



MINISTÈRE
DE LA MODERNISATION
DE L'ADMINISTRATION,
*en charge de l'énergie
et du numérique*

DIRECTION GÉNÉRALE
DES RESSOURCES HUMAINES
.....

CONCOURS EXTERNE POUR LE RECRUTEMENT DE CONSEILLERS DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

PREMIÈRE ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ

Une note de synthèse ayant pour objet de vérifier l'aptitude des candidats à l'analyse d'un dossier soulevant un problème d'organisation ou de gestion, rencontré par un service ou un établissement public de la Polynésie française dans le domaine des activités physiques et sportives.

Lundi 16 décembre 2019
(Durée : 4 heures – coefficient 3)

Le sujet comporte 37 pages (page de garde incluse).

Aucun autre document n'est autorisé.

Important :

- Tous documents personnels ou appareils électroniques sont interdits.
- Il vous est rappelé que votre identité ne doit figurer que dans la partie supérieure de la copie d'examen. Toute mention d'identité, de signature, d'initiale ou de paraphe sur toute autre partie de la copie entraînera l'annulation de votre épreuve.
- L'utilisation d'une autre couleur pour souligner est considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur.
- Les feuilles de brouillon ne sont pas prises en compte.
- Tous les candidats doivent remettre une copie, même blanche. Dans cette hypothèse, ils signent leur copie en indiquant "copie blanche".

SUJET :

La ministre en charge des sports s'interroge sur l'intérêt de poursuivre les actions entreprises par ses services dans le domaine du « *sport santé sur ordonnance* ».

Le Directeur de la jeunesse et des sports vous charge de préparer, à l'attention de la Ministre, une note présentant une analyse de la situation, qui fera émerger un positionnement argumenté sur la contribution des activités physiques adaptées à l'amélioration de la santé de la population.

Vous rédigerez cette note à partir des documents joints.

Liste des documents joints :

- Document 1** : Extrait du rapport du 29 septembre 2016 du Dr Bruno COJAN, médecin-inspecteur de santé publique, intitulé : « *Les activités physiques et sportives adaptées à la santé : Orientations stratégiques 2017-2026 et Schéma directeur 2017-2021 de la Polynésie française* » (5 pages).
- Document 2** : 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 (2 pages).
- Document 3** : Article du journal « *Le Monde* », publié le 30 janvier 2019 à 09h00, intitulé : « *Le sport sur ordonnance ne décollera pas sans prise en charge financière* » - Sandrine Cabut (2 pages).
- Document 4** : Brochure d'information du Réseau « *Maita'i Sport Santé* » (2 pages).
- Document 5** : Communiqué de presse du bureau de la communication de la Présidence de la Polynésie française, relatif à la création d'un certificat complémentaire « *sport-santé* » pour éducateurs sportifs, par arrêté n° 508 du conseil des ministres du 4 avril 2019 (1 page).
- Document 6** : Extrait du rapport intitulé : « *Rapport d'étape juillet 2019 activités physiques adaptées et Réseau « Maita'i sport-santé »* » - 12 juillet 2019 – Dr Bruno COJAN (13 pages).
- Document 7** : Extrait du rapport intitulé : « *L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019 – Dynamiques innovantes et ressort du sport sur ordonnance* » - Marc Charles, Benjamin Larras, Jacques Bigot, Corinne Praznocy (10 pages).



Direction de la jeunesse et des sports
Ministère de l'éducation et de l'enseignement
supérieur, de la jeunesse et des sports



Les activités physiques et sportives adaptées à la santé :

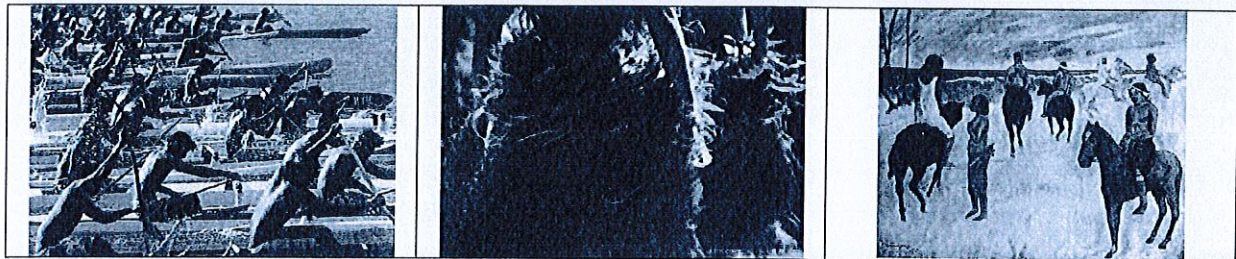
Orientations stratégiques 2017-2026

et

Schéma directeur 2017-2021

de la Polynésie française

RAPPORT



Dr Bruno COJAN
Médecin-inspecteur de santé publique

29 Septembre 2016

IV. PLAN : ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2017-2026

1. Postulats

Les maladies de surcharge constituent la première priorité de santé publique en PF

Leurs facteurs sont bien identifiés : le tabac, l'alimentation et l'activité physique (règle des « 0 -5 -30 » : zéro tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activités physiques).

La sédentarité est un des premiers facteurs de risque cardio-vasculaire.

Le capital santé est la résultante sport et santé, la pratique d'une APS est d'autant plus nécessaire qu'on s'avance dans l'âge.

La population cible a des priorités qui ne sont pas forcément en correspondance avec celles des professionnels : l'importance du milieu de vie et la motivation de l'utilisateur sont deux déterminants dont il faut tenir compte pour la réussite de l'intégration de l'utilisateur dans le dispositif.

La famille est un gage de réussite.

Le partenariat avec les financiers doit inclure des garanties de pérennité de l'action.

2. Enjeux

Le sport sur ordonnance soulève des questions fondamentales et nécessaires à son développement :

- l'implication de l'organisme de gestion de l'Assurance maladie ;
- la collaboration des organismes sociaux complémentaires (assurances, mutuelles).

Les APA induisent un changement des pratiques de la part des professionnels de santé formatés à des prises en charge « classiques » de maladies (HTA, diabète, surcharge pondérale) dans des universités qui, jusqu'à peu, ne dispensaient pas un enseignement dédié aux APA. La promotion de cette thérapeutique non médicamenteuse doit être couplée aux formations ad hoc.

La mise en place d'un dispositif relai tel que le RESEAU SPORT SANTE est une nécessité pour :

- rompre l'isolement du patient à la sortie d'une consultation ou d'une hospitalisation où le patient est particulièrement entouré (cardiologie, endocrinologie, cancérologie...) ;
- traduire les recommandations médicales en des actions concrètes d'activités physiques.

Les APA favorisent la création d'un emploi d'un type nouveau : l'éducateur médico-sportif.

La maîtrise des dépenses de santé est sans aucun doute l'enjeu majeur :

- Les différentes études montrent que les APS génèrent une économie d'environ 250 euros par an par pratiquant (cf. annexe 5).
- Concernant la sédentarité : le coût a été estimé à 80.4 milliards d'euros par an en Europe, soit l'équivalent de 6.2% des dépenses de santé totales engagées par l'Europe¹³.
- Plus spécifiquement pour les APA : des évaluations médico-économiques sont en cours et les résultats sont vivement attendus. Une étude chez les diabétiques a montré jusqu'à 2500 euros d'économies par patient diabétique par an¹⁴. Cette économie varie du simple au décuple en comparaison aux économies générées par les APS.

¹³ source: Rapport du CEBR (Centre for Economics and Business Research) pour ISCA. 2015

¹⁴ source: Concours médical, novembre 2013, Dr GRILLON

4. Objectifs

But : promouvoir les activités physiques et sportives comme outil thérapeutique non médicamenteux pour contribuer à la lutte contre les maladies de surcharge en Pf.

Objectif général : mettre en place les activités physiques et sportives adaptées à la santé en Pf.

| Domaine d'actions | Objectifs | Résultats attendus en 5 ans |
|--|--|--|
| Promouvoir le Médico-sport santé | Accompagner l'émergence de projets au titre de la promotion de la santé | - au moins 10% de communes partenaires - au moins 20% de fédérations sportives partenaires |
| | Sensibiliser les professionnels de santé | - au moins 80% des médecins généralistes et médecins du travail sensibilisés aux APA. |
| | Sensibiliser les professionnels de sport | - au moins 80% des éducateurs sportifs et dirigeant sportifs sensibilisés aux APA. |
| Stabiliser l'équilibre des pathologies des patients intégrés dans le réseau | Améliorer les paramètres cliniques des patients intégrés dans le réseau | - une réduction relative d'au moins 10% du périmètre abdominal - une réduction d'au moins 20% des chiffres tensionnels - une réduction de poids d'au moins 5% |
| | Améliorer les paramètres para-cliniques des patients intégrés dans le réseau | - une réduction de l'hémoglobine glycosylée d'au moins un point - une augmentation d'au moins de 5 % du HDL-Cholestérol |
| Stabiliser l'équilibre des paramètres physiques et psychologiques des patients intégrés dans le réseau | Augmenter l'activité physique des patients intégrés dans le réseau | - une réduction de 10% de la prévalence de l'APS insuffisante, chez les patients intégrés dans le réseau (cible OMS) |
| | Améliorer la motivation des patients intégrés dans le réseau | - au moins 50% d'adhésion des bénéficiaires auprès d'un club de sport |
| | Améliorer la qualité de la vie des patients intégrés dans le réseau | - au moins 50% des patients qui améliorent leur score général d'une catégorie du questionnaire SF36 |
| | Améliorer la capacité physique des patients intégrés dans le réseau | - au moins 10% d'amélioration du score des tests Forme Plus Sport |
| Diminuer la sédentarité des populations cibles | Augmenter l'activité physique des employés des entreprises | - au moins 50% des 100 plus grosses entreprises devenant partenaires du réseau |
| | Augmenter l'activité physique des enfants | - au moins 80% des Centres de Loisirs et de Vacances dispensant un programme sport santé |
| | Augmenter l'activité physique des personnes âgées dans le réseau | - au moins 50% des structures recevant des personnes âgées valides, devenant partenaires du réseau |
| Justifier la pertinence du réseau | Analyser la variation des traitements médicamenteux et du coût des traitements | - moins 80% des patients pris en charge dans le réseau font l'objet d'une évaluation médico-économique - au moins 10% d'économies des coûts de traitement des patients accueillis |

5. Offre en APA

On souhaite développer une offre :

- **globalisée** : intégrant la pratique d'activités physiques et sportives adaptées à la santé, l'éducation thérapeutique et les conseils nutritionnels ;
- **coordonnée** : au travers d'un dispositif unique (RESEAU SPORT SANTE), de financements fléchés et pérennes (avec une garantie triennale) et les évaluations programmées ;
- **de qualité** : par les formations ad hoc à l'attention des professionnels de la santé ou des professionnels de sport, par le suivi de l'utilisateur à qui il sera remis un pass'sport-santé, et par la formalisation d'un partenariat au travers d'une charte d'engagement ;
- **polynésienne**, tenant compte :
 - o de la 1^o priorité de santé publique en Pf ;
 - o de l'aspect culturel : on constate un décrochage de l'APS autour de l'âge de 20-35 ans. Les patients qui reviennent vers une APS à un âge plus avancé choisissent essentiellement le va'a¹⁵ pour les hommes et la danse tahitienne pour les femmes, et la marche.
 - o des spécificités géographiques : les lagons et les vallées sont une opportunité de premier choix pour y exercer des APA, pourtant insuffisamment exploités. L'accès n'est cependant pas toujours facilité.

