

# Comment lever les freins au développement de l'activité physique et sportive ?

Marlène Guillon, Lise Rochaix, Jean-Claude Dupont

26/07/2019

## 1. Introduction

L'efficacité de l'activité physique et sportive dans la prévention (*prévention primaire*) [1] ou le traitement (*prévention secondaire*) de maladies chroniques est aujourd'hui établie de manière avérée [2]. Elle est évoquée aussi au décours de la maladie, pour limiter les toxicités et séquelles dues aux traitements (*prévention tertiaire*) [3]. L'expertise collective publiée récemment par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) conclut également en ce sens [4]. Sur la base des études disponibles, un certain nombre de pays a déjà adopté des mesures visant à développer l'activité physique (sur un continuum de la pratique sportive au traitement par le sport). En particulier, la Suède ou le Royaume-Uni ont depuis plusieurs années autorisé la prescription d'activité physique par le médecin généraliste aux patients à risque ou souffrant de pathologies chroniques. Ces pays ont également développé des programmes de prescription, dits « *exercice referral schemes* » (ERS), par lesquels les médecins orientent leurs patients vers des structures assurant une activité physique adaptée.

Si l'efficacité clinique de l'activité physique adaptée pour la prévention et le traitement des maladies chroniques est avérée, l'efficacité des programmes d'Activité Physique Adaptée (APA) est une autre question<sup>1</sup>. Une revue de littérature systématique menée à Hospinnomics sur l'efficacité des programmes d'APA dans le traitement des pathologies chroniques (*prévention secondaire*) a permis de conclure sur le caractère coût-efficaces de ce type d'intervention [5] : 75% des programmes d'APA évalués étaient coût-efficaces à un seuil de 30 000 £ par année de vie ajustée par la qualité (QALY). Le caractère coût-efficace des programmes d'APA est particulièrement vérifié pour le traitement des troubles musculo-squelettiques et des troubles rhumatologiques. Les résultats de cette étude sont cependant plus nuancés pour les pathologies cardiaques. Cette étude met également en lumière la nécessité d'accroître les études coût-efficacité de l'activité physique adaptée dans le traitement des maladies neurologiques et psychiatriques, des cancers, des pathologies respiratoires, du diabète et de l'obésité. Un rapport de l'institut de recherche du National Health Service (NHS) conclut son analyse

---

<sup>1</sup> L'efficacité d'un programme est relative aux modalités de celui-ci puisqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une mesure à l'aune de ses coûts.

de manière plus nuancée à propos des ERS, des programmes d'activité physique s'adressant à la fois aux personnes à risque et souffrant de pathologies chroniques. Les résultats de l'évaluation révèlent qu'à l'issue du programme d'activité physique, seule une minorité des bénéficiaires augmente son niveau d'activité physique. De plus, l'analyse coût-utilité indique que le gain en termes de QALY (Quality-Adjusted Life-Year) est de 0,003 pour un coût additionnel de 255 £. Le ratio différentiel coût-utilité estimé est donc de 76 000 £ par QALY, bien au-delà des seuils de coût-efficacité généralement retenus par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) au Royaume-Uni. L'efficacité et le coût des programmes d'APA dépendent largement de leur objet et de leurs modalités, lesquels expliquent aussi la diversité des résultats obtenus. Parmi les modalités pouvant influencer le coût et l'efficacité des programmes d'APA figurent les critères d'intensité, d'ouverture et de personnalisation.

Dès 2011, les recommandations de la HAS [6] positionnaient la prescription de thérapeutiques non-médicamenteuses, dont l'activité physique, comme une stratégie complémentaire ou alternative d'une prescription médicamenteuse. Il aura néanmoins fallu attendre la Loi de santé de janvier 2016 [7] pour que les médecins traitants aient la possibilité de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une affection de longue durée. Malgré cette avancée récente, la France reste en retrait en matière de prise en charge de l'activité physique par la collectivité. Pour que la loi ne reste pas lettre morte, un certain nombre de mesures d'accompagnement sont nécessaires, relevant de la formation, à la fois des médecins prescripteurs et des professionnels en charge de l'activité physique adaptée, de la production de référentiels ou de l'organisation de la prise en charge. Cette réflexion sur les mesures d'encouragement et de développement de l'activité physique et sportive en France peut s'appuyer sur des expériences en France et à l'étranger, notamment en Europe. Sur la base des expériences d'ERS menées en Europe, l'objectif de cette note est de référencer les modalités d'organisation et de financement des programmes d'activité physique et sportive existants. La note s'attache particulièrement à identifier les modalités pratiques et financières efficaces pour la mise en place de programmes d'APA à grande échelle en France.

## 2. Une typologie des programmes d'activité physique adaptée sur prescription en Europe

### 2.1 Référencement des programmes européens

La branche européenne de l'OMS et la commission européenne ont élaboré un dispositif d'évaluation des politiques publiques nationales de sport-santé intitulé *Health-Enhancing Physical Activity* (HEPA) [8]. Ce dispositif a conduit à la publication de deux rapports permettant de comprendre la situation actuelle des politiques nationales de sport-santé dans les différents pays européens [9 ; 10].

Parmi les 28 pays de l'UE, 26 ont une infrastructure nationale d'évaluation des programmes d'activité physique. Cette évaluation des pratiques physiques inclut une approche de santé dans 23 pays. Par ailleurs, l'activité physique en santé est incluse dans le parcours de formation des professionnels de santé dans 22 pays. Plus précisément, cette formation est dispensée aux médecins dans 21 pays, aux kinésithérapeutes et aux infirmiers dans 17 pays et à d'autres professionnels de santé (nutritionnistes, ergothérapeutes, pharmaciens) dans 11 pays. Enfin, s'il existe des dispositifs de promotion, de conseils ou de prescription de l'activité physique dans 21 pays, ils ne sont totalement financés en tant que composant du système de santé que dans 7 pays. Au-delà du remboursement, il faut distinguer les pays dans lesquels il existe simplement des dispositifs publics de conseils sport-santé (centres publics, sites, programmes délivrés par le personnel soignant) - remboursés ou non - et ceux dans lesquels sont

organisés des programmes d'activité physique - remboursés ou non. A l'heure actuelle, il n'y a que 10 pays européens où il existe une prescription médicale ou paramédicale d'activité physique <sup>2</sup>.

Parmi ces dix pays européens, seuls quatre pays ont mis en place un programme d'envergure nationale : le Danemark, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Suède. Le modèle suédois est considéré comme celui à suivre par l'Union Européenne<sup>3</sup>. Un appel à projet européen lancé fin 2018 portait sur l'évaluation des modalités de transfert de ce dernier et d'un programme italien<sup>4</sup>. Dans les autres pays européens, les programmes d'APA relèvent principalement d'initiatives locales. En Espagne, par exemple, nous n'avons connaissance que d'un programme développé par la communauté autonome de Valence. En Belgique, les séances d'APA sont principalement proposées par les municipalités flamandes. En France, plusieurs initiatives locales référencées par l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) contribuent au développement de l'APA [11].

L'analyse de cette note porte sur les quatre pays ayant mis en place des programmes d'APA à grande échelle (Danemark, Irlande, Royaume-Uni et Suède)<sup>5</sup>. Une analyse indépendante est nécessaire pour chaque nation du Royaume-Uni. En effet, le Service National de Santé, le NHS, a émis des recommandations générales quant aux modalités d'application des ERS. Ces recommandations sont néanmoins appliquées de manière différenciée par les nations constitutives du Royaume-Uni. Au Pays de Galles, le National Exercise Referral Scheme a été mis en place au niveau national ; nous disposons donc d'une information centralisée et homogène. À l'inverse, en Angleterre et en Écosse, les programmes sont organisés de manière locale. Pour l'Angleterre, nous ne disposons pas d'évaluation nationale, mais seulement d'informations sur les programmes locaux. Dans cette étude, nous retenons les exemples des villes de Cambridge et Bristol, du comté du Kent et de la fondation Macmillan Cancer Support. Pour l'Ecosse, nous disposons à l'inverse d'une évaluation nationale ne détaillant pas les modalités locales des programmes mis en place. Pour l'Irlande du Nord, la documentation sur les programmes d'APA mis en place est trop réduite pour que le pays soit intégré à cette analyse.

L'annexe B présente la grille d'analyse développée pour analyser les programmes d'APA. L'annexe C présente en détail l'étude comparative des programmes d'APA européens sur laquelle repose la typologie établie à la section 2.3.

## 2.2 Caractéristiques des programmes européens

Nous pouvons retenir cinq grands types de caractéristiques pour définir les programmes d'APA étudiés dans cette note : le type d'institution à l'origine du programme, la population cible, les modes de coordination et de gestion et le type de financement. Ces différents éléments apparaissent déterminants pour la structuration de l'offre d'APA au sein d'un territoire.

Le choix de la population cible renvoie à la problématique de la personnalisation ou de la standardisation des programmes d'APA, i.e. à leur caractère généraliste ou spécialisé. Le niveau de coordination est susceptible d'influencer l'homogénéité de l'offre d'APA au sein d'un territoire et l'égalité d'accès des patients en terme qualitatif. La question de la gestion publique ou privée renvoie à l'établissement d'un réseau de partenaires labélisés et/ou certifiés pour la réalisation des sessions d'APA avec, une nouvelle fois, la problématique de l'homogénéité et de la qualité de l'offre d'APA au sein du territoire. Le mode de financement soulève évidemment la question de l'accessibilité financière des programmes d'APA pour les patients mais également celle de leur soutenabilité

---

2 Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Irlande, Italie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède. Données HEPA.

