*, ADSP, n°67, p.18-54

Conclusion

Ce travail nous a permis de mesurer les impacts et l'importance de poursuivre des actions de prévention et de promotion d'une activité physique au sens large. La marche, accessible à tous, a été choisie dans un premier temps pour redonner goût, plaisir et rendre active une population devenue sédentaire.

Une certaine prise de recul est nécessaire de la part des différents partenaires. La possibilité de prescrire une APA aux patients atteints d'une ALD peut sembler restrictive mais elle a l'avantage de responsabiliser les médecins sur cet enjeu de santé publique. Initiateur de cette prescription, le médecin généraliste peut jouer un rôle de référent dans le parcours du patient et l'adapter.

Les conséquences de la sédentarité sont multiples sur la santé et le bien-être de chacun, à tous les âges. Le changement culturel demande du temps, un accompagnement, de l'information et de la motivation de chacun des acteurs des différents champs de l'action publique, dans une logique de coopération. Les effets obtenus ne seront visibles qu'à plus ou moins long terme. Un suivi et une évaluation du dispositif contribueront à améliorer les actions de prévention et de promotion de l'activité physique. La formation des intervenants professionnels est à poursuivre afin de continuer à investir dans ce problème de santé publique et de s'adapter aux lieux, aux personnes, à leurs besoins afin d'atteindre des objectifs réalisables, bénéfiques et réguliers sur le long terme.

La dynamique engagée depuis plusieurs années par les élus locaux ou la mise en œuvre de programmes nationaux, d'événements ou de campagnes publicitaires pour lutter contre la sédentarité et améliorer la santé en adoptant un mode de vie plus sain, doit être poursuivie.

L'esprit de la loi du 26 janvier 2016, plus particulièrement son article 144, est orienté vers la prévention tertiaire, circonscrite aux ALD. Dans un objectif de santé publique, n'est-il pas pertinent d'élargir ce dispositif à la prévention primaire et secondaire ?

Des mesures plus fortes sous forme de stratégie nationale pourront peut-être s'envisager, au même titre que la mise en place obligatoire du bilan social dans les entreprises, où la qualité de vie au travail est devenue une priorité des politiques publiques au vu de la montée des risques psycho-sociaux.

Nos propositions

Approfondir les travaux de recherche sur les liens entre activité physique et santé

- Aujourd'hui, les plans nationaux de promotion de l'activité physique ne reposent pas suffisamment sur des données scientifiques objectives. Le niveau de l'évidence scientifique établissant le lien entre l'activité physique et l'amélioration de l'état de santé est insuffisant. Les chercheurs doivent être associés au suivi de ce dispositif par les pouvoirs publics afin d'apporter des éléments objectivés : durée de traitement, palier d'effort, protocole de suivi, etc.

Améliorer le dispositif SSO

- Une évaluation objective de l'efficacité des programmes sport-santé : il faut s'assurer que les personnes visées sont sensibilisées et bénéficient d'une prise en charge adaptée. Des retours sur expérience doivent être obtenus auprès des institutions pilotes (ARS, DRJSCS), des acteurs locaux (associations, clubs sportifs) et des individus.
- Une évaluation chiffrée des économies éventuelles : le sport-santé sur ordonnance semble être un concept éco-efficace, dont les effets bénéfiques sur la santé devraient induire à long terme une baisse des dépenses de la Sécurité Sociale. A moyen terme, le ministère chargé de la santé et la CNAM pourraient commanditer cette évaluation pour en étayer l'utilité et projeter une généralisation du dispositif.
- Un dispositif remboursé par l'Assurance maladie, sous réserve des conclusions de l'évaluation citée précédemment : elle pourrait prendre en charge une partie des frais liés à cette pratique (coût de la licence, remboursement des consultations). Laisser ces frais aux mutuelles risquerait de provoquer des inégalités au sein de la population.
- Une extension de la prescription d'activité physique : le dispositif sport santé sur ordonnance doit pouvoir être complété afin d'intégrer la prévention primaire et s'intéresser à toute la population et pas seulement aux personnes atteintes d'une affection longue durée.

