



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PRÉVENTIVE

La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité

Prescription of physical activity for older people: From intent to reality

N. Barth^{a,*}, D. Hupin^{b,c}, F. Roche^{b,d}, T. Celarier^{d,e},
B. Bongue^{b,c}

^a *Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport (L-Vis EA 7428), 8, rue Raphaël-Dubois, 69100 Villeurbanne, France*

^b *Laboratoire du système nerveux autonome - épidémiologie, prévention, ingénierie, santé (SNA EPIS EA 4607), université de Lyon, université Jean-Monnet, niveau 6, 42055 Saint-Etienne, France*

^c *Service de physiologie clinique et de l'exercice, CHU de Saint-Etienne, 42055 St-Etienne cedex 2, France*

^d *Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé (CETAF), 67–69, avenue de Rochetaillée, 42100 Saint-Etienne, France*

^e *Service de gérontologie clinique, hôpital la Charité, CHU de Saint-Etienne, 44, rue Pointe-Cadet, 42055 Saint-Etienne, France*

MOTS CLÉS

Prescription ;
Activité physique adaptée ;
Sédentarité ;
Vieillesse ;
Prévention

Résumé La pratique d'activité physique adaptée (APA) et la lutte contre la sédentarité sont au cœur des politiques de santé publique pour un vieillissement réussi. Elles ont pour objectif de prévenir les pathologies chroniques et la perte d'autonomie, en contribuant à ralentir les effets du vieillissement. Thérapeutique à part entière, l'APA intervient en prévention primaire, secondaire et tertiaire des pathologies chroniques. La loi de modernisation du système de santé français prévoit pour les personnes en affection de longue durée, la prescription d'une APA par le médecin généraliste. Cet article propose de questionner la faisabilité de cette prescription d'APA chez les seniors au regard des personnes elles-mêmes, des professionnels de santé, des dispositifs et des financements associés.

© 2017 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nathalie.barth@hotmail.fr (N. Barth).

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.10.002>

1627-4830/© 2017 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pour citer cet article : Barth N, et al. La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité. *Neurol psychiatr gériatr* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.10.002>

KEYWORDS

Prescription;
Adapted physical
activity;
Sedentary lifestyle;
Ageing;
Prevention

Summary Adapted physical activity (APA) and the avoidance of a sedentary lifestyle are at the heart of public health policies for successful ageing. Its aims are the prevention of chronic pathologies and loss of autonomy, by helping to slow down the effects of ageing. APA is a fully-fledged therapy in the primary, secondary and tertiary prevention of chronic diseases. The new legislation in the French health system provides for the prescription of APA by GPs for individuals with chronic conditions. This article proposes to explore the feasibility of this prescription of APA among the elderly with regard to those concerned, to health professionals, to service provision and to funding.

© 2017 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La sédentarité gagne du terrain. Selon les données de l'enquête Esteban (étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition), on observe un fort taux de sédentarité commun à l'ensemble de la population, quels que soient le sexe et le niveau de diplôme [1]. Cette sédentarité s'explique par un changement des habitudes de vie qui se traduit notamment par un usage massif des écrans (ordinateurs, tablettes, smartphones, consoles de jeux, télévision...). L'activité physique (AP) quotidienne pratiquée, même de manière inconsciente, par nos aînés, ne fait aujourd'hui plus partie de notre mode de vie. Dans une étude récente, il est démontré que les enfants aujourd'hui ont des capacités cardio-vasculaires inférieures de 15 % à ce qu'elles étaient chez leurs parents au même âge [2]. L'AP n'est en effet plus incontournable dans la vie quotidienne. Elle a même progressivement tendance à disparaître : les ascenseurs ont remplacé les escaliers, les voitures se sont substituées aux vélos et le développement des nouveaux moyens de communication ont fait exploser les temps de sédentarité. De ce fait, les sujets âgés d'aujourd'hui sont moins actifs que leurs aînés. Les médecins traitants sont en première ligne pour tenter de faire inverser cette tendance potentiellement néfaste : faciliter la pratique régulière d'une activité physique adaptée (APA) et diminuer les temps de sédentarité. L'APA correspond à « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisirs, de sports 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 » (décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 [3]). Ces modifications du mode de vie doivent être abordées lors d'une consultation dédiée.