3 <https://www.alpine-region.eu/funding-calls/2018-call-proposals-projects>

4 Le programme italien Cardio 50 vise en particulier les pathologies cardio-vasculaires chez les cinquantenaires ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major\\_chronic\\_diseases/docs/ev\\_20180411\\_co04\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/ev_20180411_co04_en.pdf)).

financière, en particulier dans le cas d'une population cible large. Le subventionnement, au moins partiel, du coût des programmes d'APA pour les patients pose également la question de l'effet d'éviction dans la mesure où l'APA encadrée peut se substituer à une pratique autonome de l'activité physique chez certains patients.

- **Le type d'institution à l'initiative du programme**

En Suède et en Irlande, les programmes d'APA sont à l'initiative d'institutions nationales en charge de la santé. Le cas du Royaume-Uni est similaire mais particulier : les recommandations du NHS définissent un cadre général valable sur l'ensemble du territoire mais le choix des modalités d'organisation des programmes d'APA incombe aux gouvernements nationaux (Angleterre, Ecosse, Irlande du Nord et Pays de Galles). Toujours au Royaume-Uni, et en parallèle des programmes nationaux, la fondation Macmillan finance par ailleurs des programmes d'APA pour les patients atteints de cancers. Au Danemark, le programme Good Life with osteo-Arthrite in Denmark (GLA:D) est le produit de l'initiative d'un département de recherche universitaire qui a étendu et standardisé une offre de soin aujourd'hui accessible sur l'ensemble du territoire métropolitain.

- **La population cible**

Une première catégorie de programmes, pouvant être qualifiés d'initiatives spontanées puisque n'émanant pas d'une politique nationale, ne visent qu'un type précis de pathologie. La fondation Macmillan au Royaume-Uni finance des programmes d'APA pour les patients atteints de cancer ; le programme GLA:D a été conçu pour les patients atteints de troubles ostéoarthritiques du genou ou de la hanche. Ce type de programme se situe clairement du côté de la prévention secondaire.

Les programmes d'APA mis en place par les autorités nationales au Royaume-Uni, en Irlande et en Suède sont plus généraux et à destination de patients atteints de maladies chroniques, de maladies mentales ou obèses (IMC supérieur à 30). Certains programmes (Écosse, Pays de Galles, Angleterre) prennent également en charge les personnes à risque de maladie chronique ou en situation de surpoids (IMC entre 25 et 30). La porosité entre prévention primaire et prévention secondaire est notable dans cette deuxième catégorie de programme. Cependant, seul le programme suédois assume cette tendance en faisant du Swedish Physical Activity on Prescription (SPAP) un instrument de lutte contre les effets néfastes de la sédentarité.

Le National Exercise Referral Scheme (NERS) gallois est un cas d'hybridation particulier avec, en plus du programme général, des programmes spécifiques dirigés vers les patients atteints de certaines pathologies chroniques :

- Le NERS après un AVC ;
- Le NERS pour les douleurs lombaires ;
- Le NERS pour les pathologies cardiaques ;
- Le NERS pour le cancer ;
- Le NERS pour les maladies mentales ;
- Le NERS pour une pratique de l'APA lors de la grossesse.

- **La coordination du programme**

Un programme d'APA est considéré comme coordonné nationalement (/localement) si des coordinateurs nationaux (/locaux) surveillent et encadrent son développement. Les programmes nationaux suédois, irlandais et gallois se caractérisent par une double coordination centrale et locale des programmes d'APA. En pratique, les programmes sont organisés par les comtés, mais une instance nationale veille à leur homogénéité et œuvre en faveur d'une coopération inter-comtés. En Écosse et en Angleterre, en l'absence de coordination nationale, la coordination et l'organisation des

programmes sont déléguées aux instances locales, i.e. aux comtés ou aux municipalités selon les cas. Les programmes GLA:D au Danemark et de la fondation Macmillan au Royaume-Uni fonctionnent de manière identique, avec une coordination au niveau de l'instance principale qui gère les multiples applications des programmes à l'échelle locale.

- **Le mode de gestion**

L'organisation des sessions d'APA peut répondre à un mode de gestion public ou privé. La gestion correspond à l'organisation effective du programme et des sessions d'APA. Cela comprend l'emploi des professionnels en charge de l'APA et la réservation/location des locaux dans lesquels se déroulent les sessions.

En Angleterre et en Écosse, les autorités locales collaborent avec des structures tierces (salles de sport et centres sportifs publics ou privées) pour organiser les sessions d'exercice. Dans ces programmes, les coaches et éducateurs sportifs sont embauchés directement par les structures partenaires. Au Danemark, ce sont également des structures privées ou publiques qui organisent le programme élaboré par l'Université du Sud Danemark.

En Irlande, au Pays de Galles et en Suède, les coordinateurs locaux font appel à des coaches sportifs contractuels rémunérés directement par l'administration publique à l'initiative du programme d'APA. L'administration publique est en charge de la coordination et de l'organisation du programme. Les structures dans lesquelles se déroulent les sessions sont à la fois publiques (salles communales, etc.) et privées. En Irlande, les coordinateurs sont en charge de l'optimisation de l'emploi des coaches sportifs et de la location des salles de sport.

- **Le financement**

Un programme d'APA peut être décomposé en trois phases dont les financeurs peuvent être distincts : (1) la consultation ; (2) l'organisation et la coordination du programme ; (3) la réalisation du programme et des exercices.

La consultation est l'acte initial du parcours de soin par lequel le patient s'engage à réaliser une activité physique adaptée à sa ou ses pathologies et conditions de vie. Dans tous les pays, la consultation pour une APA est financée au même titre que les consultations classiques auprès d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste autorisé à prescrire l'activité physique.

En Suède, en Irlande et au Pays de Galles, le financement de l'organisation et de la coordination incombe aux institutions publiques à l'origine du programme. Au Pays de Galles, la dotation publique de 3,4 millions de livres permet de payer la coordinatrice nationale et les 22 coordinateurs nationaux, ainsi que les 96 équivalents temps plein des coaches sportifs. Les locaux sont mis à disposition par des établissements (centres sportifs, salles de sport, etc.) qui récupèrent les deux livres payées par les patients à chaque session. En Angleterre et en Écosse, les autorités locales en charge de l'application des programmes d'APA financent leur organisation. Ces programmes s'appuient sur des structures publiques et privées déjà existantes. Au Danemark, les revenus générés par la formation préalable des kinésithérapeutes encadrant l'APA (facturée environ 50 euros) permettent de financer l'organisation interne de GLA:D qui comprend notamment des tâches de secrétariat (10h/semaine) et de gestion de bases de données (15h/semaine). Le coût des exercices est supporté directement par l'organisateur public ou privé.

Les niveaux de reste à charge des patients varient d'un pays à l'autre. En Suède, le patient a un accès gratuit aux offres d'activité physique adaptée sur prescription. Au Royaume-Uni, une contribution moyenne de 2 ou 3 livres par session d'APA est requise afin de soutenir financièrement l'organisation du programme. Au Danemark, le reste à charge des patients dépend du statut de l'institution à l'origine

du programme d'APA. Lorsque le programme est organisé par une structure privée, le patient paye l'intégralité du programme mais est remboursé à hauteur de 40% en cas de prescription. A l'inverse, les structures publiques prennent intégralement en charge le coût du programme.

**Tableau 1 : synthèse des caractéristiques des programmes d'APA des pays étudiés**

		Angleterre	Ecosse	Danemark	Irlande	Suède	Pays de Galles
<b>Institution</b>	<b>Type</b>	Gouv. Nat.	Gouv. Nat	Université	Gouv.	Gouv.	Gouv. Nat
<b>Mode de coordination</b>	<b>Coordination locale</b>	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	<b>Coordination nationale</b>	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Mode de gestion</b>	<b>Gestion publique</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	<b>Gestion privée</b>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
<b>Population cible</b>	<b>Uni-pathologique</b>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
	<b>Pluri-pathologique</b>	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
<b>Mode de financement</b>	<b>Répartition Public/privé</b>	Mixte	Mixte	Mixte	Mixte	Public	Public
	<b>Reste à charge</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui

Lecture : *Gouv.* Pour « Gouvernement » ; *Gouv. Nat.* Pour « Gouvernement National »

À partir de l'étude croisée des caractéristiques détaillées ci-dessus, nous commençons par exposer une typologie des programmes étudiés.

Un premier ensemble serait composé de l'Irlande, du Pays de Galles et de la Suède. Les programmes d'APA de ces pays se caractérisent par un double mode de coordination national et local et une gestion publique de programmes pluri-pathologiques. Il existe néanmoins des différences entre ces dispositifs. Le pays de Galles a développé un parcours de soin général et plusieurs parcours de soins ciblant des pathologies particulières. Le programme suédois se différencie des autres par un financement purement public et une absence de reste à charge pour les patients.

Un deuxième ensemble serait constitué des programmes anglais et écossais qui sont seulement coordonnés au niveau local. Leur application est gérée par des institutions locales privées et publiques. Ces programmes sont financés à la fois par les secteurs public et privé. Comme pour les programmes du premier ensemble, ces programmes ciblent une population pluri-pathologiques.

Le dernier ensemble est un singleton, il correspond au programme danois GLA:D qui a la particularité d'être un programme strictement uni-pathologique (ostéo-arthrite du genou ou des hanches). Il est coordonné au niveau national par l'institution qui en est à l'initiative, l'Université du Danemark du Sud, et il est appliqué et géré localement par des entités publiques et privées.