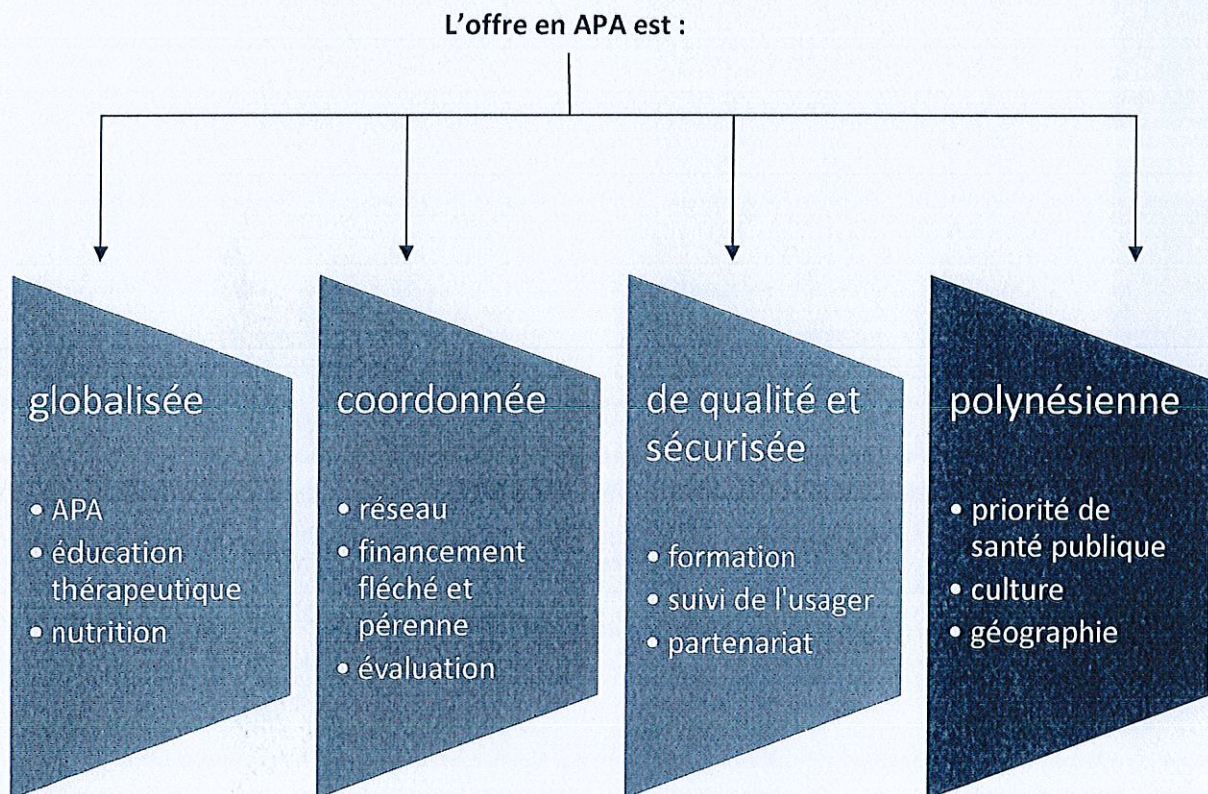
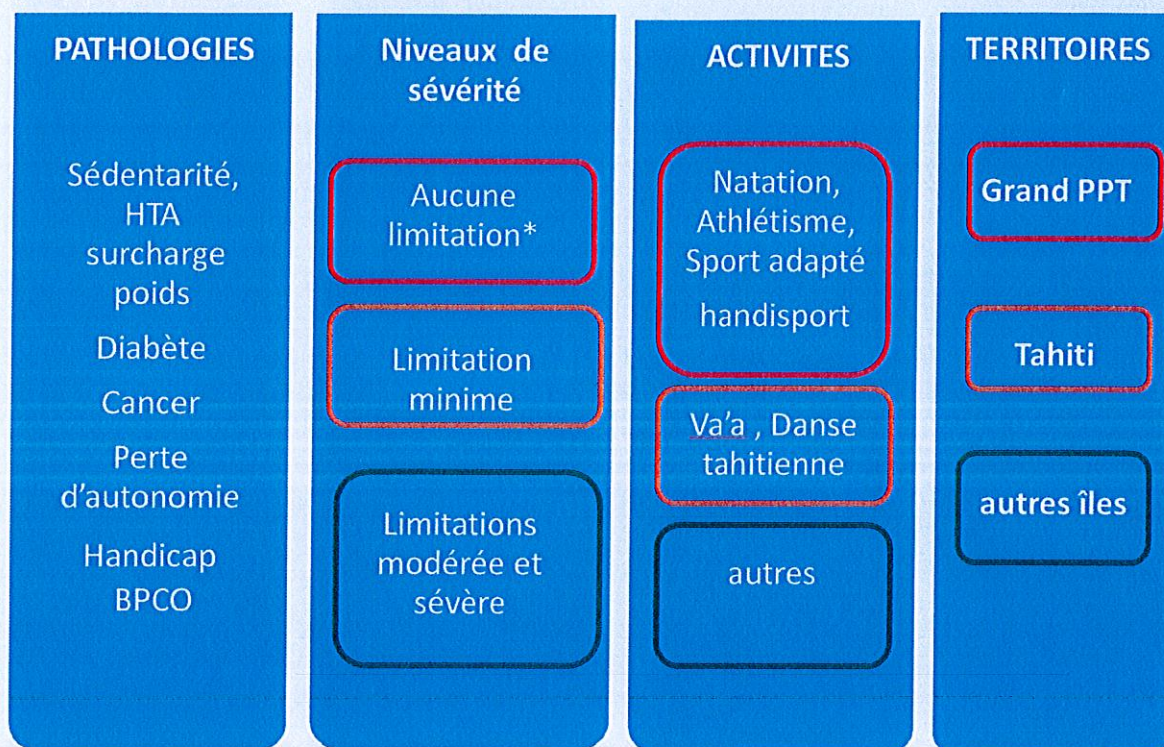


Schéma n° 7 : nature de l'offre en APA

¹⁵ Va'a : pirogue polynésienne

6. Cibles : pathologies, niveaux de sévérité, activités et territoires



Légende : = 1° priorité = 2° priorité = 3° priorité

Schéma n°8 : pathologies, niveaux de sévérité, activités et territoires ciblés par les APA

Les 35-55 ans seront ciblés dans un premier temps, notamment pour l'expérience pilote car les effets et les bénéfices sont les plus manifestes sur la santé et la productivité dans cette tranche d'âge.

JORF n°0304 du 31 décembre 2016 - Texte n°48

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

NOR: AFSP1637993D

Publics concernés : médecins, patients atteints d'une affection de longue durée.

Objet : activité physique adaptée.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1er mars 2017.

Notice : l'article L. 1172-1 du code de la santé publique prévoit que, 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. Le décret précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé créant un article L. 1172-1 dans le code de la santé publique. Les dispositions du code de l'éducation, du code de la santé publique, du code du sport peuvent être consultées sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

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,

Décrète :

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

Article du journal « Le Monde » publié le 30 janvier 2019 à 09h00 - Propos recueillis par Sandrine Cabut
Temps de Lecture 6 min.

« Le sport sur ordonnance ne décollera pas sans prise en charge financière »

Le cardiologue François Carré se désole de la faible prise de conscience des dangers de la sédentarité.

François Carré est professeur en physiologie cardio-vasculaire à l'université Rennes-I, cardiologue au centre hospitalier universitaire de Rennes et médecin du sport. Cofondateur de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, il est un ardent défenseur de la promotion du sport dans la prévention des risques.

Vous promouvez depuis longtemps la lutte contre la sédentarité et l'activité physique pour tous. Où en est-on ?

Sur ce sujet, nous en sommes malheureusement au même stade que sur celui du tabagisme il y a cinquante ans. Il n'y a pas de réelle prise de conscience des dangers par la population. Il est prouvé que la sédentarité (ces moments d'éveil avec une très faible dépense énergétique, par exemple regarder la télévision ou travailler assis devant un ordinateur) est délétère pour la santé. Cela favorise les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'obésité, les cancers, les troubles anxieux et dépressifs. Mais 72 % des Européens sous-estiment ces risques, comme l'a montré une enquête de 2018, menée dans huit pays par l'association Attitude Prévention. En France, où on passe en moyenne plus de sept heures par jour assis, la proportion est de 67 %.

« La question de l'activité physique devrait systématiquement être abordée en consultation, au même titre que celle de la consommation de tabac et d'alcool »

Plus inquiétant encore : les parents n'ont pas conscience des dangers de la sédentarité pour leurs enfants. Dans un sondage IFOP de 2017 où il leur a été demandé « Quels aspects du mode de vie de vos enfants pourraient avoir un impact sur leur santé à venir ? », l'addiction aux écrans arrivait en tête, devant l'alimentation. La sédentarité n'arrivait qu'en avant-dernière position. Face à ce constat, nous, médecins, devons changer de discours : il faut continuer à dire qu'avoir de l'activité physique est bénéfique, mais aussi faire comprendre que ne pas bouger est dangereux.

Est-ce vraiment le rôle des médecins ? Beaucoup de généralistes estiment que ce serait une attitude paternaliste et refusent de s'immiscer dans la vie quotidienne de leurs patients...

Je pense que la question de l'activité physique devrait systématiquement être abordée en consultation, au même titre que celle de la consommation de tabac et d'alcool. Aujourd'hui, la médecine curative atteint ses limites : je le vois bien dans ma spécialité, la cardiologie, où l'on est au taquet de ce qu'on peut faire avec des médicaments. Il faut donc miser sur la médecine préventive, mais, hélas, celle-ci reste faible en France.

L'espérance de vie en bonne santé de nos compatriotes est de 62,6 ans chez les hommes, 64,4 ans chez les femmes. C'est environ dix ans de moins qu'en Suède et à Malte, les deux pays d'Europe en tête pour cet indicateur ; et ce alors même que l'espérance de vie à la naissance est comparable pour ces trois nations : environ 82 ans. Les médecins ont la chance d'être écoutés par leurs patients, il est dans leur mission de s'occuper de qualité de vie et de prévention, et pas seulement d'allonger la vie. Rappelons que la France compte 37 millions de sédentaires et 10 millions de malades chroniques pris en charge en affection de longue durée [ALD].

Qu'en est-il du rôle d'autres acteurs, comme l'école, pour encourager l'activité physique dès le plus jeune âge ?

Des initiatives fonctionnent, comme « Les parcours du cœur », proposés par la Fédération française de cardiologie. En 2018, plus de 415 000 élèves issus de 2 600 établissements y ont participé. Mais, dans le domaine de l'activité physique, l'éducation nationale est difficile à bouger. Depuis longtemps, je leur demande de consacrer le premier cours d'activité physique de l'année scolaire à l'importance de prendre soin de son corps. Je suis sûr qu'un tel cours centré sur la nutrition et les bienfaits de l'activité physique, associant le professeur de sport et celui de SVT [*sciences de la vie et de la Terre*], sensibiliserait les élèves et, par ricochet, leurs parents. Mais il m'a été répondu que la priorité est d'abord de leur apprendre à lire et à écrire. Je ne

comprends pas cette fin de non-recevoir, alors qu'il est largement démontré que bouger favorise aussi les apprentissages.

« Le but est de remettre les patients à l'activité physique pour toute leur vie. Si l'on met en balance le coût et les bénéfices de santé publique, il n'y a pas photo »

Venons-en à l'activité physique chez les personnes atteintes d'une maladie chronique. Le décret qui autorise les médecins à en prescrire, dans le cadre d'une ALD, a été voté il y a deux ans, mais il n'y a toujours pas d'enseignement aux futurs médecins. Pourquoi ?