Si le « sport sur ordonnance » a été définitivement adopté début 2016, la prescription d'APA destinée à diminuer les facteurs de risque, lutter contre la sédentarité ou encore améliorer la qualité de vie, n'est possible que depuis le 1^{er} mars 2017. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (DRESS) [4], elle concerne théoriquement les dix millions de Français en affection de longue durée (ALD) dont 60 % sont des sujets de plus de 60 ans. En 2013, l'inactivité physique

a provoqué 61 milliards d'euros de dépenses dans le monde (48,6 milliards d'euros de dépenses de santé et 12,4 milliards d'euros de perte de productivité) [5]. En France, le coût direct de cette inactivité est estimé à plus 850 millions d'euros [5].

La prescription de l'APA aux malades souffrant d'une ALD est donc une action qui portera essentiellement sur les personnes âgées. Des questions sur la mise en œuvre de ce dispositif subsistent. En dehors des dispositifs existants dans certains territoires expérimentaux, la mesure est-elle applicable ? En effet, plusieurs questions se posent pour la mise en place effective de cette volonté politique louable : les médecins sont-ils formés ? Ont-ils connaissance des structures offrant ces prestations ? Comment est-ce financé, sur quel modèle économique ? L'APA est presque considérée comme un médicament mais pour ce dernier, il existe une législation et un environnement bien réglementé pour sa prescription et son usage : un réseau de pharmaciens identifiés, une liste de produits, des prix affichés et un mode de fonctionnement connu. Cet article est une contribution à l'accompagnement de la réalisation de la prescription de l'APA par les médecins traitants pour les patients en ALD. Il s'agit d'étudier préalablement les conditions de réussite, les éléments constitutifs d'une prise en charge de qualité, les dispositifs de soins et d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les financements associés, ainsi que les possibles freins/résistances des personnes âgées face à cette prescription de pratique régulière.

Les bénéfices de la pratique d'une activité physique adaptée (APA) : de la recommandation à la prescription

Pour optimiser la santé des personnes âgées, prévenir la baisse des capacités physiques liée à l'avancée en âge et augmenter l'espérance de vie sans incapacité, la pratique d'une APA est recommandée. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [6], « on vieillit mieux en restant actif ! ». Le « sport » s'impose comme un slogan politique dans son association avec la santé, à la fois dans sa capacité à générer un bien-être physique et mental et pour le fait qu'il relève d'une gestion personnelle. Plusieurs travaux ont alors traité des effets thérapeutiques et préventifs de l'APA sur la santé globale de la personne âgée, les bénéfices physiques n'étant plus à démontrer : gain de souplesse, d'endurance, de tonicité, d'équilibre, de force musculaire

[7]. Les effets de l'APA sont également évalués sur la mortalité. On estime ainsi qu'il existe une diminution du risque de mortalité globale (toutes causes confondues) de 30 % entre les sujets actifs et les sujets inactifs [8]. Leur espérance de vie est augmentée de trois ans en moyenne à partir de 40 ans et la qualité de vie de leurs dernières années est améliorée [8]. L'évaluation des effets de l'APA porte aussi sur la performance cognitive et la prévention de la fragilité, ou encore sur l'aspect psychologique et social (amélioration de l'estime de soi, de l'image corporelle, extension du réseau de sociabilité). Il ne s'agit donc pas seulement de traiter une maladie, mais aussi de ralentir la perte de l'autonomie, la dépendance, d'améliorer l'espérance et la qualité de vie chez le sujet âgé.