## 2.3 Trois grands modèles d'organisation des programmes d'activité physique adaptée

L'étude des modalités de développement des programmes d'APA dans les différents pays européens nous permet de distinguer trois modèles types : le modèle de gestion coordonnée, le modèle de gestion déléguée et le modèle d'initiative spontanée.

- **Le modèle de gestion coordonnée**

Dans ce modèle de gestion, l'État central entreprend la mise en œuvre d'un dispositif de prescription, de remboursement et d'offre de programmes d'activité physique adaptée. Avant toute chose, il évalue la pertinence d'une telle mesure et produit un ensemble de recommandations qui servent de cadre à l'élaboration du dispositif. Le modèle de gestion coordonnée se caractérise par une coordination et une gestion verticale du programme. Le gouvernement, appuyé par les institutions de santé, est à l'initiative du programme. Ce programme est géré à un échelon administratif intermédiaire (collectivité locale) avec une double coordination, une première nationale et inter-collectivités et une seconde intra-collectivité. C'est à ce second niveau de coordination que se prennent les décisions d'organisation. Les administrateurs locaux sont chargés de trouver les structures et de recruter les éducateurs, coachs ou préparateurs physiques/sportifs, de développer le réseau de partenaires, et d'améliorer la cartographie d'offres d'APA pour les personnes non éligibles ou sortant du programme.

Nous identifions à ce modèle de gestion les initiatives suédoises, irlandaises et galloise. Un socle commun de recommandations sert de référence pour la mise en place du Swedish Physical Activity on Prescription en Suède, ou du National Exercise Referral Framework en Irlande. Le cas gallois est intéressant puisqu'il est à mettre en parallèle avec les autres développements des recommandations du NHS au Royaume-Uni. En particulier, l'Écosse et l'Angleterre n'ont pas choisi le même mode de gestion des programmes d'APA.

- **Le modèle de gestion déléguée**

L'État central entreprend la constitution d'un cadre législatif pour un dispositif de prescription, de remboursement et d'offre de programmes d'activité physique adaptée. Par le biais des institutions de santé, il met en place un système de recommandations qui sert de matrice au développement du programme. L'application du programme est ensuite déléguée aux collectivités locales. Dans les cas anglais et écossais, les villes et comtés sont les acteurs majeurs de la mise en œuvre des programmes d'APA. Les administrations locales délèguent ensuite majoritairement l'organisation des sessions dans le cadre de partenariats avec des structures publiques (ville de Bristol) ou privées spécialisées (ville de Cambridge). La grande différence avec le modèle de gestion coordonnée est l'absence d'homogénéité des programmes d'APA sur le territoire national et l'absence de coordination entre les différentes entités qui organisent les programmes d'activités au niveau local - il peut y avoir une coordination intra-collectivité, mais pas inter-collectivités.

- **L'initiative spontanée**

La mise en place d'un programme d'activité physique peut incomber à une institution non étatique, publique ou privée, sans nécessité d'exhaustivité territoriale ou d'universalité. Cela correspond particulièrement à l'exemple danois où le programme GLA:D a été lancé à l'initiative de l'Unité de recherche des Fonctions Musculo-squelettiques et Physiothérapiques de l'Université du Sud Danemark. Ce programme est désormais présent sur l'ensemble du territoire métropolitain danois et a même été adapté dans d'autres pays (Canada, Australie, Chine, etc.). Dans le cas du Royaume-Uni, ce modèle est également valide, puisqu'une des dimensions de l'offre d'APA correspond à l'initiative

de la fondation Macmillan pour le Cancer (une organisation non gouvernementale à but non lucratif) qui finance des programmes d'APA pour des patients atteints du cancer.

Nous pouvons remarquer que ces deux derniers programmes s'adressent à une population précisément déterminée *ex ante* : les personnes atteintes d'ostéo-arthrite ou de cancers. Il faut toutefois noter que tous les programmes uni-pathologique ne relèvent pas de l'initiative spontanée. En effet, au Pays de Galles, l'institution publique prend en charge à la fois des programmes d'APA spécialisés et un programme général selon un mode de gestion coordonnée.

Il apparaît important de préciser que ces trois modèles ne sont pas exclusifs. Au sein d'un même pays plusieurs initiatives peuvent se superposer avec chacune un mode de gestion différent. En sus des initiatives nationales répondant à un mode de gestion coordonné ou délégué, des initiatives spontanées peuvent venir s'agréger pour diversifier l'offre de soins et améliorer les conditions de remboursement pour des populations déterminées. En Angleterre, le mode de gestion délégué permet d'organiser des sessions d'APA généralistes, cette offre ne répondant pas nécessairement aux besoins de tous les patients. Des initiatives spontanées complètent donc l'offre initiale, c'est notamment le cas avec la fondation Macmillan qui propose un soutien particulier aux patients atteints de cancers.

**Tableau 2 : Tableau synoptique des caractéristiques des trois modèles de programmes d'APA**

Caractéristiques du programme	Gestion coordonnée	Gestion déléguée	Initiative spontanée
Dépend d'un programme national	Oui	Oui	Non
Coordination nationale	Oui	Non	Oui / Non
Coordination locale	Oui	Oui	Oui / Non
Organisation locale	Oui	Non	Oui / Non
Réalisation APA	Public / Mixte	Public / Mixte / Privé	Public / Mixte / Privé
Financement coordination	Public	Public	Public / Mixte / Privé
Financement organisation	Public	Public / Mixte / Privé	Public / Mixte / Privé
Financement réalisation	Public / Mixte	Public / Privé	Public / Privé
Reste à charge	Non / Oui [faible]	Non / Oui	Non / Oui

**Note :** La coordination nationale / locale correspond à l'existence d'un coordinateur chargé, à une échelle donnée, du déploiement du programme. L'organisation locale correspond à l'organisation de la réalisation des sessions d'APA par les autorités locales en charge du programme. La réalisation correspond à l'emploi des éducateurs ou coachs sportifs et à la location des locaux. Cela peut impliquer des agents et des locaux publics et/ou privés.

**Lecture :** Présence de l'élément : Oui / Non. Financement : public / privé / mixte (public et privé).

### 3. Quel développement de l'APA en France ?

**Les programmes d'APA mis en place à grande échelle dans les différents pays européens ont aujourd'hui fait la preuve de leur efficacité.** Au Pays de Galles, un essai randomisé contrôlé a montré qu'un programme d'APA de 16 semaines (le NERS) permet d'augmenter significativement le niveau d'activité physique à 12 mois chez l'ensemble des patients, avec un effet renforcé chez les patients présentant un facteur de risque pour les pathologies cardiovasculaires [12]. En Suède, la prescription d'activité physique dans le cadre du SPAP est également associée à une hausse du niveau d'activité physique à 12 mois et à une hausse de la qualité de vie 12 à 24 mois après la prescription [13]. Au Danemark, la participation au programme GLA :D est associée, à 12 mois, à une réduction significative de la douleur chez les patients souffrant d'ostéo-arthrite, à une amélioration de leur qualité de vie et à une hausse de leur niveau d'activité physique.

**L'analyse comparative des programmes effectuée dans cette note a mis en avant des différences importantes d'organisation et de gestion des programmes d'APA en Europe.** Ces différences s'expliquent en partie par la diversité des populations ciblées par les programmes. Certains programmes, comme le GLA :D danois ou le programme de la fondation Macmillan au Royaume-Uni, se sont spécialisés dans la prévention secondaire en ciblant des populations atteintes de pathologies spécifiques. D'autres pays, comme la Suède, ont mis en place des programmes visant une population beaucoup plus large, faisant ainsi des programmes d'APA des outils de prévention primaire et secondaire. Le Pays de Galles a choisi d'établir des programmes distincts en fonction des populations cibles, le NERS étant composé d'un programme général et de programmes spécifiques dirigés vers les patients atteints de certaines pathologies chroniques (AVC, douleurs lombaires, pathologies cardiaques, cancers, maladies mentales). Les différences d'organisation et de gestion des programmes d'APA relèvent également de différences plus profondes dans les logiques d'organisation et de financement des systèmes de santé entre pays. Ce deuxième élément tend à indiquer qu'il n'y a pas d'organisation type des programmes d'APA, celle-ci devant répondre aux caractéristiques locales de l'offre de soins pour assurer le succès du programme.

**L'un des enjeux relatifs à la mise en place d'un ou de programmes d'APA à grande échelle en France concerne la population cible.** La loi de santé 2016 n'a ouvert un cadre réglementaire à la prescription d'APA que dans une perspective de prévention secondaire. La prescription d'activité physique par le médecin généraliste ne concerne en effet aujourd'hui que les patients souffrant d'affections de longue durée (ALD). **Une politique nationale de promotion de l'activité physique nécessiterait néanmoins la mise en place d'un programme en deux volets** à l'image du NERS au Pays de Galles : un programme généraliste d'incitation à l'activité physique auprès des personnes sédentaires ou à risque de pathologies chroniques et un programme ciblant spécifiquement les patients atteints de pathologies chroniques.