L'absence de formation des médecins concernant les bienfaits de l'activité physique et les modalités de la prescription de celle-ci est effectivement l'un des principaux freins au développement du « sport sur ordonnance », avec la non-prise en charge par l'Assurance-maladie. Pour l'instant, cet enseignement est optionnel, car un doyen de faculté de médecine ne peut modifier de sa propre initiative le socle des études médicales. Nous sommes intervenus auprès de la conférence des doyens pour qu'il y ait des questions sur ce thème aux examens du deuxième cycle des études médicales. Si c'est au programme des examens, ce sera enseigné ; c'est dans ce sens que cela fonctionne.

Il y a pourtant une appétence des jeunes pour cette thématique. Dans mon université, à Rennes, une unité d'enseignement spécifique a été créée, il y a trois ans, pour les étudiants de deuxième et troisième années de médecine. Elle est très prisée : 180 des 210 étudiants de chaque promotion s'y inscrivent.

Entretien : Yannick Agnel : « Mon corps, mon outil de travail »

Alors que la science a démontré que, dans bien des pathologies, l'activité physique est aussi efficace qu'un médicament, pourquoi n'est-elle pas prise en charge par l'Assurance-maladie ?

C'est une question fondamentale, car, dans un pays comme la France, le « sport sur ordonnance » ne décollera pas tant qu'il n'y aura pas de prise en charge financière. Je rappelle que le but de ces prescriptions médicales est de remettre les patients à l'activité physique pour qu'ils continuent ensuite pendant toute leur vie. Si l'on met en balance le coût et les bénéfices de santé publique, il n'y a pas photo.

« Les pharmaciens ont un rôle important à jouer dans l'activité physique adaptée, car ils voient les patients plus souvent que nous et les connaissent bien »

A ce stade, je constate une réelle réflexion des parties prenantes, et des discussions sont en cours entre l'Assurance-maladie et les mutuelles. Par ailleurs, la Haute Autorité de santé s'est beaucoup investie sur ce sujet, notamment à travers la publication récente d'un guide pratique pour les médecins, avec des référentiels d'aide à la prescription d'une activité physique adaptée [APA] aux pathologies : surpoids, diabète...

Autre problème, le public ne connaît pas bien les différents professionnels de l'APA et leurs compétences respectives. Comment s'y retrouver ?

Le décret a exacerbé certains corporatismes, mais les décrets d'application ont bien précisé les champs d'intervention : un individu en affection de longue durée avec une limitation importante de ses capacités physiques doit être pris en charge en activité physique adaptée par un kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychomotricien. Si la limitation est modérée, l'activité physique peut être encadrée par les mêmes spécialistes ou bien par des enseignants en APA.

Il faut que ces professionnels s'entendent entre eux, d'autant que, avec dix millions de personnes en ALD, il y a du travail pour tout le monde. D'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens, ont un rôle important à jouer dans l'activité physique adaptée, car ils voient les patients plus souvent que nous et les connaissent bien. Des formations spécifiques commencent à voir le jour. C'est le cas à Rennes, où les pharmaciens ont accès à un module de vingt heures.

Les bienfaits de l'activité physique et/ou sportive

PSYCHISME

- ✓ Diminue le stress
- ✓ Améliore le moral et la confiance en soi

POUMONS

- ✓ Améliore la respiration et aide à l'arrêt du tabac

CEUR - VAISSEAUX

- ✓ Diminue le risque d'accident cardiaque
- ✓ Diminue le risque d'accident vasculaire cérébral

CANCER

- ✓ Diminue le risque de cancer (Sein, colon, prostate, utérus)

MUSCLES TENDONS - OS

- ✓ Préserve les muscles et la souplesse des tendons
- ✓ Diminue l'ostéoporose

ÂGE

- ✓ Augmente l'espérance de vie dans de meilleures conditions

MÉTABOLISME

- ✓ Baisse le taux de sucre et de graisses dans le sang



Maitai Sportsanté

Direction de la santé
BP 611 - 98713 Papeete
Tahiti, Polynésie française



Bureau : 40 410 600
Médecin : 40 502 789
Régulateur : 89 777 589
Coordonnateur : 40 488 204
Educateur médico-sportif : 89 477 789

Mai: maitaisportsante@gmail.com
facebook: maitaisportsante

NOUS TROUVER :
Institut de la jeunesse et des sports
de la Polynésie française
Rue Raauri Tematafaare
(perpendiculaire avec rue Paul Bernier),
Immeuble Jacques Bonno,
Bâtiment B, rez-de-chaussée,
Tahiti, Polynésie française



COSODA
COMITÉ DES ENTREPRISES D'ASSURANCES
POLYNÉSIE FRANÇAISE



IJSPE
Pôle Sportif de la Polynésie Française



DJS
Direction de la Jeunesse et des Sports



Maitai Sportsanté



POLYNÉSIE FRANÇAISE



INFORMEZ-VOUS !



Présentation générale

Les indicateurs de santé sont préoccupants en Polynésie française



→ Les maladies liées au mode de vie génèrent des coûts de santé très élevés pour la population.

→ L'activité physique est un moyen de prévention pour sa santé (expertise collective de l'INSERM 2008), elle permet de stabiliser la maladie et de limiter l'apparition des complications.

Ce dispositif est dédié aux patients qui souhaitent reprendre une activité physique adaptée, régulière, sécurisante et progressive.

Le réseau **Maitati Sport Santé** propose à chaque patient volontaire :

- une évaluation de sa condition physique,
- puis une orientation vers une activité physique adaptée à sa condition et à ses envies.

objectifs

→ Fédérer le monde de la santé et le monde du sport pour proposer une offre de soins nouvelle : le sport sur ordonnance

→ Accompagner le patient vers une pratique physique adaptée, régulière, sécurisante et progressive.



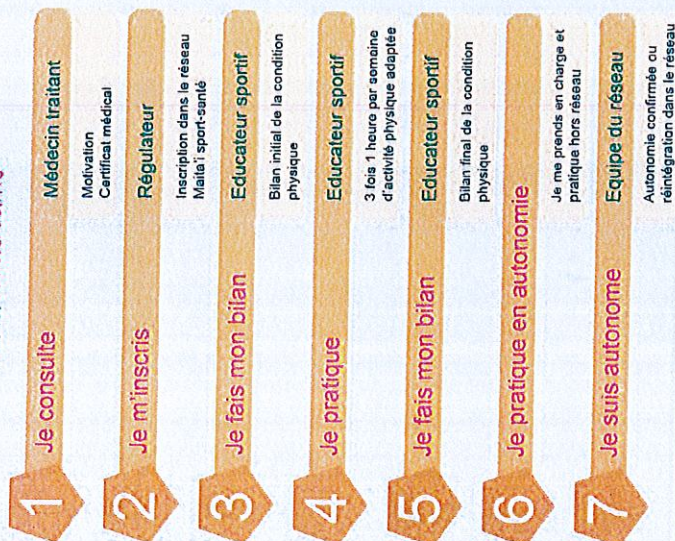
Programme pour les personnes concernées par :

Obésité élevée ou morbide
Diabète de type 2
Dyslipidémie
Hypertension artérielle
Cancer du sein
Cancer de l'utérus
Cancer de la prostate
Cancer du côlon
Bronchopneumopathie chronique obstructive
Maladie de Parkinson



PARCOURS DE SOIN DU RESEAU

Maitati Sport Santé



LES PLUS

- Prise en charge et accompagnement par des professionnels
- Délivrance d'un Pass Sport Santé
- C'est gratuit : financement assuré par les partenaires du réseau Maitati sport-santé
- Ajustement de mon traitement médical par mon médecin



BUREAU DE LA COMMUNICATION

Communiqué de Presse

Création d'un certificat complémentaire « sport-santé » pour éducateurs sportifs, par arrêté n° 508 du conseil des ministres du 4 avril 2019.

La prévention et la promotion de la santé constituent une priorité de la politique de santé publique de la Polynésie française.

Ainsi, le Gouvernement s'est engagé dans une stratégie visant la réduction du surpoids et de la prévalence des maladies évitables, en développant notamment une expérience pilote visant l'intégration des Activités Physiques Adaptées (A.P.A.) dans un parcours de soin, comme moyen thérapeutique non médicamenteux.

Cette expérience est portée par le réseau « *Maita'i sport-santé* » et la prise en charge des patients est réalisée par des éducateurs sportifs, titulaires de diplômes professionnels permettant l'encadrement des activités physiques et sportives. En revanche, ces derniers n'ont suivi aucune formation spécifique à l'accompagnement de ce type de public.

Aussi, afin de garantir une qualité de prise en charge du public cible atteint de pathologies spécifiques, et pour répondre au besoin croissant d'encadrants formés, le Ministère en charge des sports a proposé la création d'un certificat complémentaire « sport-santé », réservé aux éducateurs sportifs professionnels, attestant de la compétence à assurer l'encadrement et l'animation des activités physiques ou sportives dans un objectif d'acquisition, de maintien ou d'optimisation du « capital santé ».

Ce certificat, préparé au cours d'une formation de 50 heures minimum, s'obtient par capitalisation de deux unités de compétences :

- UC1 Etre capable de préparer une action d'animation en sport-santé ;
- UC2 Etre capable de conduire une action d'animation dans un objectif d'acquisition, de maintien ou d'optimisation du capital de santé.

-0-0-0-0-0-



Ministère de la santé et de la prévention en charge de la protection sociale généralisée

Direction de la santé

Rapport d'étape

Juillet 2019

Activités physiques adaptées
et
Réseau Maita'i sport-santé

Dr Bruno COJAN



12 juillet 2019



PARTIE 2

BILAN DES ANNEES 2017, 2018

CHIFFRES CLES



1. FILE ACTIVE DU RESEAU

File active = le nombre d'inclusions – le nombre de sorties, à un moment T

La file active rend compte du nombre de patients réellement en activité. Elle évolue en fonction des inclusions et des sorties du dispositif. Si elle progresse depuis l'expérience pilote, la complexification de l'application du code des marchés publics a freiné sa vitesse de progression (76→137→ 147).

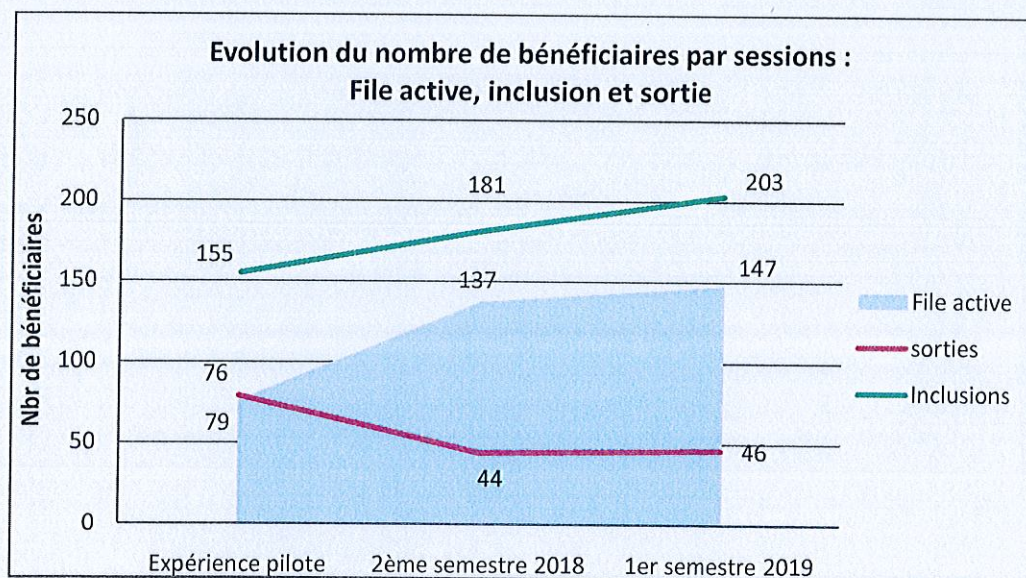
Les inclusions dépendent de plusieurs facteurs dont notamment :

- la mise en place des conventions ou des marchés publics
- la communication auprès du grand public (sensibilisation des patients)
- la communication auprès des médecins prescripteurs et des professionnels de santé

Le nombre d'inclusions est en constante progression. Il était au maximum des capacités d'accueil lors de l'expérience pilote, modéré ensuite en raison des motifs évoqués ci-dessus.