Aujourd'hui, les directives et programmes de prévention et de promotion de la santé [9,10], s'emparent de la pratique d'une APA régulière comme outil de prévention, de mieux être et de mieux vieillir, tandis que la Haute Autorité de santé (2011) [11] reconnaît les « prescriptions de thérapies non médicamenteuses (régimes diététiques, activités physiques, traitement psychologique...) comme traitement de fond dans certains contextes spécifiques (pathologies cardiaques, insomnie...) ». L'actualisation du Plan national nutrition santé [10] précise également que « les personnes qui pratiquent une AP régulière ont un moindre risque de développer une maladie chronique (obésité, diabète, maladie cardiovasculaire), ou un cancer, et ce indépendamment des modèles alimentaires et des habitudes de vie ». C'est la raison pour laquelle des stratégies de promotion de l'APA ciblant cette population fragilisée par l'âge et la maladie sont envisagées pour contribuer à ralentir les effets du vieillissement et limiter la survenue d'événements de santé. L'APA, associée à de nombreux paramètres de santé (biologique, physique et social), apparaît progressivement comme un comportement protecteur et préventif à l'égard de différentes maladies chroniques. La mise en place, par les acteurs de terrain, de cycles éducatifs d'APA dans certains réseaux de santé français illustre cette tendance de fond.

Les experts s'accordent par ailleurs sur l'intérêt de limiter le temps passé assis dans la vie quotidienne [12]. Le comportement sédentaire correspond à un ensemble de comportements caractérisé par une très faible dépense énergétique [12]. Parmi les activités qui caractérisent la sédentarité, on retrouve notamment la station assise dans le canapé, ou les déplacements en voiture. « Près de 90 % des adultes déclarent trois heures ou plus d'activité sédentaire par jour. En 2015, les adultes passent en moyenne six heures et 35 minutes par jour dans des activités sédentaires » [1]. L'AP et la sédentarité sont considérées comme deux comportements indépendants. En effet, un sujet peut être à la fois sédentaire et actif, c'est-à-dire pratiquer une AP quotidienne, mais avoir par ailleurs un temps de sédentarité très important (plus de 6 h de télévision par jour). Malgré le slogan de santé publique « mangez, bougez ! », la pratique d'une AP reste un conseil peu suivi, puisque « 78 % des Français ne sont pas assez actifs, échouant à parcourir les 10 000 pas recommandés chaque jour » [1]. Pourtant, les effets bénéfiques de l'AP régulière permettraient de compenser les comportements sédentaires.

Le gouvernement vient de confirmer cet intérêt pour la pratique d'une AP régulière à travers la nouvelle loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016 en autorisant la prescription médicale du « sport » pour les personnes souffrant d'ALD. « 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 » [13]. L'APA s'inscrit officiellement comme outil de santé publique en offrant un début de droit à la pratique physique pour tous : « La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges » [13].

Activité physique adaptée et vieillissement : lever le paradoxe

Contrairement aux recommandations usuelles (prendre ses médicaments ou faire un régime alimentaire), pratiquer une AP suppose que la personne s'engage dans une pratique à l'intersection du sanitaire et du social. Cela suppose non seulement qu'elle se rende dans un nouveau contexte de prise en charge plus à distance du médical, mais aussi qu'elle accepte de mettre son corps en mouvement (tenue vestimentaire, confiance en ses capacités...) et ce devant autrui. Or, l'intégration des personnes présentant des déficiences, incapacités et/ou désavantages dans les clubs sportifs est délicate et difficile à mettre en place [14]. De plus, si l'alimentation est un besoin fondamental qui fait déjà partie de ses habitudes de vie, l'AP ne va généralement pas de soi. Elle s'apparente à l'apprentissage d'un nouveau comportement de santé, de nouvelles normes de vie malgré l'avancée en âge. La personne est donc contrainte mais elle n'est pas obligée de « bouger » ; elle doit donc être encouragée.

De plus, il est souvent supposé que les corps vieillissants soient vulnérables, et ce malgré un vieillissement réussi (baisse de résistance et de performance physique, hypertension artérielle, sarcopénie...) si bien que « l'exercice physique est contesté dans les discours traditionnels sur le vieillissement » [15]. Ainsi, le vieillissement et la baisse des capacités physiques sont susceptibles de constituer un frein à la reprise d'APA ; de plus, les inégalités sociales peuvent compromettre la participation des personnes âgées à des activités de loisirs. Les aînés poursuivent généralement leurs activités, initialement inscrites dans les habitudes antérieures, et ce indépendamment des changements relatifs au travail (passage à la retraite) et à l'âge [16]. Il paraît alors d'autant plus difficile pour les personnes d'entreprendre une AP, dans la mesure où elles n'ont généralement que très peu pratiqué d'activités de loisirs au cours de leur vie. L'APA renvoie, en effet, à un champ de pratiques et de représentations largement étrangères à leur culture et à leurs valeurs sociales. L'activité physique est donc associée à une pratique sportive, compétitive et/ou de performance qui demande une dépense énergétique importante. Cette conception d'un sport uniquement pour les

jeunes en bonne santé, éloignée de toutes formes de pratiques adaptées aux conditions de chacun, ne permet pas aux personnes âgées de s'engager volontairement dans une APA.