#### **1. Les programmes d'activité physique à destination des personnes sédentaires ou à risque de pathologies chroniques pourraient être gérés selon un modèle de gestion déléguée.**

Ces programmes seraient ciblés sur des populations et impliqueraient les structures au contact de ces populations. Les autorités sanitaires (Ministère des Solidarités et de la Santé, HAS...) auraient la charge de la production d'un référentiel national proposant une offre standardisée de programmes d'activité physique. Sur la base de ce référentiel non contraignant, la mise en place et la gestion des programmes d'activité physique seraient déléguées à des structures locales spécialisées dans l'accueil des différentes populations cibles. Les établissements d'enseignement pourraient ainsi mettre en place des programmes d'activité physique en direction des enfants et

adolescents<sup>6</sup>, les EHPAD et clubs de retraités en direction des personnes âgées, les unités de médecine du travail ou entreprises en direction des salariés<sup>7</sup> et les communes en direction du grand public tout âge confondu. La décentralisation très forte de cette offre d'APA permettrait un maillage fin du territoire et l'établissement d'une offre de proximité. Les initiatives locales déjà existantes d'incitation à l'activité physique devraient être renforcées par la mise en place de nouveaux dispositifs après l'adoption du référentiel national. L'extension ou la création de programmes d'activité physique nécessitera un accroissement des financements publics alloués aux structures en charge de ces programmes. Une des questions associées à ce mode de développement de l'APA est celle de l'homogénéité de l'offre et de l'égalité d'accès, notamment d'un point de vue qualitatif, à cette offre entre territoires. Le développement des programmes d'activité physique sur la base des structures existantes risque en effet d'aggraver des inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins. La répartition des financements publics additionnels, mobilisés dans le cadre du développement des programmes d'activité physique, devra donc veiller à compenser les inégalités locales de ressources financières entre structures. Enfin, l'allocation de ces financements additionnels devrait prendre en compte les caractéristiques géographiques des territoires et les caractéristiques sociodémographiques et économiques des populations y résidant, ces différents facteurs influençant le coût par patient des programmes.

**2. Les programmes d'activité physique visant les patients atteints de pathologies chroniques pourraient être organisés selon un modèle plus proche de la gestion coordonnée.** Ces programmes seraient ciblés sur des pathologies plutôt que sur des populations.

a) La mise en place de ces programmes nécessiterait l'établissement préalable de référentiels de prescription et de prise en charge spécifiques à chaque pathologie. Concernant les référentiels de prescription, la HAS a publié en octobre 2018 un guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive en direction des médecins [15]. Ce guide a été complété par 6 référentiels précisant les modalités de prescription de l'activité physique pour le surpoids et l'obésité de l'adulte, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, la maladie coronaire stable, la bronchopneumopathie chronique obstructive et les accidents vasculaires cérébraux. Au-delà de ces référentiels de prescription, des référentiels de prise en charge doivent également être produits. Ces référentiels établiraient, par pathologie, des programmes d'APA type s'appuyant sur les expériences étrangères évaluées ou les référentiels existants : exercices à réaliser, intensité, fréquence, durée du programme, type de personnel encadrant et modalités des visites d'aptitude et de suivi. Ces référentiels pourraient être validés ou produits par la HAS ou le ministère des Solidarités et de la Santé en actualisant le travail déjà réalisé dans le cadre de l'expertise collective de l'INSERM ("Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques"). La production de ces référentiels pourrait également s'appuyer sur le travail de recensement opéré par le dictionnaire Médicosport-Santé© validé par la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) et la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES). Pour chaque

---

<sup>6</sup> Deux mesures du 2<sup>ème</sup> comité interministériel pour la santé de mars 2019 visent à promouvoir les activités sportives auprès des enfants dans un cadre scolaire : le Plan « J'apprends à nager dès 4 ans » et la mise en place de « classes confiance sport » articulant cours et pratique d'activité physique.

<sup>7</sup> Le 2<sup>ème</sup> comité interministériel pour la santé a adopté une série de mesures visant à développer la pratique d'activités physiques en milieu professionnel dont la promotion de conciergeries sportives dans les entreprises et administrations.

discipline sportive, ce dictionnaire recense les caractéristiques de la pratique et les conditions de son adaptation dans le cadre du sport-santé.

- b) La mise en place et la gestion des programmes d'APA seraient ensuite déléguées aux ARS. Les ARS seraient chargées de développer et de certifier le réseau de structures partenaires selon un cahier des charges établi au niveau national : des associations sportives accueillant des patients avec des pathologies « légères » pour lesquels une supervision par un éducateur sportif formé à l'APA est suffisante et des structures de sport-santé accueillant des patients nécessitant un encadrement par des professionnels de santé formés à l'APA, en particulier des kinésithérapeutes<sup>8</sup>.
- c) Après l'établissement d'un référentiel de formation national, les ARS pourraient également coordonner localement la formation en direction des médecins prescripteurs, des personnels encadrant l'APA (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs sportifs et) et, éventuellement, des personnels en charge des évaluations médicale, physique et motivationnelle pour les patients nécessitant une évaluation spécialisée. La formation à la prescription de l'APA pourrait être intégrée dans le cursus universitaire des étudiants en médecine ou professions de santé et faire l'objet de programme de formation continue pour les médecins déjà installés. Concernant la formation des professionnels en charge de l'APA, l'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du Code de la santé publique définit le type de professionnels pouvant encadrer les APA en fonction du degré de limitations fonctionnelles des patients en ALD. Les professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens), parfois en coopération avec des enseignants en APA, restent seuls habilités à encadrer des APA en direction des patients présentant des limitations fonctionnelles sévères. Les professionnels du sport (éducateurs sportifs, titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel, titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel) sont uniquement habilités à dispenser des APA auprès de patients présentant une absence de limitation fonctionnelle ou des limitations minimales<sup>9</sup>. Ces professionnels du sport constituent un ensemble hétérogène de par leurs formations, leurs qualifications et leurs domaines privilégiés d'intervention. La généralisation des programmes d'APA en direction des patients en ALD nécessite une harmonisation du référentiel de formation des professionnels du sport amenés à encadrer les APA auprès de patients ayant des limitations fonctionnelles légères. L'établissement d'un référentiel commun de formation pourra s'appuyer sur les recommandations de l'expertise collective INSERM relatives aux compétences des intervenants en activité physique adaptée<sup>10</sup> [4] et sur le référentiel d'activité et de

---

<sup>8</sup> Parmi les mesures annoncées lors du 2<sup>ème</sup> comité interministériel pour la santé de figure la labélisation de 100 maisons Sport-Santé en 2019. Cette labélisation peut être opérée au niveau régional par le Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) dans le cadre d'un partenariat avec l'ARS, le Conseil Régional et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS). Voir par exemple la procédure de labélisation mise en place par le CROS des Pays de la Loire (<http://www.sport-sante-paysdelaloire.fr/label-sport-sante-1>).

<sup>9</sup> L'intervention de ces professionnels du sport peut également être envisagée auprès de patients présentant des limitations modérées à condition qu'ils interviennent dans un cadre pluridisciplinaire.

<sup>10</sup> Activité physique : Prévention et traitements des maladies chroniques. Expertise collective, Inserm, 2019, p. 781-782.

compétences de l'enseignant en activité physique adaptée produit par la Société Française des Professionnels en Activité<sup>11</sup> [16].

**A titre de comparaison, d'autres pays européens ont également distingué les niveaux de compétences requis pour les intervenants en APA en fonction du type de patients et de leurs limitations fonctionnelles.**

- En Irlande, les APA auprès des patients les plus à risques (catégorie A) doivent être réalisées en centres spécialisés en présence de professionnels de santé, i.e. des médecins ou autres professionnels de santé formés aux soins avancés en réanimation cardiorespiratoire. Les APA auprès des patients atteints de pathologies chroniques, mais présentant un risque plus faible lié à l'activité physique (catégorie B), peuvent être réalisées dans des salles de sport ou dans le cadre de programmes communautaires sans nécessité de supervision par un professionnel de santé. Pour les patients de la catégorie A, le niveau minimal de formation exigé pour le prestataire principal de l'APA, i.e. la personne en charge du contenu et de la supervision du programme, correspond au niveau 7 de qualification du « European Qualification Framework » en science de l'exercice, physiothérapie, soins infirmiers ou management des maladies non transmissibles. Un niveau de formation 6 peut également être accepté sous condition d'une expérience ou formation clinique additionnelle, par exemple en soins avancés en réanimation cardiorespiratoire. Pour les patients de la catégorie B, le niveau minimal de qualification correspond au niveau 6. Pour les deux types de patients, il est par ailleurs recommandé que les instructeurs d'APA aient un niveau de qualification 3 défini par le « European Health and Fitness Association ».
  - Dans le cadre du NERS au Pays de Galles, des professionnels du sport de niveau 3 au « Register of Exercise Professionals » sont chargés de la réalisation des sessions d'APA auprès des populations à « faible risque », i.e. les patients à risque de développement de pathologies chroniques et ayant besoin de soutien pour augmenter leur niveau d'activité physique. Un niveau de qualification 4 au « Register of Exercise Professionals » est lui requis pour les professionnels du sport encadrant les sessions spécialisées pour les populations « à risque » ayant recours à l'APA dans le cadre de leur programme de rééducation ou du traitement d'une pathologie chronique.
- d) Les ARS seraient également chargées de coordonner l'offre d'APA en direction des personnes en ALD au sein de leur territoire et de centraliser les informations sur les programmes d'APA à destination des (médecins) prescripteurs et des patients. Une information centralisée, structurée et exhaustive sur les offres locales d'APA et leur évolution est en effet susceptible d'augmenter l'adhésion des médecins à la prescription d'APA et de favoriser l'adhésion et l'observance des patients. C'est en ce sens que le 2<sup>ème</sup> comité interministériel pour la santé a décidé de la mise en place d'ici 2021 d'une plateforme en ligne recensant les offres d'APA orientées vers les différents publics atteints de pathologies chroniques.

---

<sup>11</sup> En particulier la section « Situation professionnelle type n°3 : L'Enseignant en APA intervenant dans le secteur sanitaire en affections de longue durée et réseaux de santé ». Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault, M. (2016). Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Paris, p. 62-69.