Les sorties sont également multifactorielles⁹ : autonomie, inconvenance, pas de renouvellement, pas d'intérêt, raisons personnelles, raisons professionnelles, problèmes de santé...

Si le taux d'abandon était de 51% lors de l'expérience pilote (51%), il s'est nettement amélioré lors de la session du 2^o semestre 2018 (24%).

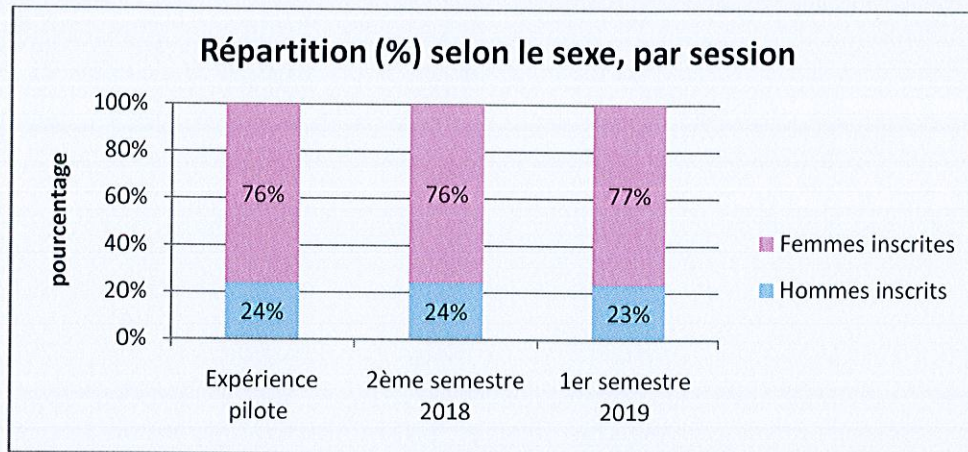


⁹ L'analyse des sorties sur les données de l'expérience pilote présentée lors du 1^o séminaire sport-santé de la Pf montre que :

75% des abandons sont des femmes, 40% des patients sont sans emploi, 35% retraités, et 25% employés ou ouvriers. Toutes les activités sont touchées et perdent près de la moitié de leurs effectifs dans le temps de l'expérimentation sauf l'athlétisme et le multi-activités. Ce sont les patients souffrant d'obésité qui décrochent le plus, notamment ceux entre 25 et 39 ans. Les décrocheurs sont principalement des personnes en difficulté sociale. Les trois causes majeures présentées étaient : l'obtention d'un emploi, les difficultés de transports ou une cause liée à l'état de santé des patients. Ces données doivent être affinées.

2. REPARTITION HOMME/FEMME

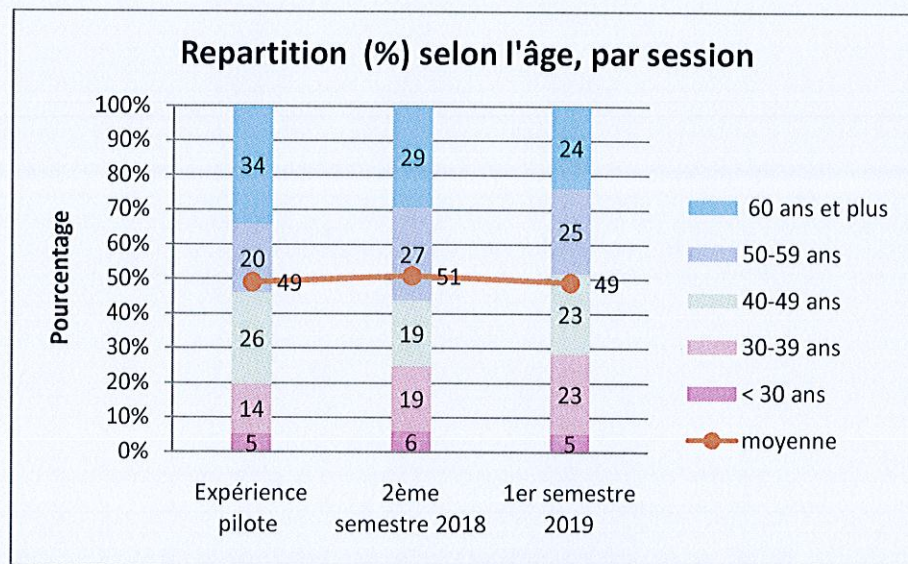
Les femmes représentent environ $\frac{3}{4}$ de la population totale du réseau Maita'i sport-santé quelle que soit la session.



3. AGE DES BENEFICIAIRES

La moyenne d'âge des patients inclus dans le réseau oscille autour de 50 ans.

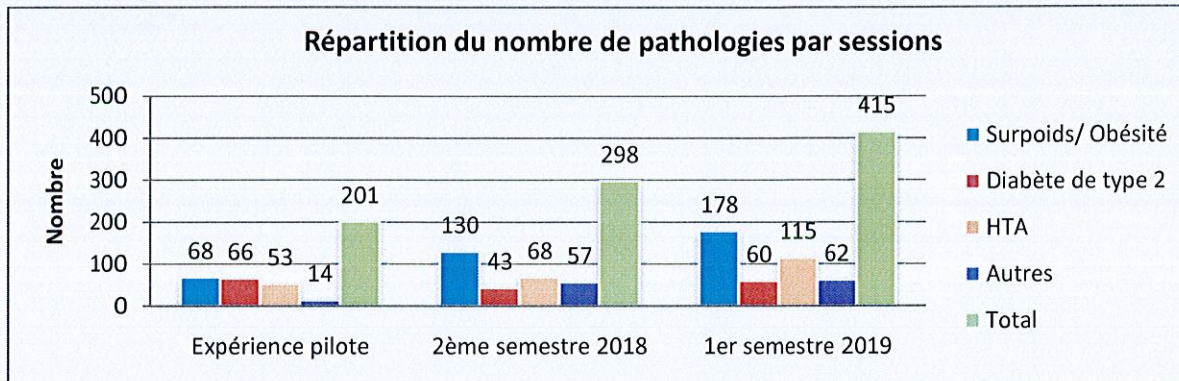
Si la tranche des 60 ans et plus diminue avec les sessions, on constate un rajeunissement de la patientèle, notamment par la tranche 30-39 ans.



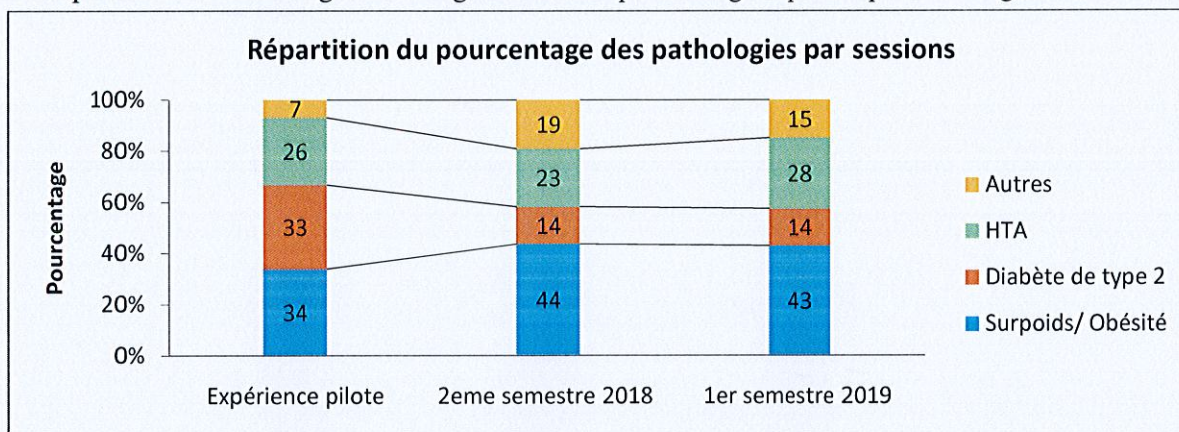
6. PATHOLOGIES

Les pathologies les plus fréquentes motivant l'inclusion dans le réseau sont le surpoids et l'obésité et elles progressent au gré des sessions. Le diabète et l'hypertension artérielle occupent la 2^o place.

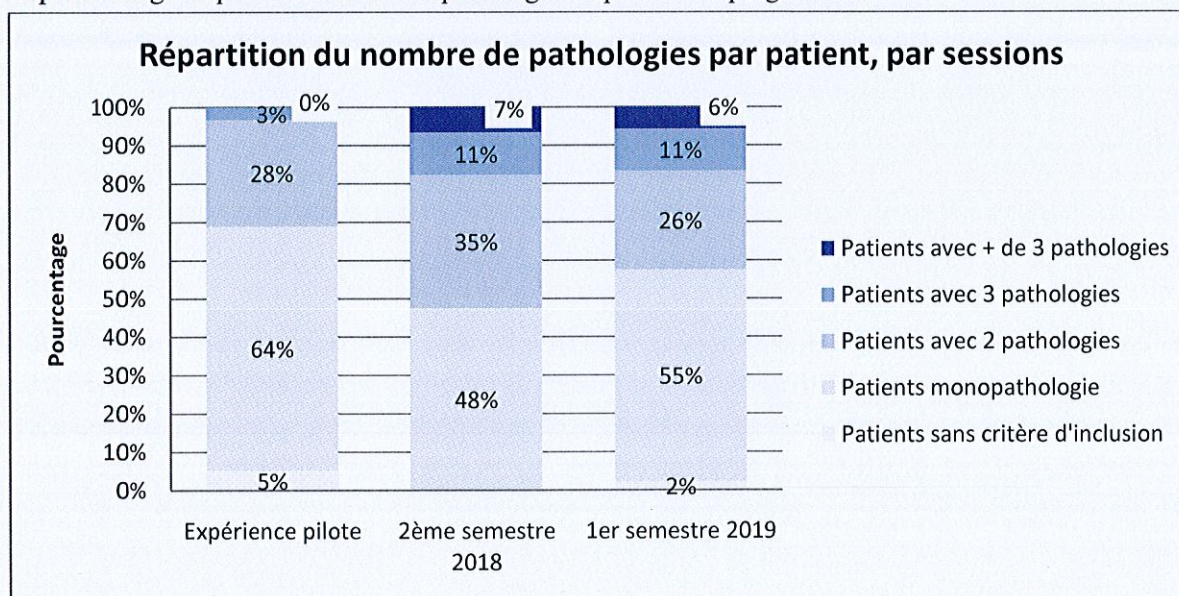
Le réseau répond à ce titre à la priorité de santé publique polynésienne affichée dans les documents officiels.



Le surpoids et l'obésité enregistrent l'augmentation de pourcentage la plus importante au gré des sessions.



Le pourcentage de patients cumulant 3 pathologies et plus est en progression.