Harmonisation et extension des bonnes pratiques

- Recommandations nationales et internationales à aligner : la diversité des recommandations au niveau national d'une part (PNNS, INPES), et au niveau international d'autre part nécessite que les pouvoirs publics fassent des propositions uniformes. Les individus doivent pouvoir se référer à des recommandations simples.

- Renforcer la coordination des acteurs intervenant dans le domaine sport-santé : ces derniers sont multiples et la coordination de leur action autour de l'individu est une nécessité pour garantir un accompagnement adapté. Des groupes de travail pluri-professionnels doivent être mis en place sur un territoire regroupant l'ensemble des parties prenantes. Des binômes « sport-santé » alliant médecins et professionnels du sport peuvent aussi être constitués.
- Assurer un pilotage institutionnel au niveau régional : les acteurs intervenant dans le sport-santé sont morcelés et mènent souvent leurs actions sans concertation. Les ARS et les DRJSCS doivent renforcer leur implication en harmonisant les recommandations et les financements sport-santé sur leur territoire.

Repenser les campagnes de communication sur l'activité physique

- Les campagnes publicitaires actuelles ne touchent pas assez les populations : la promotion de l'activité physique implique la mise en place de programmes locaux et nationaux percutants, mais surtout accessibles à toute la population. Des opérations dans la continuité du « Moi(s) sans tabac », doivent se développer (ex : Moi(s) avec la marche qui peut constituer une véritable dynamique collective). De même les messages tels que « *Pour votre santé, bougez plus* » ne suffisent plus.
- Favoriser les retours d'expérience des villes ayant déjà mis en place des actions dans ce cadre (réseau « ville à ville »). Ce retour d'expérience pourrait être relayé par le Réseau Français des villes-santé OMS.

Intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne

- Sport à l'école : l'activité physique doit être promue auprès des enfants et adolescents dans un cadre autre que la notation prévue en EPS. Cet enseignement doit devenir un instrument de prévention et inciter à la pratique sans stigmatiser par une note les jeunes non sportifs afin de ne pas les décourager.
- Sport au travail : les employeurs doivent multiplier des initiatives en s'engageant aussi dans des actions de prévention. Afin d'intégrer l'activité physique au travail, des partenariats peuvent se créer avec les clubs sportifs. D'autres moyens peuvent être mis à la disposition des salariés comme des salles de sports dans les locaux de l'entreprise ou encore des bureaux ergonomiques pour inciter à l'activité.

Cibler les personnes aux besoins spécifiques

- Sport et vieillesse : il faut encourager les organismes et instances accompagnant les personnes âgées à s'investir dans le suivi du plan SSBE. Les associations et clubs

sportifs pourraient créer des partenariats avec les EHPAD. Les communes doivent être accompagnées dans la mise en place de programmes à destination des seniors (parcours adaptés et ludiques pour les aînés).

- Sport et handicap : la promotion de l'activité physique chez les personnes handicapées passe autant par des actions favorisant la mixité (valides et non-valides ensemble) que par l'inscription de l'activité physique dans les projets d'établissement des structures d'accueil.

Bibliographie

OUVRAGES :

- **Barton H.** et **Tsourou C.**, 2004, « Le projet Villes-Santé et l'urbanisme » in *Urbanisme et santé un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, Rennes, Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable, p. 25-53.

REVUES ET ARTICLES :

- **Kempf A.**, 2016, « Les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments ? », *France info*,

Disponible sur : http://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-vrai-du-faux/les-francais-sont-les-plus-gros-consommateurs-de-medicaments_1776797.html

- **Brémond G.**, 22 février 2017, « Faut-il vraiment faire 10 000 pas par jour ? », *Ouest France*

Disponible sur : <http://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/data/941/reader/reader.html#!preferred/1/package/941/pub/942/page/14>

- **Caspersen C. J., Powell K. E. et Christensen G. M.**, 1985, « Physical activity, exercise and physical fitness : definitions and distinctions for health-related research », in *Public Health Reports*, 1985

Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>

- **Delamaire C.**, Janvier-Février 2007, « Vous avez dit trente minutes de marche rapide par jour ? », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.40-41
- **Demeulemeester R.**, Janvier-Février 2007, « Promotion de l'activité physique : des stratégies qui ont fait leurs preuves », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.17-20
- **Escalon H.**, Janvier-Février 2007, « Fréquence et temps de pratique de l'activité physique en France », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.32-33
- **Friedenreich C.M., Neilson H.K., Lynch B.M.**, Septembre 2010, *State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention*, *European Journal of Cancer*, 46(14):2593-604.