- e) **Au niveau national, des comités de travail inter-ARS pourraient être chargés d'évaluer les programmes par population et par pathologie, tant pour l'évaluation clinique - incluant l'adhésion – que pour l'évaluation économique.** Des expérimentations pourraient être mises en place pour tester les modalités pratiques favorisant l'adhésion des médecins prescripteur et des patients aux programmes d'APA.
- f) Dans le cadre d'une prescription par le médecin, ces programmes d'APA pourraient être ouverts à une **prise en charge partielle**, par exemple sous forme contractuelle, par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Une partie du coût de ces programmes pourrait également être prise en charge par les complémentaires santé. La prise en charge par l'AMO nécessiterait alors une régulation des prix, pour éviter les effets d'aubaine.

#### 4. Conclusion et perspectives

Cette note a permis de caractériser les programmes d'APA dans les pays européens pour les populations malades (chroniques ou pas) pour lesquelles ces programmes sont les plus efficaces. Autour des initiatives et des outils déjà développés en France, en s'appuyant sur la volonté clairement marquée des pouvoirs publics de s'engager dans cette voie, cette note permet de mettre en perspective les développements que pourraient connaître ces programmes en France. Parmi les retours d'expérience les plus pertinents, on note que d'après les résultats des évaluations disponibles, notamment en Suède, la diminution des bénéfices des programmes d'APA est significative après l'arrêt des programmes supervisés. Si les responsables de programmes déjà engagés en France, notamment pour les malades chroniques, font le même bilan (ce qui reste à prouver), il convient donc de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans cet abandon, puis mettre en place dès la conception du programme des mesures permettant d'assurer la pérennité des bénéfices. L'économie comportementale, fondée sur les résultats de la psychologie, permet aujourd'hui de mieux comprendre les choix individuels et pourrait ici être mobilisée pour étudier ces mécanismes de relâche, voire d'abandon à l'issue du programme supervisé. Une analyse en choix discret (*Discrete Choice Experiment* -DCE) permettrait ainsi d'identifier les modalités des programmes qui seraient susceptibles de favoriser un changement à long terme dans la pratique d'activité physique chez les patients, l'une des pistes les plus porteuses étant la création durable et organisée de groupes de pairs.

## Bibliographie

1. Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y. D., Lee, M. C., ... & Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*, 378(9798), 1244-1253.
2. Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25(S3), 1-72.
3. Speck, R. M., Courneya, K. S., Mâsse, L. C., Duval, S., & Schmitz, K. H. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(2), 87-100.
4. *Activité physique : Prévention et traitements des maladies chroniques. Expertise collective*, Inserm, 2019.
5. Guillon, M., Rochaix, L., & Dupont, J. (2018). Cost-effectiveness of interventions based on physical activity in the treatment of chronic conditions: a systematic literature review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 34(5), 481-497.
6. Haute Autorité de Santé (2011). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées.
7. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 144.
8. F. Bull, K. Milton, and Kahlmeier S. Health-enhancing physical activity (hepa) policy audit tool (pat). Technical report, World Health Organization, 2015.
9. Physical activity factsheets. for the 28 european union member states of the who european region. Factsheet, World Health Organization, 2018.
10. Promoting physical activity in the health sector – current status and success stories from the european union member states of the who european region. Technical report, World Health Organization, 2018.
11. ONAPS (2017). Sport santé sur ordonnance - Contexte et exemples de mise en œuvre.
12. Murphy, S. M., Edwards, R. T., Williams, N., Rissanen, L., Moore, G., Linck, P., ... & Moore, L. (2012). An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative. *J Epidemiol Community Health*, 66(8), 745-753.
13. Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), 443-452.
14. Skou, S. T., & Roos, E. M. (2017). Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA: D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 72.

15. Haute Autorité de Santé (2018). Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes.
16. Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault, M. (2016). Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Paris.

## Annexe A : Méthodologie

### A.1 Définition de l'objet d'étude

Nous étudions dans cette note des *programmes d'activité physique adaptée*. L'activité physique adaptée correspond à la réalisation (une pratique) encadrée d'exercices physiques calibrés en intensité et en durée, en fonction de l'état de santé des participants. Le rapport d'expertise collective de l'INSERM [4] définit l'activité physique adaptée comme « une activité physique et sportive adaptée aux capacités de personnes à besoins spécifiques (atteintes de maladies chroniques, vieillissantes, en situation de handicap ou vulnérables), au risque médical, aux besoins et aux attentes des pratiquants et, le cas échéant, aux indications et contre-indications du médecin traitant. Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins spécifiques des individus et concevoir avec eux des dispositifs et des projets d'intervention qui mobilisent des compétences d'enseignement des activités physiques sportives ou artistiques adaptées à des fins de prévention, de réadaptation, de réhabilitation, de (ré)insertion, d'inclusion, d'éducation ou de participation sociale. Son objectif ne se résume pas à rendre la pratique accessible, mais à créer les conditions du développement d'un projet personnel d'activité physique durable, qui s'intègre au parcours de vie des individus ».

### A.2 Pays étudiés

La note porte uniquement sur des programmes d'APA européens. Il s'agit en effet de comprendre comment fonctionnent les programmes européens afin d'engager une réflexion sur les modalités de transferts de ceux-ci en France. Un préalable à l'analyse des programmes européens d'APA est la prise de connaissance du contexte français. Il existe actuellement en France, différents programmes d'APA organisés de manière spontanée par des collectivités locales [11]. Cependant, aucune de ces initiatives ne correspond à des programmes à grande échelle.

### A.3 Recensement les programmes d'APA en Europe

Afin d'avoir une vue d'ensemble des programmes européens existants, les différentes politiques de sport-santé des pays européens ont été analysées. L'étude conjointe de la Commission européenne et de la section Europe de l'OMS, menée à partir de l'audit HEPA, a constitué un point de départ, puisqu'elle recense les pays dans lesquels il y existe des programmes d'APA.

### A.4 Sélection des programmes à étudier

Nous avons choisi de travailler sur des programmes complets et structurés et non sur des initiatives isolées qui ne correspondent pas des programmes nationaux. Par ailleurs, du fait de la faible documentation en anglais ou en français, les programmes des Flandres belges (néerlandais), d'Autriche (allemand) et de Slovénie (slovène) n'ont pas pu être étudiés. Néanmoins, les documents qui ont pu être consultés indiquent que les programmes flamands et slovènes ne sont pas le produit d'initiatives nationales.

*In fine* nous retenons comme principaux cas d'étude les programmes danois, irlandais, suédois et britanniques.

### A.5 Définition du corpus

Afin de mener cette étude, nous avons analysé des matériaux divers. Parmi les différents types de documents, nous pouvons distinguer la littérature scientifique de la documentation administrative et de la littérature grise. Après consultation de la littérature, des entretiens téléphoniques ont été menés

avec les responsables des programmes d'APA des différents pays étudiés. L'objectif de ces entretiens téléphoniques était de compléter les informations obtenues à partir de l'analyse de la littérature.

Les informations disponibles sur les programmes d'APA varient en fonction du type de documents consulté. La littérature scientifique regroupe principalement les résultats d'essais randomisés contrôlés visant à évaluer l'efficacité ou le caractère coût-efficace des programmes d'APA. Des évaluations qualitatives de programmes d'APA spécifiques sont également disponibles dans la littérature scientifique. La littérature produite par les administrations porte davantage sur les modalités d'organisation des programmes. Il s'agit principalement de recommandations, d'évaluations et de descriptifs détaillés des programmes d'APA.

#### A.5.1 La littérature scientifique

Différentes bases de données bibliographiques, en particulier PubMed, ont été interrogées en utilisant une combinaison de cinq catégories de mots-clés :

- Thématique générale de l'APA, de la prescription et du remboursement du sport sur ordonnance : *physical activity ; exercise referral scheme ;*
- Noms de programmes nationaux : *Exercise Referral Scheme (ERS) ; National Exercise Referral Scheme (NERS) ; National Exercise Referral Framework (NERF) ; Swedish Physical Activity on Prescription (SPAP) ; Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D) ;*
- Noms des pays d'étude : *Denmark ; England ; Ireland ; Scotland ; Sweden ; United Kingdom ;*
- Termes relatifs à l'économie de la santé : *cost-effectiveness ; economics ; effectiveness ; efficiency ; evaluation ;*
- Méthodes employées : *randomized controlled trial (RCT) ; systematic review.*

A l'issue des recherches bibliographiques, 32 articles ont été identifiés. Parmi ceux-ci, figurent cinq revues de littératures systématiques. La majorité des articles identifiés évaluent l'efficacité clinique des programmes d'APA (14) alors que trois articles seulement évaluent leur caractère coût-efficace. Les articles restants concernent des études comportementales sur l'adhésion des patients au programme, sur les modalités de prescription ainsi que sur les problèmes d'organisation rencontrés.

#### A.5.2 La documentation administrative

La première étape pour la collecte de la littérature grise a consisté à identifier les sites des producteurs de cette littérature. Nous avons ainsi consulté les sites des agences nationales ou locales en charge des programmes d'APA. Trois types de documents ont été identifiés dans la littérature grise : (1) les recommandations nationales, (2) les évaluations – *ex ante* et *ex post* –, (3) les descriptifs de programmes.

##### Les recommandations

Toutes les instances publiques à l'origine des programmes d'APA rédigent un ensemble de recommandations ayant pour but de définir le programme d'APA et d'assurer une cohérence ou une uniformité nationale du programme.

##### Les évaluations

Les organisations en charge de la mise en œuvre des programmes d'APA publient généralement les évaluations *ex ante* qui ont permis d'établir l'efficacité des programmes d'APA. Des évaluations *ex post*, réalisées tout au long de déroulement du programme, sont également disponibles dans certains pays.