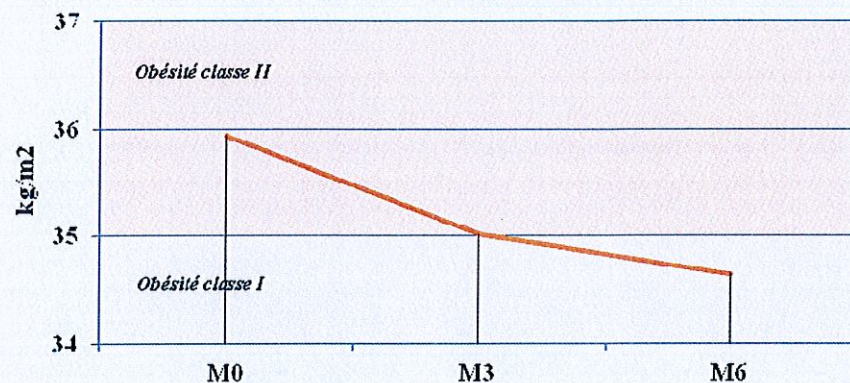


7. IMPACTS DU PROGRAMME APA

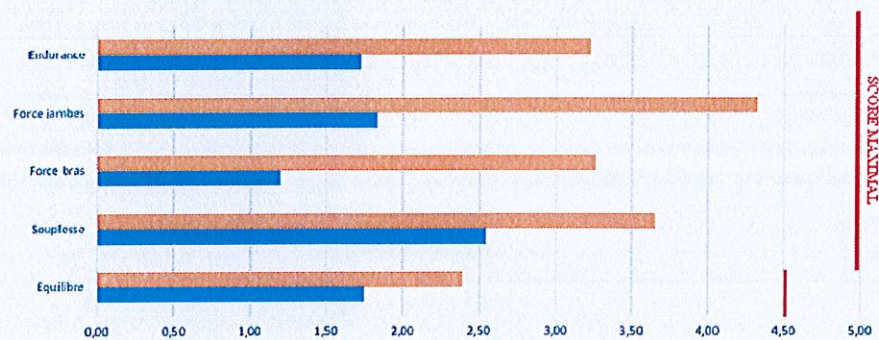
Résultats de l'expérience pilote :

Les données concernent l'expérience pilote et la session du 2^o semestre 2018, les données de la session du 1^o semestre 2019 étant en cours de compilation.

L'IMC : Diminution de 3,5% (à l'entrée : 35.9 kg/m² classé stade d'obésité élevée - classe II selon l'OMS , à la sortie : 34.6 kg/m² classé stade d'obésité modérée - classe I).

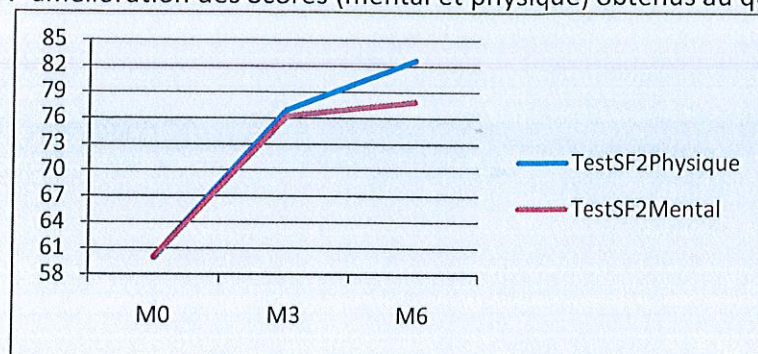


Les tests médico-sportifs : nette amélioration de la condition physique des patients pendant le 1^o trimestre, plus modérée sur le second trimestre¹⁰



Le trait rouge à droite représentant le score maximal qu'il est possible d'obtenir pour chacun des tests (soit 5 pour les tests d'endurance, de force des jambes et des bras et de souplesse, 4.5 pour le test d'équilibre).

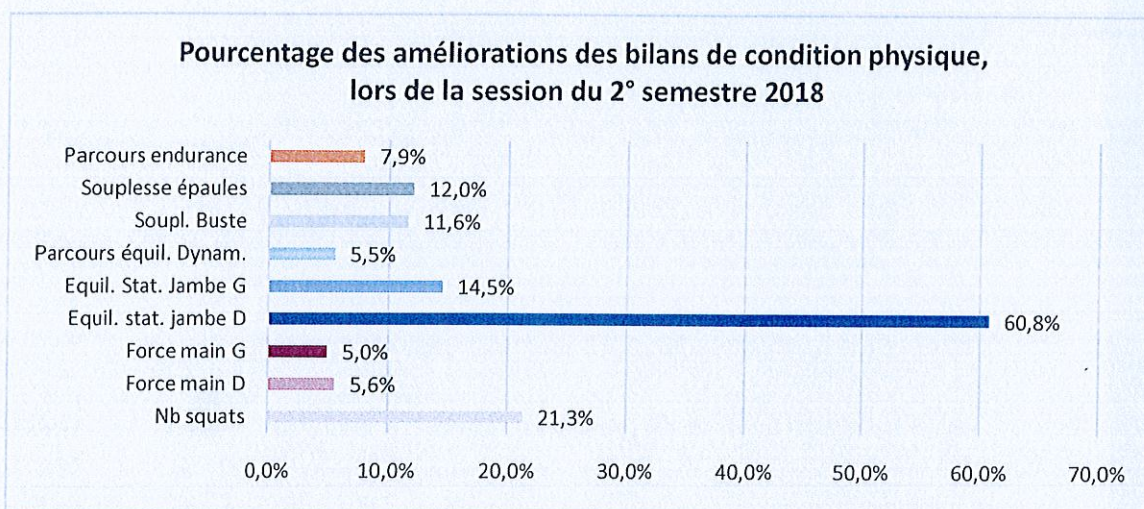
La qualité de vie : amélioration des Scores (mental et physique) obtenus au questionnaire



Résultats de la session du 2^o semestre 2018

L'IMC : L'évolution moins nette de l'IMC de cette session (-1%) s'explique probablement par le fait qu'une grande majorité des patients était incluse dans l'expérience pilote.

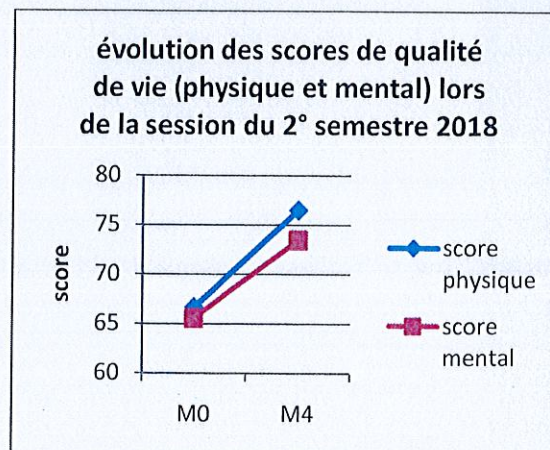
Les tests médico-sportifs :



Les indicateurs des tests médicaux et physiques de l'expérience pilote ont été définis de manière non discriminante, ne tenant pas compte des pathologies. (Un comité de travail est en train de mettre à jour ces indicateurs afin d'apporter la pertinence nécessaire aux données recueillies).

La qualité de vie :

Les scores de la qualité de vie évoluent également favorablement, respectivement de +15% pour le score physique et de 12% pour le score mental.



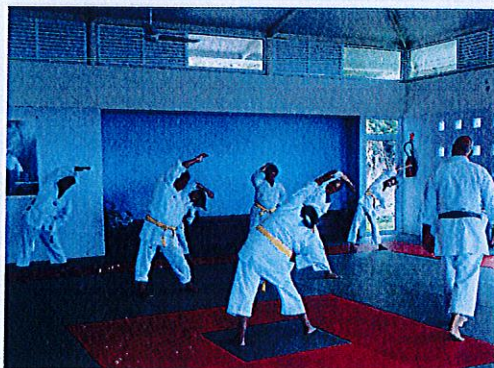
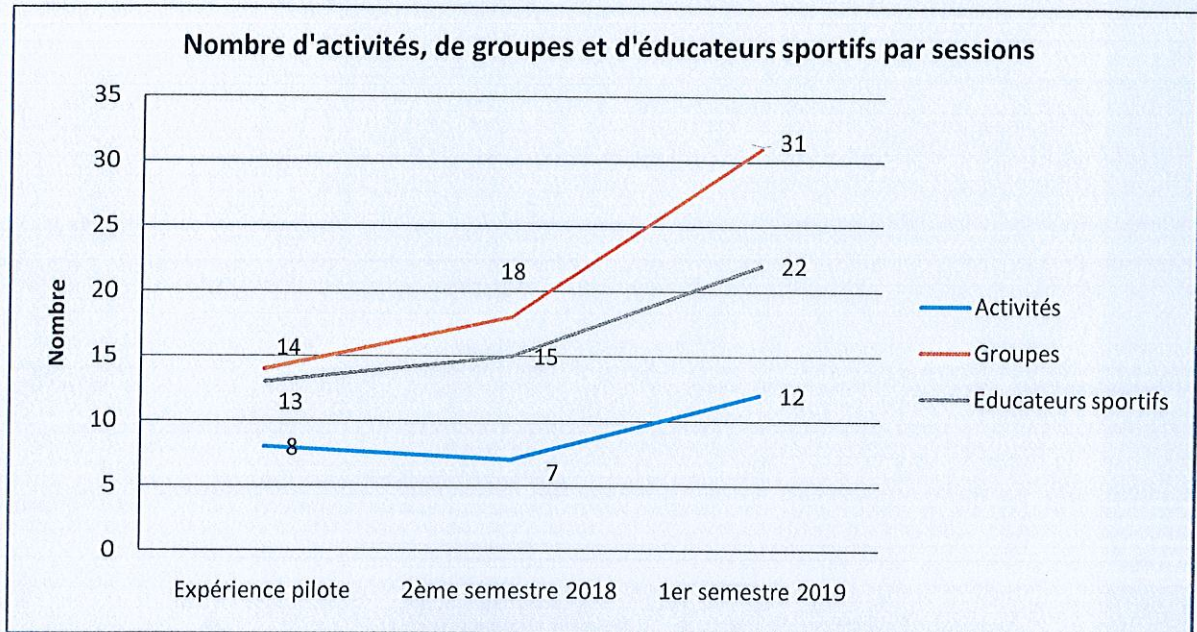
9. ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES

Lors de l'expérience pilote, étaient proposées des activités de remise en forme, marche nordique, natation, basket, aviron, karaté, multiactivités et Qi Qong

Certaines disciplines n'ont pas poursuivi au-delà de l'expérience pilote : multiactivités et Qi Qong

D'autres ont été intégrées ensuite les disciplines d'activités aquatiques en mer, les disciplines enchainées (triathlon santé), le judo, le tennis de table, le tennis et le tir à l'arc.

A ce jour, 31 groupes de 10 personnes maximum sont constitués.



PARTIE 3

POINTS DE VIGILANCE ET PERSPECTIVES



1. Renforcer l'intégration de la politique sport-santé et des APA dans l'ensemble des politiques publiques

Le ministère de la santé et le ministère des sports ont la volonté de présenter (et de faire valider) le schéma directeur et le programme d'actions des APA 2019-2023 au Conseil des ministres.

De nombreux services administratifs de la Polynésie française sont concernés par cette politique innovante :

- DS et ses effecteurs de soins ;
- DJS compte tenu de ses relations avec les fédérations sportives et le COPF ;
- IJSPF pour ses plateaux techniques ;
- urbanisme et équipement pour l'aménagement du territoire...

Les communes peuvent contribuer également au développement du sport-santé et des APA au plus proche des citoyens.

2. Renouveler et élargir les partenariats

Déjà le projet de convention cadre de partenariat 2019-2023 confirme la volonté de la CPS et du COSODA de co-construire avec le Pays le sport-santé et les APA.