La recommandation d'une AP régulière se heurte donc à la difficulté de sa mise en œuvre, en particulier pour des individus qui sont sédentaires, non socialisés à toute forme de pratique physique, fragilisés par une (ou des) pathologie(s) chronique(s), l'âge et les conditions sociales [17]. Le Baromètre santé 2008 affiche une participation à une activité physique de loisir qui diminue avec l'âge (de 30,5 % chez les moins de 26 ans à 13,7 % chez les 65–75 ans), dépend du revenu du ménage, du statut social et de la corpulence de l'individu [18]. C'est ainsi que les auteurs mettent en évidence la non-observance initiale des personnes âgées face à la recommandation de nouvelles pratiques, la priorité étant donnée aux recommandations qui ne nécessitent pas une modification des habitudes de vie. Ainsi, comment les personnes âgées s'engagent-elles dans une pratique régulière, et notamment comment les plus isolées et socialement défavorisées intègrent cette prescription médicale, qui dans une démarche éducative encourage chacun à « bouger » pour sa santé ?

Faisabilité de la prescription d'APA ?

Dans l'objectif d'engager les personnes dans une APA régulière, les gouvernements successifs, les instances médicales, paramédicales et associatives (milieu hospitalier, unité transversale d'éducation (UTE), réseaux de santé, assurance maladie) ont créé des programmes adaptés d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et d'éducation en santé (ES) incluant des séances d'informations des bénéfices de la pratique et/ou des séances pratiques de remise en activité [17]. La mise en place de ces programmes pourrait être un levier pour un changement des habitudes de vie, vis-à-vis notamment de l'AP, ou encore de nouvelles normes de santé (alimentation, hygiène, prévention des chutes, gestion autonome de la maladie). Mais qu'en est-il du « sport sur ordonnance » et de la prescription de la pratique par le médecin généraliste ? Autrement dit, est-il faisable de prescrire l'AP chez les personnes âgées aujourd'hui par le médecin traitant ?

Le processus de prescription

Il est proposé au médecin traitant de renseigner un formulaire spécifique de prescription (Annexe 1 de l'instruction interministérielle du 3 mars 2017 [19]). Après avoir évalué l'état de santé de son patient et son niveau actuel d'AP et de sédentarité, le médecin identifiera des préconisations en matière d'APA.

Dans ce formulaire, le médecin traitant doit identifier les éléments suivants :

- la durée : en nombre de mois ou semaines ;
- des préconisations : en type d'activité (endurance, renforcement musculaire), en intensité (modérée ou vigoureuse) et en fréquence au regard des recommandations de l'OMS et l'HAS ;
- des recommandations : en lien avec la pathologie du patient afin de mettre en exergue les risques ;

- le type d'intervenant : en s'appuyant sur l'offre de proximité identifiée par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- une échéance de consultation d'évaluation : chaque patient devra apporter à son médecin traitant prescripteur un compte-rendu du déroulement de l'activité. En effet, le décret souligne qu'« avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur ».

Des interrogations de la part des médecins traitants : inquiétude et méconnaissance des APA

La prescription de l'APA par le médecin, au-delà du simple conseil ou de la remise d'un document par le soignant, apporte un bénéfice supplémentaire aux interventions de promotion de l'AP [20]. Si l'étude IFOP en 2015 [21] confirmait l'enthousiasme des médecins libéraux à l'idée de prescrire sur ordonnance une AP (82 % d'entre eux considérant que cette prescription par le médecin traitant était « une bonne idée »), il semble que des questions relatives à la mise en œuvre de cette prescription demeurent. Qui prescrit quoi, à quel moment et auprès de quelles structures ?