- **Institut National du Cancer (INCa)**, janvier 2012, Fiche repère "*activité physique et cancer*", 8 p.

Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Activite-physique-et-cancer>

- **Kubiak C., Pin St.**, Janvier-Février 2007, « Les 60-75 ans, aussi heureux que les plus jeunes », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.45-48
- **Laure P.**, Janvier-Février 2007, « Mobilité physique à des fins préventives : ce que recommandent les experts », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.31
- **Le Grand E.**, Janvier-Février 2007, « Papa, papa, je veux faire du Pédibus ! », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.41
- **Le Masne A., Lemonnier F.**, Septembre 2015, « Promouvoir des environnements favorables à l'activité physique », *La santé en action*, n°433, INPES, pp. 10-35
- **Le Scanff Chr.**, Janvier-Février 2007, « Comment engager une personne durablement dans la pratique d'une activité ? », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.13-16
- **Martin V.**, Janvier-Février 2007, « Comment le Québec « se bouge » pour endiguer la sédentarité », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.42-44
- **Oppert J.-M.**, Janvier-Février 2007, « Exercice du corps : une arme contre les maladies chroniques », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.21-23
- **Parlebas P.**, Janvier-Février 2007, « Comment combiner favorablement santé, sport et activité physique ? », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.34-36
- **Perrin Cl.**, Janvier-Février 2007, « L'activité physique : une affaire de goûts ? », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.28-30
- **Simon Ch., Schweitzer Br. et al.**, Janvier-Février 2007, « En Alsace, les collégiens vivement incités à s'activer », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.37-39
- **Steele J., Fisher J. et al.**, 5 avril 2017, "A higher effort-based paradigm in physical activity and exercise for public health: making the case for a greater emphasis on resistance training", *BMC Public Health.*, n°17, 8 p.
- **Toussaint J.-Fr et al.**, Juin 2009, *Activités physiques ou sportives & santé*, ADSP, n°67, p.18-54
- **Vuillemin A.**, Janvier-Février 2007, « Bouger améliore-t-il la qualité de vie ? », *La Santé de l'Homme*, n° 387, p.24-27

RAPPORTS :

- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)**, Février 2016, *Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité, Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective*, 584 p.
- **Haute Autorité de Santé (HAS)**, avril 2011, *Synthèse, Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, 18 p.
- **Haute Autorité de Santé**, 2011, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, 94 p.
- **Institut National de Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)**, 2008, *Activité physique, contextes et effets sur la santé*. Expertise collective, édition Inserm, 811 p.
- **Institut de Veille Sanitaire**, 2007, *Etude nationale nutrition santé 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé*, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 74 p.
- **Lutrat Fl.**, Service promotion de la santé de la personne de l'Eurométropole de Strasbourg, 2015, *Sport santé sur ordonnance, Rapport d'activité*, Strasbourg, 55 p.
- **Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie Associative et ARS Bretagne**, 1er Plan « Sport Santé Bien-Être » de la région Bretagne 2013-2016, 13 p.
- **Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports**, 2014, *Plans régionaux sport-santé bien-être Bilan de l'enquête portant sur les plans régionaux sport santé bien-être 2014*, 15 p.
- **Observatoire de Santé Bretagne (ORS)**, juin 2010, *La santé dans la ville de Rennes*, 20 p
- **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)**, mise à jour 2014, *L'obésité et l'économie de la prévention : objectif santé indicateurs-clés*, France

Disponible sur : https://www.oecd.org/france/Obesity-Update-2014-FRANCE_FR.pdf

- **Organisation Mondiale de la Santé**, 1998, *Athens Declaration for Healthy Cities*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS.
- **Organisation Mondiale de la Santé**, 2010, *Les recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*, 57 p.