Le partenariat doit être élargi :

- . au Conseil de l'Ordre des médecins de Polynésie française (COMPF)
- . aux services de santé au travail
- . au Comité olympique de Polynésie française (COPF) : un fléchage de trois enveloppes financières à destination respectivement du COPF, des fédérations et des conseillers technique a été mis en place selon les critères du CNDS. Les conditions d'obtention de financement seront dans les conventions et les délégations 2020
- . au Syndicat de la promotion des communes de Polynésie française (SPC-PF)
- . au Mouvement des entreprises de France en Polynésie (MEDEF)

L'Etat a défini une stratégie nationale sport-santé 2019-2024 (axe 1 : développer 500 maisons sport-santé..., axe 2 : APA...), et a annoncé le nécessaire développement de la e-santé . Une collaboration Etat-Polynésie française serait souhaitable dans la logique du financement du Régime de solidairé de la Polynésie française.

Le COPIL de la convention cadre est à ré-instaurer. Il y a lieu également d'officialiser la nouvelle composition du comité technique.

4. Structurer le réseau

Le projet de réglementation du sport-santé et des APA étant quasi-abouti, il reste à définir avec l'ARASS notamment, la nature juridique du réseau dans le cadre d'une dévolution unilatérale par la Pf de la gestion du dispositif en charge des APA :

- fondation (avec exemption du seuil de financement par le fonds public de 25% du budget alloué au fonctionnement) ;
- rattachement à un établissement public administratif ;
- association à l'image de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) ou de l'Union du sport scolaire polynésien (USSP) ;
- groupement de coopération public/privé...

5. Garantir les ressources humaines du réseau

Le temps du pilotage est actuellement insuffisant (le travail est souvent réalisé en dehors des heures habituelles, en soirée ou pendant les week-ends) . Il s'agit de renforcer cette mission.

Le Dr Pierre Aufrère, médecin du sport ayant sollicité une disponibilité a/c de janvier 2020, la mission sport-santé et APA doit être inscrite dans la fiche de poste du médecin du sport remplaçant et le temps du médecin être adapté à la future volumétrie du recrutement.

L'offre en psychologue et infirmière est à compléter.

6. Faciliter l'accès du réseau au plus grand nombre

La localisation du réseau dans un endroit facile d'accès, aisément repérable et fréquenté est un atout pour une meilleure sensibilisation du public. Les locaux peuvent être issus du patrimoine immobilier du Pays ou de l'Etat au titre des maisons de sport-santé.

7. Réglementer le sport-santé et les APA

Les projets de loi de pays et l'arrêté (modèle de prescription, liste des facteurs de risque et des pathologies, commission instruisant les demandes d'affiliation au réseau) ont été élaborés.

8. Adapter le parcours du patient

Compte tenu du retour d'expérience, il s'agit de :

- mettre en place dès 2020 un **recrutement des patients en continu** (et non plus par session)
- intégrer le patient selon la durée de prescription (une **durée de 6 mois sera conseillée**)
- promouvoir l'intégration avec un membre de son entourage familial ou amical
- **revoir les critères d'inclusion** pour concentrer les moyens sur les priorités de santé publique de la Pf
- développer les **expériences pilotes** : perte d'autonomie chez les personnes résidant en EHPAD, patients en néphrologie, patients du centre de consultations spécialisées d'alcoologie et de toxicomanie, SDF , collaboration avec les services de santé au travail....

- s'adjoindre des compétences d'une **psychologue et d'une infirmière** pour assurer le bon déroulement du parcours de soins
- dimensionner **l'Education thérapeutique du patient** afin de donner au patient les compétences psycho-sociales et les connaissances de sa maladie
- associer la **famille** à l'ETP
- favoriser la connaissance des différentes APA du réseau auprès des patients
- **reviser les bilans physiques** (tests) et les **indicateurs** (par pathologies)
- paramétrer la **mise en autonomie** des patients et améliorer **l'orientation post-dispositif**

9. Amplifier la communication

La communication auprès des décideurs politiques, des services administratifs, des entreprises, des communes, de professionnels et du grand public doit être renforcée afin d'améliorer la visibilité, la compréhension et l'appropriation de la démarche et du dispositif.

Une opportunité est donnée de présenter le dispositif :

- lors de la réunion des ministres du Pacifique le 7 août 2019
- lors de la conférence sport-santé de Nouvelle-Calédonie le 13 septembre 2019
- lors des 3^e assises européennes sport sur ordonnance à Strasbourg, le 14 octobre 2019

Saisir les fédérations sportives pour identifier les médecins fédéraux référents.

Etablir la cartographie des activités du réseau et des partenaires des APA.

Promouvoir le réseau par les pratiquants eux-mêmes.

10. Former les professionnels

Mettre en place une formation destinée aux prescripteurs (recommandations de la HAS, réglementation polynésienne).

Mettre en place une formation à l'Education thérapeutique du patient (conformément à l'action 2 de l'objectif 2 de l'axe 3 du schéma de prévention) à destination des prescripteurs, des infirmiers et psychologues.

Poursuivre la formation annuelle du certificat complémentaire sport-santé à destination des éducateurs sportifs.

11. Modéliser les évaluations

Affiner les indicateurs, les bilans médicaux et les tests physiques, par pathologies pour montrer l'efficacité du parcours de soins en fonction des problématiques de santé mises en jeu par la pathologie.

Préciser les modalités des évaluations médico-économiques avec Célia Basurko, Merehau Mervin et la CPS.

Etudier un partenariat avec Mme Lise Rochaix (chaire HOSPINOMICS à l'hôtel-Dieu (AP-HP)).

12.Engager les travaux de recherche

S'assurer de la mise en œuvre des travaux sur le Ori Tahiti portés par la DJS.

Etudier les propositions du Dr Fuch (médecin conseil , direction du service médical Caisse déléguée Côte d'Azur) :

- référencement des offres sport-santé avec cartographie
- programmes selon les âges de vie :
 - . « je marche, je cours tous les jours » (maternelle et primaire) : construction d'outils en partenariat avec « Paris 2024 » et « héritage paris 2014 »
 - . « je bouge + au travail » pour adultes
 - . « prévention active sénior »
- intégrer le groupe de travail « As de cœur » (parcours de soins de 5 mois avec ETP d'un programme passerelle des accidents cardiaques aigus classiques) et volet médico-économique : projet d'expérimentation article 51 de la LFSS 2018)

13.Définir le financement

Définir un modèle d'auto-financement sur la base des économies de santé attendues.

Fixer un coût d'inscription, associé à un remboursement en fin d'inclusion en cas de bonne observance et de primes incitatives (articles de sport...).

Analyser les modalités de financement du réseau: Contrat d'objectifs et de moyens (COM) ou inscription des APA dans les paniers de soins ou cotation à la Nomenclature polynésienne des actes professionnels (2C ?, 3C ?).



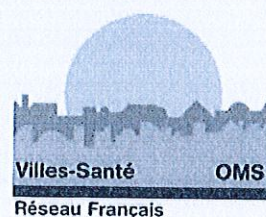
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX EN 2019

DYNAMIQUES INNOVANTES ET
ESSOR DU SPORT SUR ORDONNANCE

Marc Charles, Benjamin Larras, Jacques Bigot, Corinne Praznoczy

En partenariat avec :

Strasbourg.eu



ÉDITORIAL



Crédit photo : Martine Duclos

« Sport sur ordonnance » ou « prescription d'activité physique adaptée » ?

Même si le terme « sport sur ordonnance » n'est pas celui qui aurait été le plus adapté à la prescription de l'activité physique, c'est celui qui a été choisi et qui continue à se propager sur l'hexagone et bien au-delà (territoires d'outre-mer et pays d'outre-mer) avec des effets bénéfiques pour la population. Il a pour but de modifier les comportements sur le long terme pour améliorer la santé (augmenter l'activité physique totale, diminuer le temps passé à des comportements sédentaires).

Dans notre culture, le mot « sport » peut parfois faire peur. Surtout quand on est en surpoids, hypertendu, passant la journée assis au travail, 1 ou 2h par jour supplémentaires assis dans les transports en commun ou en voiture et le reste de la journée derrière les écrans en rentrant à la maison. Pour le plus grand nombre, le sport sous-entend compétition, mais aussi transpiration, courbatures, et forte intensité pour que cela soit efficace. Cette vision est erronée mais il est difficile de se défaire des fausses idées. En effet, le sport a aussi une forte dimension loisirs et plaisir et le milieu sportif développe de nombreuses activités dans la direction sport santé (création du Médicosport-Santé), adaptées à toutes les populations quels que soit l'âge et le niveau de santé, sans aucun objectif de compétition.

De plus l'activité physique ne se réduit pas au sport. C'est d'abord se bouger dans sa vie quotidienne, lors de ses déplacements (vélo, marche à pied), et, bien sûr, dans ses loisirs. Et c'est là que le sport intervient.

Le médecin a pour rôles d'expliquer au patient ce qu'est l'activité physique et sportive et ses effets bénéfiques, de le rassurer sur ses capacités à pratiquer, de rechercher d'éventuelles limitations d'exercice avant d'adresser les patients à des professionnels formés.

Ce rapport de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps) et du Pôle Ressources National (PRN) Sport Santé Bien-Être fait le point sur les dispositifs de prescription d'activité physique mis en place, leurs modes de fonctionnement et de financement. Aucun dispositif n'est à ce jour financé de façon pérenne alors que la santé est un droit immatériel et que l'activité physique et sportive est probablement actuellement l'un des meilleurs moyens de maintenir la santé tout au long de la vie et surtout de prévenir la plupart des maladies chroniques qui menacent notre santé, tout en augmentant la qualité de vie et la cohésion sociale.

Ce rapport montre la diversité des dispositifs mis en place, la collaboration des différents intervenants (médicaux, paramédicaux, professionnels de l'activité physique et sportive formés, politiques, institutionnels) pour trouver des solutions pour tous. Il sera régulièrement mis à jour, avec, espérons-le, de plus en plus de dispositifs de sport sur ordonnance émergeant dans les différents territoires pour faire modifier les politiques publiques et améliorer la prise en charge par l'activité physique et le sport sur ordonnance.

Professeur Martine Duclos

Présidente du comité scientifique de l'Onaps

Chef du service de Médecine du Sport et des Explorations Fonctionnelles au CHU de Clermont-Ferrand

Endocrinologue, physiologiste et médecin du sport, professeur des universités

PRÉAMBULE

En tout premier lieu, préciser la terminologie choisie par les auteurs et relecteurs de ce rapport nous a paru opportun. Au regard de la littérature internationale et des textes législatifs, l'expression « activité physique sur prescription » fait consensus comparée à « sport sur ordonnance » ou « sport santé sur ordonnance ». Le choix est difficile tant cette formule « sport sur ordonnance » est passée dans le langage courant et comprise de tous.

Il faut cependant noter que le « sport » est une forme d'activité physique particulière où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs (cf. Définitions). Or, il existe bien d'autres formes d'activités physiques dont l'objectif majeur est le bien-être. Ainsi employé, le terme sport est réducteur et peut également impressionner les plus fragiles, voire les rebuter.

Par ailleurs, tout l'enjeu d'une prescription d'activité physique adaptée est d'amener le patient à adopter un comportement actif par la pratique quotidienne d'activités physiques choisies, mais aussi à diminuer ses attitudes sédentaires. Cette prescription fait donc appel aux principes de l'éducation thérapeutique (accompagnement, motivation...) dans lesquels l'« ordonnance » d'un point de vue étymologique (idée d'obligation) n'a pas de place.

Le groupe de travail « sport santé sur ordonnance » du réseau national sport santé des Villes-Santé de l'OMS constitué aux Assises de Strasbourg en 2015 a impulsé le développement de cette thérapeutique non médicamenteuse en médecine ambulatoire. Aujourd'hui encore, le réseau des villes « sport santé sur ordonnance » coordonné par la ville de Strasbourg ne cesse de se développer et offre l'accès à ce dispositif à un nombre croissant de concitoyens comme en attestent les résultats de ce rapport.