D'autres interrogations persistent telles que la formation des professionnels de santé au regard des compétences et des connaissances en matière d'APA appliquées aux personnes en situation d'ALD. L'item 247 « Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant » pour l'Examen classant national (ECN) peut répondre en partie à ces interrogations puisqu'il sensibilise les futurs médecins à la prescription d'une APA dans toutes les facultés de médecine depuis 2016. Un module dédié (2h pendant l'unité d'enseignement 7, UE7) est même proposé aux étudiants de première année commune des études de santé (PACES) à la faculté de médecine de Saint-Etienne depuis 2015. Mais, peut-on dire que la formation est suffisante ? Notons par ailleurs, que si 71 % des médecins généralistes de l'agglomération de Montpellier reconnaissent un défaut de formation spécifique à l'APA, seulement 52 % souhaitent cette formation [22]. Le manque de temps lors de la consultation médicale, le désintérêt personnel pour l'AP, les caractéristiques personnelles des médecins traitants (âge, genre, situation d'obésité et/ou surpoids) [22] ou encore le manque de protocoles et d'outils adéquats tels que des sites internet [22] semblent être d'autres freins à la prescription des médecins. L'orientation des patients vers des structures sportives adaptées et favorables au maintien de l'engagement de la pratique sur le long terme, avec l'aide de supports tel que le MédicoSport Santé [23], devraient cependant permettre au médecin de lever ces principaux freins. Équivalent, pour les activités physiques, du Vidal classique des médecins pour les médicaments, ce dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives a pour objectif de « tordre le cou à l'idée que le sport, c'est uniquement de la compétition » [23].

Des dispositifs relais associatifs en construction et un outil d'aide à la prescription

Si le décret relatif aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée précise les professionnels autorisés à dispenser l'APA, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou de professionnels qualifiés dans le domaine sportif [3], se pose la question de la formation et des exigences de qualifications de ces intervenants en APA dans les cursus médicaux et paramédicaux. Des niveaux de sévérité ont été retenus en fonction du stade et de l'évolution de la maladie, et des professionnels sont habilités à chaque niveau (les niveaux 1 et 2 permettant par exemple la pratique dans une fédération), ce qui crée des luttes de territoires professionnels entre les différents acteurs concernés et notamment entre les éducateurs sportifs, les enseignants en APA et les kinésithérapeutes. Néanmoins, les missions et formations de chacun rendent compte d'approches et de compétences différentes. L'enseignant en APA, titulaire d'une licence STAPS, vise, par la pratique d'une activité physique de loisir, la réadaptation, l'autonomie, la qualité de vie et la participation sociale des personnes. Sa formation dans le domaine du sport est associée à la connaissance des pathologies chroniques et du handicap, contrairement à un éducateur sportif, titulaire du BPJEPS (un an), qui est spécialisé dans une discipline sportive (athlétisme, basket-ball, tennis...). Le kinésithérapeute (quatre ans d'étude), quant à lui, réalise des actes à des fins de rééducation sur prescription médicale. Contrairement aux autres et en tant que professionnel de santé reconnu, les actes du kinésithérapeute sont remboursés par la Sécurité sociale. La question de l'orientation des personnes par le médecin traitant vers l'un ou l'autre des professionnels est posée.

La littérature scientifique rend compte également d'un manque d'accompagnement vers des structures adaptées dans un dispositif en construction qui veut, à l'image des réseaux de santé, articuler tous les intervenants inhérents au parcours de soins des patients. Les dispositifs d'éducation du patient existants qui associent déjà des séances d'informations/explications des bénéfices de la pratique avec des cycles pratiques (généralement de 20 séances) ont des difficultés à construire des partenariats avec les structures associatives locales dans l'objectif de pérenniser l'engagement dans la pratique. Pourtant, les fédérations sportives investissent, à l'image de la fédération française d'exercice physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV) et ses programmes sport-santé (ActiMarch, Gym après cancer, NeurogyV), la fédération française d'athlétisme (FFA) et son dispositif « Athlé santé loisir » lancé en 2006, et les autres fédérations proposant des offres à destination des publics fragilisés par la maladie, le vieillissement et/ou le handicap (basket santé, tennis sport santé bien être, aviron santé...). Le décret prévoit également la labélisation des structures d'accueil pour garantir la qualité de la prise en charge en APA des personnes, mais les conditions permettant d'obtenir ce label ne sont pas encore clairement définies [24]. Enfin, si l'intervention à domicile par des coachs sportifs se développe, elle est difficilement envisageable sur le long terme pour un public fragilisé par

l'âge (démarche autonome initiale, coût élevé de la prestation, pas de participation sociale).