## Les descriptifs des programmes

Les instances en charge des programmes d'APA produisent également des documents qui décrivent le fonctionnement de ces programmes. Nous pouvons distinguer trois types de descriptifs : (1) les documents internes destinés aux coordinateurs locaux, (2) la documentation destinée au personnel soignant et encadrant de l'APA, (3) et celle destinée aux patients.

### A.5.3 Les entretiens

Afin de compléter les informations obtenues dans la littérature, nous avons contacté les personnes en charge des différents programmes étudiés. Un ensemble de questions leur a été adressé concernant les programmes d'APA. Le processus a abouti avec les responsables des programmes gallois (NERS) et danois (GLA:D).

## Annexe B : Grille d'analyse des programmes d'APA

Nous pouvons distinguer sept caractéristiques majeures des programmes d'APA : (1) l'institution à l'initiative du programme, (2) les principes structurant le programme (avant et pendant la mise en œuvre), (3) les financeurs et modalités de financement, (4) la ou les population(s) cible(s), (5) le personnel engagé, (6) le parcours de soins, (7) les modalités pratiques de mise en place de l'activité physique adaptée.

### B.1 Les caractéristiques de l'institution à l'initiative du programme

Un programme d'activité physique adaptée est mis en place par une institution – publique ou privée – ou un ensemble d'institutions – dans le cadre d'un partenariat public privé notamment. Nous spécifions le type et le nom (label) de l'institution à l'origine du programme avant de préciser l'échelle de cette institution (nationale, régionale, municipale).

### B.2 Les principes structurant le programme

Nous commençons par déterminer si la mise en œuvre du programme a été précédée par une évaluation *ex ante* et la production de recommandations. Puis nous observons les conditions de déploiement et d'organisation du programme, *i.e.* s'il y a une coordination dans la mise en place du programme. Lorsque cela est le cas, nous déterminons s'il s'agit d'une coordination nationale et/ou locale, ou s'il s'agit d'une organisation spontanée et autonome du programme à partir des recommandations réalisées par une agence de santé nationale.

Les programmes d'APA s'appuient-ils sur des professionnels de santé formés au préalable ? Une formation *ad hoc* a-t-elle été mise en place pour ces professionnels de santé ? La question du contexte dans lequel les programmes d'APA sont mis en œuvre est importante. Le niveau de formation académique des professionnels de santé et des éducateurs ou coachs sportifs est un point crucial. Nous distinguons deux situations : le cas où le personnel soignant a été formé à l'APA durant son cursus universitaire et le cas où il bénéficie d'une formation complémentaire spécifique au programme d'APA.

Nous étudions ensuite l'existence d'un processus d'évaluation du programme. Dans ce cadre, nous caractérisons l'institution en charge et la périodicité de l'évaluation.

Enfin, il est nécessaire de s'interroger sur l'articulation des programmes d'APA avec la politique générale de santé publique. Si le programme d'APA s'inscrit dans une politique de santé publique plus large, il nous faut déterminer quels volets composent cette dernière. Nous retenons les orientations

suivantes : sport/santé et éducation/scolarité, sport/santé et nutrition, sport/santé et mobilité, sport/santé et travail.

### B.3 Les financeurs et modalités de financement

Nous distinguons trois phases du programme qui peuvent engager des financeurs différents et dont les modalités de financement peuvent varier : (1) l'organisation et la coordination du programme, (2) la consultation des personnels de santé en charge de la prescription de l'APA et (3) la mise en place des exercices. Pour chacune de ces phases, nous déterminons s'il s'agit de financeurs publics ou privés, la répartition du financement entre ces acteurs et le coût supporté par le patient.

### B.4 Les populations cibles

Avant de référencer les critères d'accès aux programmes, nous regardons si la population cible est segmentée en fonction de caractéristiques déterminant l'intensité du parcours de soin. Afin de mieux cibler la population bénéficiaire des programmes d'APA, les institutions de santé à l'origine des recommandations de bonnes pratiques objectivent les types de patients potentiels. Les différents programmes nationaux se fondent sur une répartition tripartite de la population afin d'optimiser le ciblage. Les patients les moins vulnérables doivent bénéficier de brefs conseils, ceux présentant des risques de surpoids, en lien avec la sédentarité, doivent être conseillés et incités à avoir une activité physique personnelle. Une dernière frange de la population – celle atteinte de pathologies chroniques – doit être référée directement aux programmes d'activité physique.

Les critères de recrutement de la population cible peuvent être les suivants : avoir une maladie chronique, avoir un risque de maladie chronique, être en surpoids (Indice de Masse Corporelle - IMC - entre 25 et 30) ou obèse (IMC supérieur à 30), être en traitement pour une addiction (après une cure pour consommation d'alcool ou de drogue) ou pour un cancer. Sur la base de ces critères de recrutement, nous distinguons deux types de programmes : (1) ceux visant des populations précises, atteintes de pathologies spécifiques et (2) ceux visant des populations plus larges, atteintes de maladies chroniques diverses ou simplement à risque.

### B.5 Le personnel engagé

Nous distinguons le personnel de santé (médecins, infirmiers, physiothérapeutes, etc.) ; en notant s'il est habilité à prescrire l'activité physique adaptée ; du personnel encadrant l'APA (physiothérapeutes ou éducateurs/coachs sportifs), et des coordinateurs du programme ; dans le cas où des personnes sont responsables de la coordination des programmes d'APA au niveau local et au niveau national.

### B.6 Le parcours de soin

Premièrement, nous déterminons les modes de recrutement des patients : consultations, recommandations, publicité. Puis nous identifions les programmes pour lesquels une consultation et une prescription sont une première étape nécessaire avant l'évaluation de la condition de santé du patient (évaluation médicale et évaluation d'un spécialiste de l'activité physique).

Les modalités de suivi sont ensuite décrites : un suivi des patients bénéficiant de l'APA est-il assuré au cours du programme ? Si oui, quelle est sa récurrence et sur quels critères porte-t-il ? Nous distinguons le suivi médical du suivi du professionnel de l'activité physique.

Les conditions de sortie du programme sont ensuite analysées : quelle est la durée standard du programme ? Peut-il être reconduit ? La sortie du programme est-elle conditionnelle à l'atteinte d'objectifs préétablis ?

Enfin, nous observons si les institutions à l'origine du programme mettent en place des mesures pour maintenir les effets du programme à long terme par des mécanismes incitatifs ; notamment des aides

financières ou d'un autre ordre ; et si ces institutions favorisent la constitution et la pérennisation de groupes et de structures pour la réalisation d'une activité physique indépendante.

### B.7 Les modalités de mise en place

Nous distinguons deux objets, le lieu dans lequel se déroule l'activité physique et le type de personnel encadrant. Pour le lieu, nous regardons si celui-ci varie en fonction des activités proposées et si certains lieux sont adaptés à l'accueil des personnes à mobilité réduite. Différents types de lieux sont distingués : les lieux en intérieur et en extérieur, les locaux publics et les locaux privés. Enfin, pour le personnel encadrant, nous distinguons les agents publics, les contractuels et prestataires et les salariés du privé.

1	<b>Institution à l'origine du programme</b>	
<b>Caractéristiques</b>	Nature	Echelle
<b>Modalités</b>	Publique Privée	Nationale Locale

2	<b>Principes structurant le programme</b>					
	<b>Evaluation et recommandations</b>			<b>Conditions de déploiement du programme</b>		<b>Formation</b>
<b>Caractéristiques</b>	Etudes <i>ex ante</i>	Etudes <i>ex post</i>	Périodicité	Coordination entre programmes locaux	Organisation des sessions d'APA par l'institution coordinatrice	Type de formation
<b>Modalités</b>	Évaluation ex ante Recommandations	Evaluation <i>ex post</i>	Dates d'évaluation	Centrale / Locale/ Aucune	Oui / Non	Formation <i>ad hoc</i> / Formation universitaire pour le personnel soignant / Formation universitaire pour les professionnels de l'APA

3	<b>Financements &amp; Financeurs</b>						
	<b>Coordination &amp; Organisation</b>		<b>Consultation d'entrée dans le programme</b>		<b>Rémunération des professionnels de l'APA et location des locaux</b>		<b>Reste à charge pour le patient</b>
<b>Caractéristiques</b>	Type	Répartition	Type	Répartition	Type	Répartition	Montant
<b>Modalités</b>	Public / Privé / Mixte	%	Public / Privé / Mixte	%	Public / Privé / Mixte	%	% / Prix

4	<b>Population(s) cible(s) du programme</b>					
	<b>Segmentation de la population</b>		<b>Pathologie(s) cible(s)</b>			<b>Autres objectifs</b>
<b>Caractéristiques</b>	Existence	Catégories de segmentation	Condition : au moins une maladie chronique déclarée	Risque de maladie chronique	Types de pathologies	Types d'objectifs
<b>Modalités</b>	Oui / Non	Nombre et types	Oui / Non	Oui / Non	Maladies chroniques / Maladies mentales / Obésité / Surpoids / Cancers / Addictions	Sédentarité / Sociabilité

5	<b>Personnel engagé</b>		
<b>Caractéristiques</b>	Prescripteur	Encadrant APA	Coordinateur

<b>Modalités</b>	Médecins / Infirmiers / Physiothérapeutes / Autres	Physiothérapeutes ou kinésithérapeutes / Educateurs ou coachs sportifs	National / local
------------------	---	--	------------------