L'Onaps et le PRN Sport Santé Bien-Être se trouvent ainsi honorés de présenter les résultats de cette étude à l'occasion des 3^{èmes} Assises du Sport Santé sur Ordonnance de Strasbourg.

CITATION RECOMMANDÉE

Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être ; octobre 2019. 84 p.

INTRODUCTION

RAPPELS SUR LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) ET LEUR RÉPARTITION SPATIALE

Une ALD est une affection de longue durée qui, si elle nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois, implique des dispositions médico-administratives particulières. Ces dispositions concernent le patient, son médecin traitant et la caisse d'Assurance Maladie, notamment les médecins-conseils. On distingue deux types d'ALD : l'ALD exonérante pour laquelle le malade voit tous les soins qui se rapportent à cette affection pris en charge à 100%¹, et l'ALD non-exonérante, pouvant être attribuée à des patients qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à 6 mois.

Une personne peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur si elle est atteinte :

- d'une affection inscrite sur une liste dans le Code de la Sécurité Sociale (liste ALD 30²) ;
- ou d'une affection « hors liste » (ALD 31), c'est-à-dire d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- ou de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32), nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

En 2017, 10,7 millions de personnes bénéficient du dispositif des ALD, soit 17,3% de la population du régime général de l'Assurance Maladie³.

Par ailleurs, 1,7 million de nouvelles exonérations ont été enregistrées sur l'année 2015, correspondant à un taux d'incidence⁴ de 2 715 pour 100 000 personnes couvertes par le régime général.

Selon les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), la croissance des effectifs des bénéficiaires du dispositif des ALD est régulière : elle est en moyenne de +2,7% par an entre 2010 et 2017. Entre 2016 et 2017, elle est de +3,2%.

En 2017, les affections les plus représentées parmi les personnes qui bénéficient du dispositif des ALD sur liste pour le régime général sont le diabète⁵ (2,7 millions, 26,0%), les tumeurs malignes⁶ (2,1 millions, 20,7%) et les affections psychiatriques⁷ (1,4 million, 13,5%). Par ailleurs, l'ensemble des maladies cardio-neurovasculaires⁸ concernent 36,9% (soit 3,8 millions) des bénéficiaires du dispositif des ALD sur liste.

Pour la France entière, le taux de prévalence⁹ pour l'ensemble des ALD s'élève à 17 351 pour 100 000 personnes protégées du régime général, avec des disparités départementales (Figure 1).

¹ Code de la sécurité sociale : articles L 322-3, 3° et 4° et D 322-1

² Au nombre de 29 depuis que l'hypertension artérielle (ALD₁₂) a été retirée de la liste (décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 (JO du 26 juin 2011)). Cependant, les patients admis en ALD pour hypertension artérielle avant la date de parution du décret sont toujours comptabilisés en ALD₁₂.

³ Ce régime concerne près de 90% de la population française.

⁴ Nombre d'individus ayant contracté une maladie pour 100 000 personnes exposées au risque de cette maladie, sur une année.

⁵ ALD₈

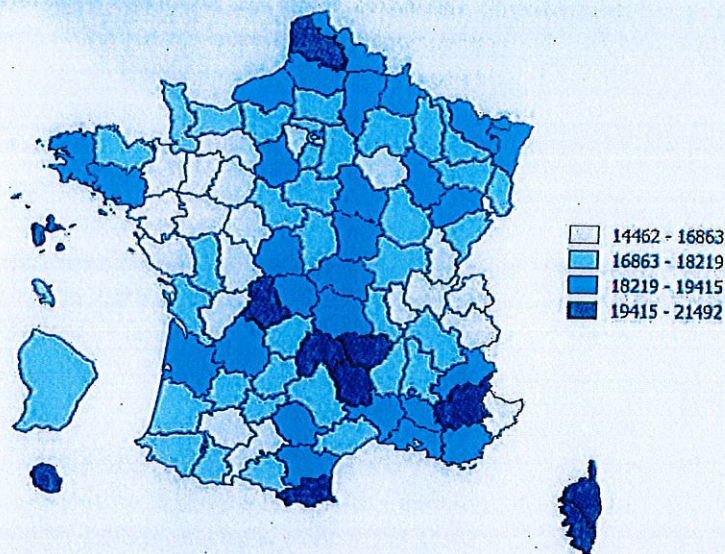
⁶ ALD₃₀ : « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique »

⁷ ALD₂₃

⁸ ALD₁, ALD₃, ALD₅, ALD₁₂ et ALD₁₃

⁹ Nombre de personnes souffrant d'une maladie à un moment donné, par population exposée au risque de cette maladie. Il est exprimé pour 1 000 personnes, et englobe aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

Figure 1 - Prévalence des ALD* par département en 2017
(pour 100 000 personnes du régime général)



*Après standardisation sur l'âge et le sexe de la population du régime général

Source : CNAM-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Face aux augmentations considérables de l'incidence des maladies chroniques (due principalement à un mode de vie sédentaire, au vieillissement de la population et aux dépistages précoces) et des coûts de prise en charge des années de vie en incapacité et de la mortalité prématurée évitable liée à ces pathologies (OMS, 2014), les autorités de santé développent des politiques visant à promouvoir l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. La France a commencé au début des années 2000 avec le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Il a fait de la lutte contre le surpoids et l'obésité une cause nationale. En 2008, un Plan National de prévention par les Activités Physiques et Sportives (PNAPS) a été préparé et rédigé conjointement par les ministères de la Santé et de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Il n'a cependant pas été mis en œuvre. L'activité physique est devenue un axe à part entière du PNNS entre 2011 et 2015 et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) actualisera en 2016 les repères du PNNS relatifs à l'activité physique et la sédentarité.

Parallèlement, sur instruction interministérielle, le Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSBE) mis en place en 2012 encourage et appuie les initiatives proposant des activités physiques aux personnes les plus fragiles dans le but d'améliorer leur santé (personnes avançant en âge, porteurs de maladie(s) chronique(s), personnes en situation de handicap ou de précarité). Grâce à une forte mobilisation des acteurs du sport et des activités physiques dans le cadre d'un co-pilotage par les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), les Plans Régionaux Sport Santé Bien-Être (PRSSBE) ont permis un foisonnement d'actions menées principalement par des acteurs associatifs.

Enfin, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 stipule que « 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 ».

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : UNE THÉRAPEUTIQUE NON MÉDICAMENTEUSE

Dans un rapport publié en 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS), compte-tenu des données de la littérature, reconnaît un programme d'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse. Sur la base d'une médecine fondée sur les preuves, Pedersen et Saltin (2015) détaillent 26 maladies chroniques pour lesquelles un programme d'activité physique devrait être prescrit : maladies psychiatriques (dépression, anxiété, stress chronique, schizophrénie) ; maladies neurodégénératives (démences dont Alzheimer, maladie

de Parkinson) ; maladies métaboliques (obésité, hyperlipidémie, syndrome métabolique, syndrome des ovaires polykystiques, diabète de type 2, diabète de type 1) ; maladies cardiovasculaires (hypertension, maladies coronaires, insuffisance cardiaque, accidents vasculaires cérébraux, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) ; maladies pulmonaires (bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire, asthme, mucoviscidose) ; troubles musculo-squelettiques (arthrose, ostéoporose, lombalgie/dorsalgie, polyarthrite rhumatoïde) et cancers (cancer du sein, cancer colorectal en particulier). Des études prospectives, randomisées, multicentriques, sont actuellement en cours pour les maladies chroniques manquantes (insuffisance rénale, addictions).

En effet, depuis deux décennies, une accumulation exponentielle de connaissances et de preuves montre qu'une pratique régulière d'activité physique a non seulement des bénéfices importants dans la prévention des maladies chroniques mais également des effets thérapeutiques évident dans leur prise en charge (expertises collectives de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2008 et 2019 ; Anses, 2016 ; Institut national du cancer (INCa), 2017 ; HAS, 2018).

Les bénéfices de la lutte contre la sédentarité et d'une activité physique régulière sur la santé ne sont plus à démontrer, tout au plus à préciser. L'expertise Inserm 2019 s'est davantage concentrée sur comment amener les patients atteints de pathologies chroniques à une activité physique régulière. Toute la difficulté et tout l'enjeu de cette thérapeutique sont là : amener à une activité physique quotidienne, tout au long de la vie. « **Le groupe d'experts recommande d'associer à la prescription une démarche éducative pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme. Le groupe d'experts recommande d'articuler les programmes d'activité physique avec les programmes d'éducation thérapeutique** et d'initier toute démarche par un bilan éducatif partagé qui invite le patient à identifier ses habitudes de vie, ses besoins, possibilités, envies, les freins et les leviers, la manière dont il aimerait pouvoir être aidé. Il convient alors avec l'enseignant en activité physique adaptée ou le professionnel de santé qui mène le bilan, de fixer un objectif et d'identifier les moyens qu'il mobilisera pour l'atteindre. Des bilans de suivi permettent d'ajuster les objectifs et de renouveler les moyens pour soutenir le projet de pratique d'activité physique.

Ce bilan peut déboucher sur une orientation vers :

- un club, une association si le patient est autonome en activité physique et dans la gestion de sa pathologie ;
- un dispositif éducatif de courte durée pour expérimenter les possibilités de pratique d'une activité physique adaptée au besoin médical et aux limitations fonctionnelles ;
- ou un dispositif éducatif en activité physique adaptée de plus longue durée (plusieurs mois) quand il est nécessaire de combler un déficit de ressources (physiques, psychologiques ou sociales).

Pour les publics les plus fragiles ou vulnérables, présentant des caractéristiques connues pour limiter ou compromettre l'adhésion et le maintien à long terme de l'activité physique (patients âgés, faible niveau socioéconomique, précarité sociale...) et/ou n'ayant pas ou peu de vécu en matière d'activité physique, le groupe d'experts préconise un cycle éducatif en activité physique adaptée de plusieurs mois en veillant à ce que les compétences des encadrants répondent aux besoins et aux ressources de ces personnes.

L'enjeu est de permettre à ces patients d'expérimenter concrètement des activités physiques adaptées (APA) à leurs possibilités et à leurs besoins, d'en ressentir les effets, de les vivre avec plaisir et de les reconnaître comme étant bénéfiques pour leur santé.

L'objectif de ce cycle éducatif n'est pas tant de faire de l'exercice que de développer des ressources physiques (perception de son corps, de ses postures, identification d'indicateurs pertinents pour soi et sa santé, développement de compétences motrices), psychologiques et sociales (confiance en soi, en sa capacité d'évoluer, à entrer en relation avec les autres, à s'approprier des savoirs généraux sur les activités physiques et sportives, mais aussi sur la santé et le soin, sur l'indépendance et l'autonomie).

Dès que le patient en a les ressources, le groupe d'experts recommande d'accompagner le patient dans la construction d'un projet de pratique d'activité physique qui a du sens pour lui dans son parcours de soins et dans son parcours de vie. L'enjeu est qu'il le poursuive sur le long terme. »¹⁰.

LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE: DE QUOI PARLE-T-ON ?

Elle fait référence au cadre législatif apporté par le 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 ayant une affection de longue durée (NOR : AFSP1637993D), entré en vigueur le 1^{er} mars 2017.