La question de l'orientation des personnes vers les structures adaptées à leurs vulnérabilités (vieillesse, ALD...) mais aussi à leur environnement et à leur spécificité (situation géographique et familiale, offre de pratique locale, goût pour la pratique...) reste d'actualité pour un engagement dans la pratique d'une APA pérenne, autodéterminée et bénéfique pour la santé, et ce même si des outils tels que le MéDicoSport Santé [23] proposent une aide à la prescription d'APA par le médecin. En 2017, Dejardin et Convolte (in [23], pp27–42) introduisent dans ce cadre les notions essentielles pour comprendre le vieillissement, les dangers de la sédentarité dans l'avancée en âge, les bénéfices pouvant être retirés de la pratique d'une AP à des fins de santé ainsi que les recommandations pour construire une offre sport-santé.

Pas de financement pour la prescription d'APA ?

Le décret ne prévoit ni cotation spéciale du temps médical d'encadrement de ces APA ni remboursement de ces actes préventifs. Contrairement aux actes de rééducation, la prescription d'une APA à un patient en ALD ne donne pas lieu à un remboursement, ni même à une cotation d'acte pouvant ultérieurement être remboursé. Les dispositifs expérimentaux existent cependant sur les territoires. Les plates-formes inter-régimes (ASEPT, ARSEP, ATOUT prévention, CAP Limousin...) qui sont des regroupements des caisses de retraite (CARSAT), du régime des indépendants (RSI) et de la mutualité agricole (MSA) financent souvent des actions collectives telles que l'APA pour répondre aux besoins des personnes âgées, cependant les pratiques sont disparates en fonction des régions. Ainsi, les variations vont de la gratuité à 250 euros en fonction du niveau de ressources économiques des personnes. Les collectivités territoriales (municipalité, département, région...) peuvent jouer également un rôle important : certaines prennent en charge les séances d'APA, comme c'est déjà le cas à Strasbourg depuis fin 2012, à Biarritz depuis 2015 et au sein du département de la Loire (42) depuis 2016 (Encadré 1). Par ailleurs, si les activités physiques adaptées sont parfois prises en charge par les mutuelles ou encore par les caisses de retraite, voire par des systèmes de chèque « sport », il n'y a pas, pour l'instant, de prise en charge financière globale, pérenne et uniforme de la prescription d'APA permettant le développement de cette mesure.

Conclusion

Si les bénéfices de la pratique d'une APA à tous les âges de la vie ne sont plus à démontrer, si la nouvelle loi de modernisation du système de santé français rend possible depuis mars 2017 la prescription de l'APA par le médecin traitant aux personnes souffrant d'une ALD, la mise en œuvre de ce dispositif de santé publique innovant reste problématique. Au-delà des représentations de la pratique chez un public vieillissant qui constitue un obstacle évident à la reprise d'une AP, les questions d'ordre professionnel persistent : orientation/accompagnement vers des structures adaptées,

Encadré 1 : Strasbourg, Biarritz et le département de la Loire : trois exemples de « Sport-santé sur ordonnance »