- **Ville de Rennes**, janvier 2013, *Plan local de santé*, 48 p.
- **Ville de Rennes**, 2014, *Contrat local de santé (2013-2015), fiches bilan d'étape*, 112 p.
- **Ville de Rennes**, 15 septembre 2014, *Contrat local de santé (2013-2015), synthèse des fiches bilan d'étape*, 26 p.
- **Ville de Rennes**, 2016, *Rapport d'activité, Mission promotion santé territoire, Dispositifs ateliers santé ville et animation territoriale de santé*, 43 p.
- **WCRF, AICR**, 2007, *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*, AICR, Washington DC, 517 p.
- **WCRF, AICR**, 2011, *Continuous update project report summary. Food, nutrition, physical activity and the prevention of colorectal cancer*

DOCUMENTATIONS ET BROCHURES :

- **Lecocq J.**, 17 octobre 2013, *Les bienfaits de la marche sur la santé*, diaporama 3^{ème} Colloque de Strasbourg, 22 p.
- **Ministère des Sports, Ministère de l'Education Nationale, de la jeunesse et de la vie associative**, décembre 2010, Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France. Bulletin de statistique et d'études, n°10-01, 4 p.

Disponible sur : http://www.sports.gouv.fr/IMG/archives/pdf/Stat-Info_01-11_decembre2010.pdf

- **Santé Publique France, INPES**, 18 octobre 2011, *Kit d'accompagnement des collectivités locales, Comment mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche ?*, 11 p.

CONFERENCES – DEBATS

- **Fourneyron V.**, « *L'enjeu du sport santé sur ordonnance, discours* » in IRBMS, Colloque « *Prescrire le sport santé* », 27 septembre 2016, Roubaix, 14 p.
- **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, 1986, *Charte d'Ottawa*, Première Conférence mondiale sur la promotion de la Santé

SITES INTERNET :

- **FRANCE STRATEGIE : NAVES M.-C.**, 31 mars 2014, *La pratique sportive régulière des Français en baisse : quelles pistes d'action publique ?*, France Stratégie

Disponible sur : <http://www.strategie.gouv.fr/point-de-vue/pratique-sportive-reguliere-francais-baisse-pistes-daction-publique>

- **HAS** : "Education thérapeutique du patient – Comment la proposer et la réaliser ?", Juin 2007, Recommandations, Haute Autorité de Santé
- **Manger bouger** : www.mangerbouger.fr, volet « bouger plus »

REGLEMENTATION :

- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Loi n° **2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**. Article 144 [en ligne]. Journal officiel n° 0022 du 27 janvier 2016. [visité le 15 mai 2017]
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Décret n° **2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée** [en ligne]. Journal officiel n° 0304 du 31 décembre 2016 [visité le 15 mai 2017]
- Ministère des affaires sociales et de la santé Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, Instruction interministérielle n° **DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée** [en ligne. Visité le 16 mai 2017]
- Ministère du travail, de l'emploi de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Instruction interministérielle n° **DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012** [en ligne. Visité le 18 mai 2017]

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des personnes rencontrées

Annexe 2 : Grille d'entretien

Annexe 3 : article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Annexe 4 : décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

Annexe 5 : instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

Annexe 6 : Exemples de campagnes de communication officielles autour de la pratique d'une activité physique quotidienne

Annexe 1 : Tableau des personnes rencontrées

| N° | Ville | Fonction de la ou des personne(s) rencontrée(s) |
|-----------|--------------|---|
| 1 | Rennes | Directrice réseau villes-santé |
| 2 | Rennes | Professeur en cardiologie |
| 3 | Rennes | Responsables départementaux de la FFRandonnée |
| 4 | Dinard | Directeur général adjoint, campus d'excellence sportive |
| 5 | Rennes | Chercheur en promotion de la santé |
| 6 | Laval | Médecin fédéral, FFRandonnée |
| 7 | Rennes | Chercheur en physiologie |
| 8 | Paris | Chargée de mission PNNS |
| 9 | Rennes | Chargée de mission Santé |

Annexe 2 : Grille d'entretien

Les liens entre activité physique (en particulier la marche) et santé

- Pourquoi à votre avis il est important de promouvoir la marche ? Pourquoi pensez-vous que la marche/activité physique améliore l'état de santé ?
- Quels sont les éléments scientifiques sur lesquels vous vous basez pour dire que la marche est bénéfique à l'état de santé ?
- Quels résultats obtenus des actions entreprises ? Quels retours ? (bienfaits physiques et psychologiques, suivi)
- Quels sont les patients visés ? (pathologies)
- Comparaisons internationales : certains pays européens sont très en avance (Suède)