6	<b>Parcours de soin</b>							
	<b>Mode de recrutement du public</b>	<b>Consultation</b>	<b>Evaluation</b>	<b>Modalités de suivi</b>		<b>Sortie du programme</b>		
<b>Caractéristiques</b>	Types	Consultation médicale nécessaire	Évaluateur	Personne effectuant le suivi	Récurrence suivi prescripteur	Durée du programme	Type d'incitation à la poursuite d'une AP	Validation d'objectif
<b>Modalités</b>	Publicité / Recommandation personnel de santé / Consultation médecin	Oui / Non	Médecin / Educateur APA	Médecin / Educateur APA	Récurrence	Durée	Incitations financières / non financières	Oui / Non

7	<b>Modalités de mise en place de l'APA</b>		
	Lieu		Personnel encadrant
<b>Caractéristiques</b>	Type de lieu	Nature du lieu	Type
<b>Modalités</b>	Lieu adapté / extérieur / intérieur	Local public / Local privé	Agent public / Contractuel ou prestataire / Salarié (privé)

Tableau B1 : Principales caractéristiques des programmes d'APA

## Annexe C : Étude comparée des programmes européens

### C.1 Les caractéristiques de l'institution à l'initiative du programme

En Suède et en Irlande, les programmes d'APA sont à l'initiative d'institutions nationales en charge de la santé. Au Danemark, le programme Good Life with osteo-Arthrite in Denmark (GLA:D) est le produit de l'initiative d'un département de recherche universitaire qui a étendu et standardisé une offre de soin aujourd'hui accessible sur l'ensemble du territoire métropolitain. Le cas du Royaume-Uni est particulier, les recommandations du NHS définissent un cadre général valable sur l'ensemble du territoire, mais le choix des modalités d'organisation des programmes d'APA incombe aux gouvernements nationaux (Angleterre, Ecosse, Irlande du Nord et Pays de Galles).

<b>Pays</b>	<b>Danemark</b>	<b>Irlande</b>	<b>Royaume-Uni</b>	<b>Suède</b>
<b>Type d'institution à l'initiative</b>	Université	Gouvernement	Gouvernements nationaux	Gouvernement

Tableau C1 : Caractéristiques des institutions à l'origine des programmes d'APA

### C.2 Les principes structurant le programme

#### *L'évaluation ex ante*

Tous les programmes étudiés se basent sur des essais randomisés contrôlés. Leurs conclusions relatives au caractère coût-efficace des programmes d'APA sont satisfaisantes. Dans tous les pays, l'évaluation positive de l'efficacité du programme est un préalable nécessaire à sa généralisation.

#### *Les recommandations*

Toutes les institutions nationales à l'initiative du programme produisent un ensemble de recommandations. Par l'intermédiaire du NHS, ces recommandations sont communes aux nations constitutives du Royaume-Uni.

#### *Les conditions de déploiement et d'organisation*

Les cas suédois, irlandais et gallois se caractérisent par une double coordination centrale et locale des programmes d'APA. En pratique, les programmes sont organisés par les comtés, mais une instance nationale veille à leur homogénéité et œuvre en faveur d'une coopération inter-comtés. En Écosse et en Angleterre, il n'y a pas directement de coordination nationale, la coordination et l'organisation des programmes sont déléguées aux instances locales, i.e. aux comtés ou aux municipalités selon les cas. Les programmes GLA:D et de la fondation Macmillan fonctionnent de manière identique, avec une coordination au niveau de l'instance principale qui gère les multiples applications des programmes à l'échelle locale.

Pays	Angleterre	Danemark	Ecosse	Irlande	Pays de Galles	Suède
<b>Coordination nationale</b>	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
<b>Coordination locale</b>	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	oui

Tableau C2 : Coordination des programmes d'APA

### *L'évaluation ex post*

En Suède et Irlande, les institutions en charge de l'organisation du programme sont également tenues de l'évaluer. Au Danemark, la collecte d'information est inhérente au programme et constitue l'un des deux volets du programme GLA:D avec la réalisation des exercices. Au Royaume-Uni, le Pays de Galles et l'Écosse mettent en place des évaluations. Toutes ces évaluations sont menées conjointement avec des départements universitaires spécialisés en sport-santé.

### *La formation*

Dans les pays étudiés, les éducateurs sportifs bénéficient tous d'une formation universitaire en sport-santé. Le personnel de santé en charge de la prescription de l'APA est également formé au sport-santé dans le cadre du cursus universitaire classique au Danemark, en Irlande et au Royaume-Uni.

En Suède, en l'absence de formation universitaire, les formations *ad hoc* se révèlent déterminantes pour l'adhésion des personnels de santé (les médecins notamment) et donc pour la réussite du programme. Au Danemark, tous les professionnels de santé engagés dans le programme GLA:D doivent suivre une formation de deux jours dispensée par l'unité de recherche universitaire à l'initiative du programme.

Pays	Danemark	Irlande	Royaume-Uni	Suède
<b>Formation ad hoc</b>	Oui	Non	Non	Oui
<b>Formation universitaire du personnel de santé</b>	Oui	Oui	Oui	Non
<b>Formation universitaire des éducateurs sportifs</b>	Non connu	Oui	Oui	Oui

Tableau C3 : Formation des personnels en charge de la prescription et de la supervision de l'APA

### *Politiques de santé*

Deuxième composante du contexte à prendre en compte, l'existence de politiques de santé plus générales. Dans tous les pays considérés, les programmes d'APA font partie d'une politique de santé plus générale qui comprend des volets éducation, nutrition, mobilité, et travail<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Source HEPA, OMS EU et la Commission européenne.

### Temporalité

La Suède, qui lancé son programme d'APA il y a près de 20 ans (2001), fait figure de précurseur. Le Royaume-Uni a suivi avec l'établissement de son programme d'APA en 2006. Le développement des programmes d'APA a été plus tardif au Danemark (2013) et en Irlande (2018).

Danemark	Irlande	Royaume-Uni	Suède
2013	2018	2006	2001

Tableau C4 : Date de début des programmes de prescription d'activité physique adaptée

### C.3 Les financeurs et modalités de financement

#### La consultation

La consultation est l'acte initial du parcours de soin par lequel le patient s'engage à réaliser une activité physique adaptée à sa ou ses pathologies et conditions de vie. Dans tous les pays, la consultation pour une APA est financée au même titre que les consultations classiques auprès d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste (détail des personnes habilités à prescrire de l'APA dans la section C.5).

#### L'organisation et la coordination

En Suède, en Irlande et au Pays de Galles, le financement de l'organisation et de la coordination incombe aux institutions publiques à l'origine du programme. Au Pays de Galles, la dotation publique de 3,4 millions de livres permet de payer la coordinatrice nationale et les 22 coordinateurs nationaux, ainsi que les 96 équivalents temps plein des coachs sportifs. Les locaux sont mis à disposition par des établissements (centres sportifs, salles de sport, etc.) qui récupèrent les deux livres payées par les patients à chaque session. En Angleterre et en Écosse, les autorités locales en charge de l'application des programmes d'APA financent leur organisation. Ces programmes s'appuient sur des structures publiques et privées déjà existantes. Au Danemark, les revenus générés par la formation préalable des kinésithérapeutes encadrant l'APA (facturée environ 50 euros) permet de financer l'organisation interne de GLA:D qui comprend notamment des tâches de secrétariat (10h/semaine) et de gestion de bases de données (15h/semaine). Cette formation est). Le coût des exercices est supporté directement par l'organisateur public ou privé.

Pays	Danemark	Irlande	Suède	Angleterre	Pays de Galles	Écosse
Financement	Mixte*	Mixte	Public	Mixte	Public	Mixte

\* Public et privé

Tableau C5 : Types de financement des programmes d'APA

#### Restes à charge des patients

Sur ce point, les stratégies sont différentes d'un pays à l'autre. En Suède, le patient a un accès gratuit aux offres d'activité physique adaptée sur prescription. Au Royaume-Uni, une contribution moyenne de 2 ou 3 livres par session d'APA est requise afin de soutenir financièrement l'organisation du programme. Au Danemark, le reste à charge des patients dépend du statut de l'institution à l'origine du programme d'APA. Lorsque le programme est organisé par une structure privée, le patient paye l'intégralité du programme mais est remboursé à hauteur de 40% en cas de prescription. A l'inverse, les structures publiques prennent intégralement en charge le coût du programme.

Pays	Danemark	Irlande	Royaume-Uni	Suède
<b>Reste à charge</b>	Structures privées : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % en l'absence de prescription</li> <li>• 60 % si prescription</li> </ul> Structures publiques : 0 %	Non connu	Oui (2 à 3 £/session)	Aucun

Tableau C6 : Restes à charges des patients

## C.4 Populations cibles

### *Âge minimum*

Ces programmes sont tous à destination d'une population adulte, l'âge minimal varie entre 16 ans au Pays de Galles, et 19 ans dans le comté du Kent en Angleterre.

### *Programmes pluri-pathologiques ou uni-pathologique*

Une première catégorie de programmes, pouvant être qualifiés d'initiatives spontanées puisque n'émanant pas d'une politique nationale, ne visent qu'un type précis de pathologie. La fondation Macmillan au Royaume-Uni finance des programmes d'APA pour les patients atteints de cancer ; le programme GLA:D a été conçu pour les patients atteints de troubles ostéoarthritiques du genou ou de la hanche. Ce type de programme se situe clairement du côté de la prévention secondaire.

Les programmes d'APA mis en place par les autorités nationales au Royaume-Uni, en Irlande et en Suède sont plus généraux et à destination de patients atteints de maladies chroniques, de maladies mentales ou obèses (IMC supérieur à 30). Certains programmes (Écosse, Pays de Galles, Angleterre) prennent également en charge les personnes à risque de maladie chronique ou en situation de surpoids (IMC entre 25 et 30). La porosité entre prévention primaire et prévention secondaire est notable dans cette deuxième catégorie de programme. Cependant, seul le programme suédois assume cette tendance en faisant du Swedish Physical Activity on Prescription (SPAP) un instrument de lutte contre les effets néfastes de la sédentarité.