L'exemple de la mise en œuvre du « Sport santé sur ordonnance » à Strasbourg (67) : dans le cadre du Contrat local de santé, la ville de Strasbourg a choisi de soutenir le développement du sport santé. Depuis le 5 novembre 2012, elle a déployé un dispositif innovant : « Sport-santé sur ordonnance ». Son expérimentation a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Plus de 300 médecins généralistes strasbourgeois ont signé la Charte d'engagement « sport-santé sur ordonnance ». Ils peuvent ainsi prescrire à leurs patients une activité physique adaptée, modérée et régulière dans le cadre de ce dispositif. Les malades, munis de leur ordonnance, sont pris en charge par des éducateurs sport-santé spécifiquement formés qui vont leur proposer une activité adaptée : vélo, marche, tai-chi... ainsi qu'un suivi après 1, 6, 12 mois, puis tous les 6 mois. Le dispositif montre une diminution de la sédentarité et une amélioration de la qualité de vie. Les personnes peuvent en bénéficier 3 ans. Si la 1^{re} année est gratuite, une participation financière annuelle est demandée en fonction du coefficient familial pour les 2 années suivantes (20€, 50€ ou 100€) [24].

Suivie par Biarritz (64) : en partenariat avec le groupe pasteur Mutualité et care Labs (éditeur du chèque santé), la ville de Biarritz a lancé en 2015 un programme « Biarritz sport santé » de prescription d'APA par les médecins généralistes pour toute personne sédentaire (prévention primaire) ou atteinte d'une pathologie chronique (prévention secondaire et tertiaire) [25]. Ce programme prévoit l'utilisation d'un « Pass'sport SANTE » remis à chaque patient. Il s'agit d'un carnet de suivi du parcours d'activités physiques du patient qui permet de : 1. Reporter le nombre de pas parcourus quotidiennement grâce à un podomètre remis par le médecin généraliste ; 2. Délivrer une évaluation de la condition physique suite à un entretien avec un éducateur médico-sportif ; 3. Orienter la personne vers une association sportive labellisée de la ville (associations sélectionnées pour la qualité de leur encadrement) qui procèdera à un cycle pratique de 12 séances (participation financière de 10 euros) ; 4. Proposer un bilan nutritionnel ; 5. Informer sur une pratique autonome ou en groupe encadré sur les « chemins de la forme » (parcours de santé de nouvelle génération, urbain et connecté proposant des exercices physiques accessibles à tous utilisant le mobilier urbain existant).

Et le département de la Loire (42) : le comité départemental olympique et sportif de la Loire, CDOS-42 avec l'appui de la Direction départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, DDJSCS, de l'Agence régionale de santé (ARS) et des différents comités départementaux sportifs du

département, se sont engagés à proposer un parcours patient, du médecin traitant prescripteur aux clubs et aux associations du département. La plate-forme sport-santé 42 permet de construire une passerelle entre les professionnels de santé (médecins traitants) et les professionnels du sport. Tous ont bénéficié d'une formation sport-santé spécifique au sein du département grâce au soutien financier de l'ARS pour inciter les publics sédentaires et/ou atteints d'une pathologie chronique à pratiquer une APA en association ou en club. Il y a ainsi depuis 2016 une meilleure lisibilité des offres de sport-santé dans le département de la Loire. Les séances d'APA dans les relais « sport-santé » sont prises en charge par l'ARS la première année.

communication entre l'ensemble des dispositifs de soins et d'éducation, formation de l'ensemble des professionnels (de soins et d'APA) et financement.

C'est donc en faisant évoluer le rapport du malade à son corps et en suscitant de nouvelles sensations, que l'APA s'inscrit dans un projet éducatif de prévention. La prescription d'APA vise, quant à elle, à conduire les personnes dans une intention de changement, à les accompagner dans ce changement et à les engager dans un « style de vie » plus actif. Mais si l'on considère les nombreuses inégalités sociales de santé observées dans les taux de mortalité et les conséquences sociales du vieillissement (différence de classe, de genre et d'ethnie dans le rapport à l'AP), la prescription de pratique, parce qu'elle touche les plus vulnérables via une médecine de proximité, serait, également, à même de réduire les inégalités sociales de santé et de territoire.