L'activité physique sur ordonnance

- Est-ce que vous proposez spontanément à vos patients de pratiquer une activité physique ? Comment inciter les individus à faire une activité physique ? (observance)
- Quelles sont les autres recommandations (alimentation, hygiène de vie, sommeil) ?
- Quels seraient les apports d'une prescription médicale ? Et quelles critiques (suivi ou observance) ?
- Ressenti des patients : le sport, une vraie thérapeutique ?

La promotion de l'activité physique par les pouvoirs publics

- Pensez-vous que les 10 000 pas soient pertinents ? (ou bien marketing ?)
- Quel seuil ? Quelle alternative ?
- Que pensez-vous des nouvelles technologies dans ce domaine ?
- (Connaissez-vous le passeport santé ?) Quels outils pour le suivi des patients ?
- Comment concilier individualisation/personnalisation de la prise en charge et politique de santé publique ?

La promotion en pratique

- Pourquoi avoir mis en place ce type de programme en ville ? Par quels moyens ? (signalétique, infrastructures)
- Quels sont les budgets consacrés ?
- Relais associatif, clubs sportifs (marche, randonnée, gymnastique douce...)

Recommandations/perspectives

- Obstacles/critiques : réticence des patients, accès au médecin/activité sportive, responsabilisation des proches
- Engagement des institutions scolaires et des employeurs (faire du sport sur le temps de travail)
- Les limites à la prescription d'activité physique : les publics non concernés
- Campagne de communication nationale (mangerbouger.fr)
- Quels conflits d'intérêt ?
- Vision globale de la prise en charge ? médecin, nutritionniste, kiné...

Expériences personnelles et avis

- Etes-vous favorable à la prise en charge de l'activité physique par l'assurance maladie ou les mutuelles pour les publics autre que ALD ?
- Quel est votre avis sur le sujet ? quelles recommandations formuleriez-vous ?

Annexe 3 : article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Le titre VII du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre unique devient le chapitre Ier et son intitulé est ainsi rédigé : « Fondation » ;

2° Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Prescription d'activité physique

« Art. L. 1172-1.-Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

« Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. »

Annexe 4 : décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

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

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 613-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1172-1 ;

Vu le code du sport, notamment ses articles L. 141-1, L. 212-3 et R. 212-2 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 20 décembre 2016,

Décète :

Article 1

Le livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« Titre VII

« PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTÉ

« Chapitre II

« Prescription d'activité physique

« Art. D. 1172-1.-On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

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

« Art. D. 1172-2.-En accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée, et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente, le médecin traitant peut lui prescrire une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants :

« 1° Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1 ;

« 2° Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation ;

« 3° Les professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée :

« -les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport ;

« -les professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles qui sont énumérés dans une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

« 4° Les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé, sur proposition du Comité national olympique et sportif français.

« Cette prescription est établie par le médecin traitant sur un formulaire spécifique.

« Art. D. 1172-3.-Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

« Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers.

« Art. D. 1172-4.-La prise en charge des patients est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice.

« Art. D. 1172-5.-Avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu. »

Article 2

Il est inséré dans le code de la santé publique une annexe 11-7-1 et une annexe 11-7-2 figurant en annexes 1 et 2 du présent décret.

Article 3

Le présent décret entre en vigueur au 1er mars 2017.

Article 4

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports, le secrétaire d'Etat chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et le secrétaire d'Etat chargé des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 30 décembre 2016.