Pour en reprendre les points essentiels :

- 1) Le décret précise ce qui est entendu par activité physique adaptée : « ... des mouvements corporels basés sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires... Les techniques mobilisées relèvent d'APS et se distinguent des actes de rééducation... ». Elle nécessite donc une évaluation régulière des aptitudes fonctionnelles, des motivations et des besoins spécifiques du patient.
- 2) Il en rappelle l'objectif : « la dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif ». Il s'agit en premier lieu d'une mesure d'incitation et d'accompagnement des personnes vers une modification durable de leur comportement, faisant appel notamment à des compétences en matière d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient (ETP), en plus de celles relatives aux activités physiques adaptées.
- 3) En fonction des limitations fonctionnelles du patient, il précise le niveau de qualification requis pour le personnel encadrant afin de concevoir des programmes d'activités physiques adaptées, de les personnaliser, de les encadrer et de les évaluer (cf. Encadré 6).
- 4) Il rappelle la nécessité d'une prescription « ... sur un formulaire spécifique ». Il s'agit bien d'une prescription écrite.
- 5) Il définit la nécessité d'un suivi médical : «... avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur ».

Tout parcours de soins de patients présentant une maladie chronique parmi la liste citée devrait ainsi intégrer un programme d'APA. Celui-ci devrait être suivi et ajusté régulièrement dans le cadre du dispositif de prescription d'AP.

LES DISPOSITIFS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION

Un dispositif d'activité physique sur prescription a deux objectifs : organiser et coordonner les soins relatifs à l'activité physique du patient et faire appel à des compétences éducatives (éducation à la santé et thérapeutique) et de soutien motivationnel, l'objectif étant d'amener les patients à pratiquer en autonomie des comportements d'auto-soins (Figure 2).

L'entrée dans ce parcours est initiée par une prescription médicale. Le Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé publié par la HAS en septembre 2018 donne aux prescripteurs des repères essentiels (Encadré 1)¹¹.

La prescription d'un programme d'activité physique adaptée suppose qu'il existe un impératif médical à amener le patient vers un comportement actif et une diminution des comportements sédentaires au risque de perdre le contrôle sur l'évolution de sa pathologie, qu'il est nécessaire de commencer par des exercices physiques personnalisés et supervisés pour sa santé, son autonomie, sa participation sociale et/ou son pouvoir d'achat.

¹⁰ Expertise collective de l'Inserm : Activité physique. Prévention et traitement des maladies. Février 2019. L'expertise est à retrouver ici : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

¹¹ Le guide de la HAS est à retrouver dans son intégralité ici :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

Concernant la prescription d'une activité physique de type sport santé, il existe des aides à la prescription. La plus importante d'entre-elles est très certainement le **Médocosport-Santé**¹², édité par les Éditions Vidal en 2019. Il s'agit d'un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives, conçu par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) en coopération étroite avec la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES). Il recense les caractéristiques de chaque discipline, les intérêts potentiels et impacts sur la santé du pratiquant d'un point de vue physique, physiologique, mental, ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport santé. Il contient actuellement les protocoles sport santé de 45 fédérations sportives et vise à aider les médecins généralistes à la prescription d'activités physiques et sportives.

L'orientation du patient : le patient est ensuite orienté vers **un parcours de soin centré sur l'activité physique**. Ce parcours fait intervenir des professionnels de santé (par exemple masseur-kinésithérapeutes, infirmiers...) des professionnels du sport qualifiés en activités physiques adaptées, en sport santé et à l'accompagnement des personnes vers des comportements favorables à la santé (éducation pour la santé, éducation thérapeutique).

Ces parcours de soin sont organisés par des dispositifs d'activité physique sur prescription médicale. Ces dispositifs sont de deux ordres :

- **les dispositifs « opérationnels »** : ce qui est entendu par dispositif opérationnel dans ce rapport est un dispositif qui reçoit les patients (physiquement ou sur appel téléphonique) adressés sur prescription médicale. Il s'agit d'un guichet unique sur un territoire donné, en charge de coordonner le parcours du patient en fonction de la prescription, des bilans fonctionnel et motivationnel. Ses missions sont de :
 - compléter le bilan fonctionnel et motivationnel engagé par le prescripteur ;
 - co-construire avec le patient un programme d'activités physiques adaptées ;
 - orienter vers des professionnels de l'APA, des ateliers passerelles, des créneaux sport santé ;
 - organiser le suivi fonctionnel et psychologique (pouvant repérer des soutiens complémentaires d'ordres motivationnel, nutritionnel, social...) ;
 - assurer les échanges avec le médecin prescripteur.
- **les dispositifs « institutionnels »** : ce qui est entendu par dispositif institutionnel dans ce rapport est un dispositif porté par des institutions régionales (ARS, DRJSCS) qui viennent en appui des structures locales. Ces institutions régionales harmonisent les pratiques (développement d'outils de prescription, d'évaluation, de suivi), recensent les structures d'accueil, sécurisent les parcours individuels (commission de validation des structures d'accueil pour les APA), gèrent des plateformes d'échange interprofessionnel et peuvent soutenir financièrement des programmes passerelles, des coordonnateurs, des actions innovantes (communication, formations...).

¹² Le Médocosport-Santé, édition décembre 2018, est à retrouver ici :

<https://cnosf.franceolympique.com/cnosf/fichiers/File/Medical/Medicosport/medicosport-version-internet-v2.pdf>

Comme suggéré par le Pr Grégory Ninot dans son Guide professionnel des interventions non médicamenteuses, il pourrait également être pertinent d'encourager d'autres possibilités de financements innovantes.

DES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'évaluation du dispositif PRESCRIMOUV' par l'ORS Nouvelle-Aquitaine souligne que les territoires ayant expérimenté l'activité physique sur prescription rapportent de très nombreux témoignages de satisfaction, qu'ils soient de la part de bénéficiaires, de médecins, de directeurs d'établissements, d'élus ou d'acteurs du sport santé. Les éléments de discussion rapportés soulignent également :

- **le rôle important des patients pour le développement de ces dispositifs** : « le meilleur vecteur est le patient qui demande directement à son médecin une ordonnance », « l'implication de nos "locaux motives", un groupe d'usagers dynamisant notre activité » ;
- **les difficultés liées à l'éloignement des lieux de pratiques, le manque de créneaux sport santé et d'éducateurs qualifiés au sport santé** : « difficultés de déplacement : habitat diffus », « aider les associations à former leurs éducateurs », « ouvrir plus de créneaux spécifiques », « faciliter la formation APA dans un plus grand nombre de clubs sportifs pour élargir le choix », « absence d'organisme de formation spécifique autour du sport santé », « disparité ou manque d'encadrement du mouvement sportif formé à l'encadrement et l'animation de créneau sport santé », « augmenter le nombre de clubs labellisés pour diversifier l'offre d'APA » ;
- **l'importance de l'implication des professionnels de santé et en particulier des médecins prescripteurs** : « nos contacts bien établis avec certains professionnels de santé », « partenariat avec le centre de réadaptation qui permet d'avoir un réseau de médecins », « professionnels de santé convaincus et ambassadeurs du dispositif », « dans la commune, un médecin est également très impliqué dans le dispositif », « le fait d'avoir des pneumologues dans le bureau, qui parlent de l'association à leurs confrères », « l'élément facilitant serait d'avoir un médecin référent sur lequel s'appuyer et en capacité d'aider ses confrères » ;
- **les difficultés liées au manque d'engagement, de disponibilité ou de formation des médecins** : « manque de médecins sensibilisés au sport sur ordonnance et au courant du dispositif », « difficultés à mobiliser les médecins prescripteurs », « manque de professionnels libéraux formés pour prescrire de l'APA », « les médecins de ville n'ont pas de temps à perdre sur un dispositif qui demande du temps en motivation des patients, et un manque de connaissance sur le sujet pour réaliser une prescription adapté », « manque de temps : prescription chronophage, consultations surchargées », « l'isolement des médecins généralistes », « pas assez d'implication des médecins traitants qui sont surchargés de travail et qui ne sont pas assez nombreux sur le bassin de santé », « démographie médicale dans le département très pauvre notamment au niveau des médecins généralistes qui n'ont matériellement pas la possibilité des parler des APA à leurs patient » ;
- **le manque de lisibilité des programmes d'APA** : « méconnaissance des offres et de l'existence des programmes », « les professionnels de santé qui méconnaissent les APA-S et comment les prescrire », « manque de lisibilité sur l'offre d'APA existante et manque d'habitude à orienter vers une AP » ;
- **les difficultés liées à l'absence de financement pérenne, l'importance des initiatives politiques locales et le manque de stratégie nationale** : « absence de lisibilité dans les financements », « obtenir un financement pérenne sur plusieurs années pour envisager ce dispositif sur le long terme », « prise en charge financière pour éviter d'avoir à chercher des fonds chaque année », « aides privées à trouver afin de pouvoir pérenniser le dispositif », « volonté politique locale de développer le sport santé », « le soutien de la ville : impression, conception de documents, intervention des services techniques, prêt de salles de gymnase », « la ville dispose d'une direction de la santé publique, réelle politique transversale des directions d'engagement pour le sport santé porté par l'élue à la santé et l'élus aux sports », « campagne nationale encourageant l'APA et ses effets positifs sur la santé », « le dispositif n'est pas assez connu », « communication au niveau national dans les différents médias », « manque de communication et d'implication du ministère de la Santé dans la promotion du dispositif », « une reconnaissance nationale du dispositif dotée de financements adéquats ».

DES SOLUTIONS INNOVANTES

Plusieurs participants à cette enquête ont également accepté de partager les difficultés rencontrées, notamment dans leur phase expérimentale. Deux points particuliers sont régulièrement soulevés : **l'énergie nécessaire pour la mise en place des créneaux sport santé dans les structures et associations sportives** et la **difficulté à impliquer des médecins prescripteurs**. Il est certain que la motivation, la compétence et le dévouement des coordonnateurs sont à saluer. Les résultats sont bien là. Des solutions souvent innovantes surmontent ces difficultés :

- une **mutualisation des moyens et des personnels encadrants** : création de groupements d'employeurs ; groupement des acteurs sports santé et professionnels en APA ; mise à disposition des structures sportives municipales ; emploi et formation d'éducateurs territoriaux en activités physiques et sportives... ;
- la **reconnaissance de la compétence d'enseignant et de coordonnateur de l'APA** dans les grilles des collectivités territoriales ;
- le **développement des partenariats** entre collectivités, fédérations sportives, enseignant en APA indépendants, professionnels de la santé, réseaux de santé, en centres hospitaliers, en ambulatoire. Historiquement, les centres et services de médecine physique et réadaptation, les réseaux diabète et les unités transversales d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) sont les premiers à s'être souciées de la poursuite des activités physiques dans l'environnement quotidien des patients. Ils représentent à ce titre des structures d'appui importantes pour le développement des dispositifs d'activité physique sur prescription en ambulatoire, comme le souligne un nombre important de structures hospitalières impliquées ;
- la **communication** : l'entretien et la présentation du dispositif aux médecins généralistes ; la communication à travers des flyers dans les cabinets médicaux, à travers la presse ; la sollicitation des URPS, du Conseil de l'ordre, des ARS, de la CPAM pour un relais d'information auprès des médecins traitants. Comme décrit dans le rapport d'évaluation de PRESCRIMOUV, la prise de contact et la présentation du dispositif aux médecins par le coordonnateur paraît être la méthode de recrutement la plus efficace. Il est intéressant de relever qu'une part non négligeable du recrutement des médecins est effectuée par les patients eux-mêmes. Ainsi, dans le rapport de l'ORS Nouvelle-Aquitaine, 20% des médecins prescripteurs ont été sollicités par leurs patients ;
- la **création d'un réseau de médecins correspondants en activité physique** par l'URML de Normandie (réseau MÉNAPT) représente une source de recrutement des médecins prescripteurs particulièrement innovante et porteuse.

Malgré le retard pris en France dans les politiques publiques de prévention et promotion de la santé ainsi que dans le développement des thérapeutiques non médicamenteuses, les évolutions de ces dernières années sont rapides et spectaculaires. La prescription d'activité physique adaptée aux personnes les plus fragiles semble être une pratique médicale en plein essor dont la dynamique doit être suivie.