Remerciements

Nous tenons à remercier spécialement le Pr Jean-Claude Barthelemy (CHU de St-Etienne), le Dr Alain Colvez (Cetaf), le Pr Regis Gonthier (CHU St-Etienne), et Mme Catherine Sass (Cetaf) pour la relecture de cet article. Nous remercions également Mr Norbert Deville (Directeur Général du Cetaf) pour les encouragements, Mme Julie Thomas (MCF Université St-Etienne) pour son soutien, ainsi que les chercheurs du laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation sur le sport (L-Vis) pour leurs éclairages scientifiques.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Santé publique France. Activité physique et sédentarité. In: Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) 2014-2016; 2017 [Volet nutrition, http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/140009/505865/version/6/file/rapport_

- etude_sante_environnement_biosurveillance_activite_physique_nutrition_chapitre_activite_physique.pdf].
- [2] Ding D, Lawson KD, Kolbe-alexander TL, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016;388(10051):1311–24.
- [3] Anon. Décret relatif aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée n° 2016-1990 du 30 décembre 2016; 2016 [<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte>].
- [4] Roussel R. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. *Études et Résultats*, no 1032, Drees, octobre 2017; 2017 [<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>].
- [5] Farooq MA, Parkinson KN, Adamson AJ, et al. Timing of the decline in physical activity in childhood and adolescence: gatehead millennium cohort study. *Br J Sports Med* 2017;0:1–6.
- [6] Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé; 2010 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf].
- [7] INSERM. *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*. Paris: Les éditions Inserm; 2015 [<https://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/synthese-ec-activite-physique-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees>, 508p.].
- [8] Hupin D, Roche F, Gremeaux V, et al. Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22 % in adult aged ≥ 60 years: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2015;49:1262–7.
- [9] Rivière D. Dispositif d'activité physiques et sportives en direction des âgés; 2013 [<http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors.m3-3.pdf>].
- [10] ANSES. Actualisation des repères du PNNS. Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité; 2016 [<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>].
- [11] Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses; 2011 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf].
- [12] Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016;388(10051):1302–10.
- [13] Anon. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé; 2016 [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B68B859D310FD43688FDEC A9FA5F7644.tpdila17v_3?idArticle=JORFARTI000031912648&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id].
- [14] Marcellini A. *Éléments d'analyse sur l'accueil des personnes présentant des déficiences dans les clubs sportifs en France* Handicaps, sport, intégration, le défi des clubs. Pessac: Maison des sciences de l'homme d'aquitaine; 2007. p. 91–8.
- [15] Tulle E, Dorrer N. Back from the brink: ageing, exercise and health in a small gym. *Ageing Soc* 2012;34:1–22.
- [16] Scherger S, Nazroo J, Higgs P. Leisure activities and retirement: do structures of inequality change in old age? *Ageing Soc* 2011;31:146–72.
- [17] Barth N, Perrin C. Type 2 diabetes and commitment of seniors to adapted physical activity within the french system of therapeutic education. In: Tulle E, Phoenix C, editors. *Physical activity and sport in later life*. Basingstoke, Palgrave: Critical perspectives; 2015. p. 43–53.
- [18] Vuillemin A, Escalon H, Bossard C. Activité physique et sédentarité. In: *Baromètre santé nutrition*, sous la direction de Escalon H, Bossard C, Beck F; 2008. p. 239–68 [édition Inpes, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>].
- [19] Anon. Instruction ministérielle 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; 2017 [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf].
- [20] Richards J, Hilldson M, Thorogood M, et al. Face to face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD010392.
- [21] Institut français d'opinion publique. *Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques*. Étude réalisée auprès de médecins généralistes libéraux; 2015 [http://www.ifop.fr/media/poll/3187-1-study_file.pdf].
- [22] Attalin V, Romain A-J, Avignon A. Physical activity prescription for obesity management in primary care: attitudes and practices of GPs in a southern French City. *Diabetes Metab* 2012;38(3):243–9.
- [23] Comité national olympique et sportif français, Médico-sport Santé. *Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives*; 2017 [<http://franceolympique.com/files/File/actions/sante/outils/MEDICOSPORT-SANTE.pdf>].
- [24] Lecocq J, Herzog F, Radu M, et al. Medical prescription of physical activity: assessment of the experimentation conducted in Strasbourg, sport medicine. *Ann Phys Rehabil Med* 2014;57(S1):263–78.
- [25] Honta M. The state and management of risks linked to physical inactivity in France, an analysis of the implementation of the "sport, health and well-being" plan. *Int J Sport Policy Politics* 2016;8(4):577–91.