Bernard Cazeneuve

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Najat Vallaud-Belkacem

Le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports, Patrick Kanner

Le secrétaire d'Etat chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, Thierry Mandon

Le secrétaire d'Etat chargé des sports, Thierry Braillard

Annexe 5 : instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

1. L'activité physique, un déterminant reconnu pour l'amélioration de la santé et promu dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), du Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE) et du Plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA)

L'activité physique est un déterminant de santé en soi comme l'attestent les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et les différentes expertises menées : de nombreuses études montrent qu'elle contribue à réduire les risques de survenue de la plupart des maladies chroniques en particulier: diabète de type 2, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires, cancer. De plus, la pratique de l'activité physique permet d'améliorer l'état clinique, de réduire les complications et les risques de récurrences de plus de 26 pathologies chroniques. A titre d'exemple, la pratique régulière de l'activité physique après diagnostic de cancer est associée entre autres à une réduction de 40% de la mortalité globale et à une amélioration de la qualité de vie et de la fatigabilité. Elle s'accompagne aussi d'une réduction de 25 à 30% de la mortalité cardiovasculaire des patients coronariens, d'une amélioration de l'état clinique et d'une réduction des hospitalisations des patients insuffisants cardiaques. Enfin, elle permet d'améliorer l'équilibre glycémique de patients diabétiques de type 2 et de réduire de manière importante la morbidité cardiovasculaire de ces patients.

La Haute Autorité de Santé reconnaît depuis 2011 le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de cette thérapeutique non médicamenteuse et travaille actuellement à définir des recommandations de prescription de l'activité physique par le médecin traitant pour ces patients, recommandations qui devraient paraître dans le courant de l'année 2017.

Le PNNS 2011-2015 a développé un axe spécifique sur le développement de l'activité physique qui est le socle du Plan national sport, santé, bien-être initié fin 2012 en lien avec le ministère des sports. Il en est de même pour le PNAPPA qui prévoit également la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives en direction des séniors.

Le Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE), co-piloté par le ministère chargé des sports et le ministère chargé de la santé, a fait l'objet d'une instruction commune n° DS/DSB2/SG/DGS/2012/434 du 24 décembre 2012, aux ARS et DR-D-JSCS, leur demandant de lancer la constitution de réseaux sports – santé - bien-être au niveau régional, en mettant à profit les ressources humaines et financières des deux côtés.

Conformément à cette instruction, les ARS et les DR-D-JSCS se sont mobilisées pour promouvoir l'activité physique comme facteur de santé, avec la signature des conventions-cadre, afin de déterminer les modalités de collaboration entre les deux institutions et l'élaboration conjointe des Plans Régionaux « Sport, Santé, Bien-être » avec pour perspectives la mise en place des réseaux « sport-santé ». Cette démarche a également été inscrite comme priorité du Schéma Régional de Prévention, élément du Projet Régional de Santé. De nombreuses collectivités ont développé des projets locaux de type « sport sur ordonnance » en s'articulant notamment avec les contrats locaux de santé. Par ailleurs, nombreux sont les réseaux de santé et les plateformes « sport-santé » qui proposent un cycle éducatif en activité physique adaptée (APA) pour aider les personnes les plus fragilisées à combler un déficit de ressources physiques, psychologiques et sociales avant d'être orientées vers une pratique dans des dispositifs de droit commun. De même certains établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap développent la pratique d'une activité physique sportive adaptée encadrée par un professionnel spécifiquement formé.

2. Le renforcement du recours à l'activité physique opéré par la loi de modernisation de notre système de santé

L'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé consacre à l'article L.1172-1 du code de la santé publique la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée (ALD), adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru. Les modalités d'application de cet article ont été précisées par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (codifié aux articles D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique). Dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, il est prévu d'accroître le recours aux activités physiques comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la prescription de l'activité physique,

qui soit adaptée aux capacités fonctionnelles, aux risques médicaux des patients en ALD, et aux bénéfices attendus, par les médecins traitants.

A cette fin, il est mis à la disposition des ARS et des DR-D-JSCS un guide visant à donner aux services de l'Etat, aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux, de l'Activité Physique Adaptée et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils et des éléments pour impulser, faciliter et accompagner le recours à l'activité physique pour les patients en ALD, à co-construire des réseaux capables de proposer une offre pérenne d'activités physiques par des personnes et des structures disposant des moyens et des compétences nécessaires, à mobiliser les fonds publics et privés nécessaires et à permettre l'information des autorités et du public sur l'offre disponible en matière d'activités physiques.