Le National Exercise Referral Scheme (NERS) gallois est un cas d'hybridation particulier avec, en plus du programme général, des programmes spécifiques dirigés vers les patients atteints de certaines pathologies chroniques :

- Le NERS après un AVC ;
- Le NERS pour les douleurs lombaires ;
- Le NERS pour les pathologies cardiaques ;
- Le NERS pour le cancer ;
- Le NERS pour les maladies mentales ;

Le NERS pour une pratique de l'APA lors de la grossesse

### *Catégories de population*

En Irlande, au Royaume-Uni et en Suède, une répartition tripartite de la population a été construite afin d'optimiser le ciblage. Seuls les patients qui satisfont les conditions d'accès au programme sont

référés vers le programme d'APA. Les autres personnes bénéficient de conseils et sont renvoyés vers des structures locales qui proposent des activités physiques pour lutter contre la sédentarité. Les administrations de certains pays (Irlande, Suède, Pays de Galles) produisent des systèmes d'informations centralisant les offres d'activité physique.

## C.5 Le personnel engagé

### *Les coordinateurs*

Les premiers acteurs essentiels au bon fonctionnement des programmes d'activité physique sur prescription sont les coordinateurs. Dans certains programmes, il y existe deux niveaux de coordination avec, comme au Pays de Galles, une coordinatrice nationale et vingt-deux coordinateurs locaux (un par autorité locale). Ce type de double coordination a également été mis en place en Suède. Les programmes de ces deux pays se caractérisent donc par un double niveau de gestion et de coordination dans la mise en place des programmes : au niveau national et au niveau régional.

### *Les prescripteurs*

L'entrée dans le parcours de soins se fait par la prescription dans tous les pays. Au Danemark et en Irlande, seul le médecin peut prescrire une APA, cette prescription donnant lieu au remboursement partiel du programme au Danemark. En Suède, en plus des médecins, les kinésithérapeutes sont habilités à prescrire l'APA. Au Royaume-Uni, infirmiers et kinésithérapeutes sont également habilités à prescrire la pratique d'APA à leurs patients. Nous constatons donc que dans les modèles étrangers, l'acte de prescription n'est pas nécessairement l'apanage du médecin.

<b>Pays</b>	<b>Danemark</b>	<b>Irlande</b>	<b>Royaume-Uni</b>	<b>Suède</b>
<b>Prescripteurs de l'APA</b>	Médecins	Médecins	Médecins Infirmiers Kinésithérapeutes	Médecins Kinésithérapeutes

Tableau C7 : Prescripteurs de l'APA

### *Les praticiens de l'activité physique adaptée*

Nous pouvons distinguer deux types de praticiens, les kinésithérapeutes ou physiothérapeutes et les éducateurs ou coachs sportifs. Le programme GLA:D est particulier puisqu'il fait intervenir des kinésithérapeutes lors des deux premières séances avant de faire appel à d'anciens participants certifiés pour encadrer les sessions suivantes. Dans les autres pays, les kinésithérapeutes n'interviennent que pour les patients les plus fragiles, la plupart des programmes étant encadrés par des coachs sportifs habilités.

## C.6 Le parcours de soin

### *Les modalités de recrutement*

Nous distinguons trois modes de recrutement des patients : lors d'une consultation médicale, suite à la recommandation d'un professionnel de santé ou par des campagnes de publicité menées nationalement ou localement. Tous les programmes étudiés utilisent ces trois modes de communication, mais avec des stratégies différentes : en Angleterre et en Ecosse, les campagnes de publicités sont menées localement par les organisateurs locaux. Dans les autres pays (Suède, Danemark, Irlande, Pays de Galles), il n'y a qu'un canal national de diffusion de l'information.

### La consultation et l'évaluation

Avant de commencer les programmes d'exercice, les patients sont auscultés par un médecin et leur niveau de forme physique est évalué par un éducateur/coach sportif ou un kinésithérapeute. Tous les programmes étudiés partagent ces mêmes caractéristiques.

Pays	Danemark	Irlande	Suède	Angleterre	Pays de Galles	Écosse
<b>Personnel en charge de l'évaluation initiale</b>	Médecin et kinésithérapeute	Médecin et éducateur	Médecin et éducateur	Variable*	Médecin et éducateur	Variable*

\* en fonction des modalités d'organisation des programmes locaux (médecin et/ou éducateur)

Tableau C8 : Professionnel(s) de santé en charge de l'évaluation des futurs patients

### Les modalités de suivi et de sortie du programme

Les programmes ont une durée limitée, parfois fixe pour tout un programme (Irlande, Danemark, villes de Cambridge et Bristol ainsi que certains programmes écossais), parfois modulable en fonction des besoins des patients (Suède, Pays de Galles, comté du Kent, fondation Macmillan). Le patient est suivi tout au long de son parcours par le prescripteur (le kinésithérapeute au Danemark) et/ou par le préparateur physique spécialisé (Irlande, Suède, Pays de Galles et Royaume-Uni). Les rendez-vous de suivi sont fixés à des moments clés du parcours, généralement à mi-parcours (ville de Cambridge, comté du Kent) pour les programmes courts. En Écosse, les programmes durent au moins deux mois (15 % des programmes), plus de 50 % des programmes durent plus de 6 mois (20 % entre 3 et 6 mois).

Tous les programmes ont une durée fixée *ex ante*. La sortie du programme s'effectue à l'échéance et non en fonction de la validation d'objectifs prédéfinis. Les programmes ne sont pas reconductibles. À l'issue du programme, le patient a un dernier entretien afin d'évoquer ses pratiques futures. Le suivi médical continue au-delà de la période d'APA encadrée et le parcours de soin se poursuit. L'APA encadrée doit être considérée comme un élément d'un dispositif plus large de retour vers une bonne condition physique et le maintien de celle-ci.

	Suède	Ecosse	P.d.G	Kent.	Camb.	Bristol	Macmil.	Irlande	GLA:D
<b>Durée</b>	NC	8-12	4-32	10-12	12	12	5-12.	12	6
<b>Suivi</b>	NC	Var.	16-52	MP	1-6-12	NC	Var.	NC	13-26-52

Lecture : Au Pays de Galles, la durée du programme oscille entre 16 et 32 semaines, les séances de suivi ont lieu à la seizième semaine et à la cinquante-deuxième semaine<sup>13</sup>.

Note : *P.d.G* pour « Pays de Galles » ; *Camb.* pour « Cambridge » ; *Macmil.* pour « Macmillan Cancer Support » ; *MP* pour « mi-parcours » ; *NC* pour « non connu » ; *Var.* pour « variable »

Tableau C9 : Durée du programme (en semaine) et périodicité du suivi (numéro de la semaine)

<sup>13</sup> Les séances de suivi qui ont lieu après la fin du programme d'APA sont réalisées par téléphone ou courrier afin de contrôler la continuité de la pratique d'une activité physique.

### *Mesures mises en place pour prolonger les résultats du programme*

En plus du suivi, les patients sont incités à poursuivre leur pratique d'activité physique au-delà du programme d'APA. Pour cela, de nombreux organisateurs de programmes passent des accords avec des salles de sport locales afin de faire bénéficier les anciens patients de tarifs réduits. Les programmes britanniques gérés localement s'appuient généralement sur des salles de sport privées pour encadrer les APA (point suivant), ces dernières sont subventionnées pour encadrer ces séances. Des réductions dans les centres sportifs partenaires sont ensuite négociées.

Au Danemark, le programme a pour objectif de réduire les troubles des douleurs ostéo-arthritiques et de permettre aux individus de reprendre indépendamment une activité physique normale. Certains patients peuvent ainsi reprendre l'activité physique qu'ils avaient dû arrêter à cause de leurs douleurs. D'autres prolongent leur expérience au sein des programmes d'APA, mais en payant le plein tarif.

L'Irlande et la Suède développent par ailleurs un réseau de groupes et de structures qui permettent aux anciens patients de poursuivre une activité physique. Les patients qui ne remplissent pas les conditions nécessaires pour une inscription dans un programme d'activité physique sont également orientés vers ce type de structures qui promeuvent des activités telles que la marche, le vélo ou les raquettes (en Suède).

## C.7 Modalités de mise en place

Concernant les modalités d'organisation des programmes d'APA, nous pouvons distinguer un mode de gestion coordonnée et un mode de gestion déléguée.

Pour les programmes relevant du mode de gestion déléguée (Angleterre et Écosse), les autorités locales collaborent avec des structures tierces (salles de sport et centres sportifs publics ou privées) pour organiser les exercices. Dans ce type de programme, les coachs et éducateurs sportifs sont embauchés directement par ces structures partenaires. Au Danemark, ce sont également des structures privées ou publiques qui mettent en place le programme qui a été élaboré par l'Université du Sud Danemark.

Dans les programmes caractérisés par une gestion coordonnée (Irlande, Pays de Galles, Suède), les coordinateurs locaux font appel à des coachs sportifs contractuels rémunérés directement par l'administration publique à l'initiative du programme d'APA. L'administration publique est en charge de la coordination et de l'organisation du programme. Les structures dans lesquelles se déroulent les sessions sont à la fois publiques (salles communales, etc.) et privées. En Irlande, les coordinateurs sont en charge de l'optimisation de l'emploi des coachs sportifs et de la location des salles de sport.