Les plans régionaux « Sport, Santé, Bien-être » ont permis le développement de structures relevant du monde de la santé et du sport (réseaux sport-santé) qui présentent des modes de fonctionnement différents et qui font appel à des intervenants ayant des niveaux différents de formation. Néanmoins, le point central du dispositif demeure le médecin traitant qui oriente le patient vers une pratique d'activité physique qui soit adaptée à son état clinique et aux bénéfices attendus, et en assure le suivi médical. La variété de l'offre constitue un avantage pour le développement de la prescription d'une activité physique qui se pratique dans des environnements divers (secteur de soins, du médico-social, du sport, de la ville, etc.).

Le mode de financement annuel des actions et dispositifs d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques, tels que les réseaux sport-santé constitue un des freins à leur développement. Une sécurisation de ces actions et dispositifs, avec une inscription dans la durée, serait envisageable dans le cadre de financements pluriannuels. La poursuite du financement permettra aussi aux personnes éloignées de la pratique en raison des difficultés financières et sociales de poursuivre ce type de programme dans la durée.

3. Pilotage et animation du dispositif

Dans le cadre du déploiement, de l'accompagnement et de l'évaluation du dispositif précités, nous vous demandons de renforcer son animation, en permettant et en assurant un co-pilotage renforcé par les ARS et les DR-D-JSCS dans chaque région.

Ce pilotage renforcé, visant à faciliter, impulser et dynamiser toutes les initiatives et tous les projets en cours au niveau régional, s'organisera sous l'égide de l'ARS et de la DR-D-JSCS.

Il devra associer tous les acteurs concernés (services de l'Etat, représentants du monde sportif et de la santé, représentants du secteur médico-social, représentants de l'activité physique adaptée, de l'assurance maladie, des collectivités locales, représentants d'usagers, mutuelles, assurances et complémentaires santé ... et tout partenaire intéressé et mobilisé par ce dispositif).

En fonction des contextes et enjeux territoriaux, un comité de pilotage spécifique, co-présidé par l'ARS et la DR-D-JSCS et associant tous les partenaires concernés, pourra utilement être créé.

Il aura pour mission :

- d'assurer la coordination et la synergie des acteurs concernés et en lien avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental ;
- de mobiliser les financeurs possibles y compris les moyens mobilisables dans le cadre de la conférence des financeurs ;
- d'être le réceptacle et la diffusion d'échanges de bonnes pratiques ;
- d'assurer la cohérence avec les plans, programmes, et schémas en cours ou à venir (Projet Régional de Santé, Plan Régional Sport Santé Bien Etre, Schéma régional de développement du sport ...) ainsi que le programme coordonné de la prévention de la perte d'autonomie établi par la conférence des financeurs ;
- de coordonner les besoins des prescripteurs et des offreurs d'activités physiques et sportives adaptées ;
- de piloter l'évaluation générale du dispositif et d'assurer les synergies avec le monde de la recherche en région ;
- d'être le garant du dispositif « Sport et Santé » régional.

Pour ce faire, il pourra être réalisé, plus précisément :

- 1) Le recensement de l'offre disponible au niveau de chaque région en matière d'activité physique adaptée aux limitations fonctionnelles des patients. Le recensement opéré devrait permettre aux médecins traitants d'orienter les patients en fonction des compétences d'encadrement présentes, ainsi qu'aux patients de choisir l'activité de leur choix ;**
- 2) La mise à disposition sur les sites internet des ARS et DR-D-JSCS de cette offre ;**
- 3) La mise en place de dispositifs intégrés associant activité physique et santé.**

Dans ce cadre, il est recommandé de poursuivre et d'intensifier l'utilisation des contrats locaux et/ou territoriaux de santé et d'y inscrire un axe sport-santé, mais également de mobiliser tous les outils à disposition (plateformes territoriales d'appui, réseaux sports et santé, conventions de partenariats (Etat/collectivités locales), actions innovantes et d'expérimentation, actions individuelles et collectives de prévention du programme coordonné de la conférence des financeurs).

4) Le soutien des projets concourant à la mise en œuvre du dispositif d'activité physique adaptée pour les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée. Le décret pris en application de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé doit favoriser le recours à la pratique d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse. Une montée en puissance d'une telle offre de prise en charge des patients est à encourager.

Vous voudrez bien procéder à une large diffusion du guide ci annexé à tous vos partenaires concernés notamment aux professionnels de santé par l'intermédiaire des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Il vous est demandé de dresser un premier bilan du dispositif mis en place pour la fin de l'année 2017. Des éléments complémentaires vous seront transmis ultérieurement afin de vous aider dans l'élaboration de ce premier bilan et prendront en compte la nécessaire progressivité de mise en œuvre de ce nouveau dispositif. Celui-ci constituera la première base d'un dispositif d'évaluation d'ensemble.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout complément ou échange d'information que vous souhaiteriez obtenir.

Pour la ministre et par délégation :

Le secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales, P. RICORDEAU

Le Directeur général de la santé, B. VALLET

La Directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, S. BONNAFOUS

La Directrice des sports, L. LEFEVRE

Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports

Annexe 6 : Exemples de campagnes de communication officielles autour de la pratique d'une activité physique quotidienne

Bouger, c'est la santé !

Sortir le chien plus longtemps que d'habitude.

Allez acheter le pain à vélo plutôt qu'en voiture.

Prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur.

Au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour protège votre santé.

Profiter d'un rayon de soleil pour jardiner.

Accompagner les enfants à l'école à pied.

Faire une balade en famille.

NOTRE CORPS A FAIM DE SANTÉ

Programme National Nutrition Santé

INPES - cc-by/nd/4.0 - Illustrations : Pascal Meneghini/Annie Joby

Et vous,
vous bougez comment aujourd'hui ?

Fac 10 min

Café 5 min

Bibliothèque 6 min

Chez Julie 9 min

  **Bouger 30 minutes par jour, c'est facile.**
Plus d'infos sur www.mangerbouger.fr

Thème n°22 Animé par : LEGROS Michel, Ancien directeur du département Sciences Humaines et Sociales de l'EHESP et REGNAUX Jean-Philippe, MC, département des Sciences Humaines Sociales et des Comportements de Santé

10 000 pas sur ordonnance, ou la science en marche

AZEKE Maïka (AAH), BLETTERER Julien (DH), BURETTE Michaël (DS), CILLA Touali (DH), FAUQUEUR Laetitia (DS), GARRO Boris (IES), GIORDANO Camille (DH), MARBOTTE Benoît (D3S), RAYNAUD Alice (AAH), ROTHE Louise (D3S)

Résumé :

Aujourd'hui, la sédentarité et ses risques associés (surpoids, obésité, maladies cardiovasculaires) sont un problème majeur de santé publique. Près de la moitié des Français se déclarent inactifs. Face à ce constat, les pouvoirs publics ont élaboré des programmes pour inciter les individus à pratiquer une activité physique régulière. En ce sens, l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 autorise désormais les médecins à prescrire une activité physique aux patients atteints d'une affection longue durée (ALD). Il s'agit d'une démarche inédite en matière de prévention et de prise en charge des patients.

Dans ce cadre, le dispositif du sport-santé sur ordonnance (SSO) se met progressivement en place. Conçu autour du patient, il mobilise de nombreux acteurs, dont le médecin traitant, à l'initiative de la prise en charge. Aujourd'hui, le dispositif SSO présente des limites à plusieurs niveaux : manque de coordination entre les acteurs (professionnels de santé, du sport, associations et clubs sportifs), offre de sport santé importante mais morcelée, formation encore insuffisante des professionnels à la prise en charge des personnes à besoins spécifiques ... De plus, le SSO n'est pour le moment destiné qu'aux patients souffrant d'une ALD, ce qui exclut la prévention primaire.

Pour promouvoir l'activité physique, les pouvoirs publics doivent favoriser les travaux de recherche sur les liens entre activité physique et santé, évaluer et améliorer le dispositif SSO existant, encourager et étendre les initiatives locales tout en harmonisant les recommandations. Cela doit faire l'objet d'une communication ciblée, actualisée et plus percutante.

Le SSO est une évolution importante dans la considération de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse. L'enjeu est qu'à terme, chacun intègre l'activité physique dans sa vie quotidienne.

Mots clés :

Activité physique – Santé - Sport sur ordonnance – Marche - Prévention - Affection longue durée - Article 144 de la loi du 26 janvier 2016

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs