

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

ASSOCIATION
I F P E K



INSTITUT DE FORMATION
PÉDICURIE-PODOLOGIE
ERGOTHÉRAPIE
MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

La place des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le dispositif de sport sur ordonnance en France

Jérémie RIVIER

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Masso-kinésithérapie

Promotion 2018 - 2022

Sous la direction de Monsieur SAINT-CAST Matthieu

Session juin 2022



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

ATTESTATION SUR L'HONNEUR, FRAUDES ET PLAGIAT, CODE DE LA PROPRIETE INTELLECTUELLE

**Diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie
Travail de fin d'études :**

La place des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le dispositif de sport sur ordonnance en France

Page à insérer par l'étudiant après la 1^{ère} page de couverture de son travail de fin d'études

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masso-kinésithérapeute est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 12/02/2022

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Je soussigné(e), RIVIER Jérémie, étudiant IFPEK en :

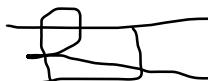
Pédiatrie-Podologie Ergothérapie Masso-kinésithérapie

- Reconnaît avoir pris connaissance de la procédure IFPEK « Procédure Interne Ethique Recherche Etudiante »
- Accepte les conditions de réalisation des projets au sein de l'IFPEK
- M'engage à respecter toutes les étapes définies dans la procédure, durant toute la durée de mes études au sein de l'IFPEK, et notamment :
 - Le recueil des consentements auprès des personnes interrogées dans le cadre de mes projets,
 - L'anonymisation des personnes interrogées et des données collectées,
 - La non-diffusion de ces données en dehors du cadre pédagogique,
 - La destruction des données brutes recueillies.

En cas de manquement à ces différentes règles, l'IFPEK sera susceptible d'appliquer des sanctions notamment si des plaintes ou réclamations sont déposées par des personnes interrogées (avertissement, conseil de discipline, ...).

Fait en deux exemplaires à Rennes, le 12/02/2022

Lu et approuvé



Résumé : La place des MK libéraux dans le dispositif de sport sur ordonnance en France

Introduction : L'inactivité physique est la 4ème cause mortalité dans le monde. Elle constitue un problème de santé publique et est à l'origine d'un décès toutes les 8 secondes. Pourtant l'Activité Physique (AP), pratiquée de manière régulière, permet de prévenir l'apparition des maladies chroniques et d'en réduire les complications. C'est dans ce contexte qu'en 2017, un décret relatif au sport sur ordonnance a vu le jour en France. Ce dernier donne la possibilité au médecin traitant de prescrire une Activité Physique Adaptée (APA) aux patients atteints d'une affection de longue durée. Les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) et les Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA) sont les principaux intervenants habilités à dispenser cette APA. L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux de cette pratique dans la profession des MK.

Méthode : Une étude sociologique quantitative a été menée par l'intermédiaire d'un questionnaire à questions fermées. Des masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant en France ont été inclus dans cette enquête pour connaître leur connaissance sur le dispositif, leur avis personnel, leur pratique quotidienne et les freins qu'ils rencontrent. Une analyse statistique des données a été réalisé sur les logiciels Excel ® et Jamovi ®.

Résultats : 579 réponses ont été obtenues. Les résultats montrent que peu de MK libéraux encadrent le sport sur ordonnance (11%), bien qu'ils soient majoritairement au courant de l'existence du dispositif (92%). La plupart des répondants (77%) se sentent insuffisamment formés sur l'APA durant leur formation initiale. Le manque de temps, de connaissances sur les APA, de financement et les difficultés administratives sont les principaux freins qui limitent l'implication des MK libéraux dans le dispositif. Il semble que ceux qui ont recours au dispositif dans leur pratique professionnelle ont une meilleure connaissance du dispositif. La collaboration entre le MK et l'EAPA est rare (2%) mais possible. Elle a souvent lieu entre un MK et un EAPA auto-entrepreneur dans une structure commune, la plupart du temps au sein d'un cabinet libéral.

Conclusion : Cinq ans après la mise en place du dispositif « Sport sur ordonnance », fort est de constater que l'implication des MK reste faible. Il semble nécessaire de former et informer les MK sur l'APA, y compris durant la formation initiale en masso-kinésithérapie. Les politiques de santé actuelles, orientées vers l'exercice coordonné, et la création de maisons de sport-santé peuvent permettre de favoriser la collaboration entre les MK et les EAPA dans les prochaines années.

Mots clés : Activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, enseignant en activité physique adaptée, sport sur ordonnance, sport-santé, France.

Abstract : The place of physiotherapists in the French system of sports on prescription

Introduction : Physical inactivity is the 4th leading cause of death in the world. It constitutes a public health problem and is the cause of one death every 8 seconds. Yet physical activity (PA), practised regularly, can prevent the onset of chronic diseases and reduce their complications. It is in this context that in 2017, a decree relating to sport on prescription was issued in France. The latter gives the possibility to the attending physician to prescribe an Adapted Physical Activity (APA) to patients suffering from a long-term illness. physiotherapists and Adapted Physical Activity Teachers (APATs) are the main stakeholders authorised to provide this APA. The objective of this study is to establish the state of play of this practice in the physiotherapy profession.

Method : A quantitative sociological study was carried out using a questionnaire with closed questions. Private physiotherapists practising in France were included in this survey to find out about their knowledge of the system, their personal opinion, their daily practice and the barriers they encounter. A statistical analysis of the data was carried out using Excel and Jamovi software.

Results : 579 responses were obtained. The results show that few private physiotherapists supervise sport on prescription (11%), although most of them are aware of the existence of the system (92%). Most respondents (77%) felt insufficiently trained in ABS during their initial training. Lack of time, knowledge of ABS, funding and administrative difficulties are the main obstacles limiting the involvement of private practitioners in the scheme. It seems that those who use the system in their professional practice have a better knowledge of the system. Collaboration between physiotherapists and the APATs is rare (2%) but possible. It often takes place between a physiotherapist and a independant APATs in a common structure, most of the time within a liberal practice.

Conclusion : Five years after the implementation of the "Sport on prescription" scheme, it is clear that the involvement of physiotherapists remains low. It seems necessary to train and inform physiotheapists about APA, including during their initial training in physical therapy. The current health policies, oriented towards coordinated practice, and the creation of sport-health centres may make it possible to encourage collaboration between physiotherapists and APATs in the coming years.

Key words : Adapted physical activity, physiotherapists, sport on prescription, sport-health, France.

Remerciements

En premier lieu je tiens à remercier mon directeur de mémoire Matthieu SAINT-CAST pour sa disponibilité et sa supervision éclairée tout au long de la rédaction de ce mémoire. Son expérience dans l'élaboration des travaux de recherche et son apport méthodologique ont été d'une aide précieuse. Son expertise et ses connaissances sur la législation et les différentes règles qui régissent la profession des masseurs-kinésithérapeutes ont été cruciales pour mener à bien ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'IFMK de Rennes pour la richesse et la qualité de leur enseignement.

Un grand merci à toute l'équipe de recherche pour leurs qualités de « statisticiens », nécessaire pour le traitement de nos données. Mes profonds remerciements à Romain PICHON et Karim JAMAL pour leur pédagogie remarquable. La simplicité à laquelle ils nous ont transmis leurs savoirs scientifiques nous donnerait presque l'impression qu'être « enseignant-chercheur » est donné à qui le veut.

Également, je souhaiterai remercier ma famille, pour m'avoir permis de réaliser les études que je voulais. Je remercie mes amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mon cursus scolaire. Leur aide à la relecture et à la correction de mon mémoire fût précieuse. Merci à mes camarades de promotions de m'avoir supporté durant quatre belles années, non sans mal, et un grand merci pour leur bonne humeur à toutes épreuves. Sans eux, ce travail de fin d'étude n'aurait pu aboutir.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire, de près ou de loin. Ce mémoire, c'est aussi le leur, c'est pourquoi nous avons utilisé le « nous » préférentiellement au « je » lors de sa rédaction. Une mention particulière aux 579 masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire, sans qui cette étude n'aurait pas été réalisable.

Enfin, MERCI à toutes les personnes qui prendront le temps de lire ce travail, et à tous ceux qui sont aller au bout de ces remerciements. Bonne lecture !

Sommaire

Introduction	1
1. Revue de littérature	2
1.1. L'activité physique (AP)	2
1.1.1. Définition	2
1.1.2. Caractéristiques de l'activité physique	3
1.1.3. Mortalité liée à l'inactivité physique et à la sédentarité	4
1.1.4. Les bienfaits de l'activité physique	7
1.1.5. Les recommandations mondiales d'AP	11
1.2. Le Sport-Santé	12
1.2.1. Développement du sport-santé à l'échelle mondiale	12
1.2.2. Développement du sport-santé à l'échelle nationale	15
1.2.3. Le décret du sport sur ordonnance en France	15
1.3. Le développement du sport sur ordonnance en France	20
1.3.1. L'organisation à l'échelle nationale	20
1.3.2. L'organisation à l'échelle régionale	22
1.4. Les limites du dispositif de sport sur ordonnance	23
1.4.1. Des médecins en manque de prescriptions	23
1.4.2. Des patients en manque de motivation	24
1.4.3. Des masseurs-kinésithérapeutes peu présents	25
1.4.4. Les MK : des spécialistes du mouvement versus un manque d'intérêt pour l'APA ? ...	25
1.4.5. Les freins que rencontrent les MK dans le dispositif	26
1.4.6. La collaboration MK-EAPA : mythe ou réalité ?	27
2. Phase de problématisation	29
3. Méthodologie	31
3.1. Le type d'étude	31
3.2. Le choix du recueil des données	31
3.3. L'enquête par questionnaire	31
3.3.1. Définir les objectifs	31
3.3.2. Population de l'enquête	31
3.3.3. Élaboration du questionnaire	32
3.3.4. Mode de diffusion du questionnaire	34
3.3.5. Le dépouillement et le codage des résultats	35
3.4. Considérations éthiques	35

4.	Résultats	36
4.1.	Caractéristiques des répondants	36
4.2.	Connaissances des MK sur le dispositif de sport sur ordonnance	38
4.3.	La place des professionnels du sport-santé dans le dispositif	41
4.4.	L'expérience des répondants dans le sport sur ordonnance	42
4.4.1.	L'AP au cœur de la pratique professionnelle des MK libéraux	43
4.4.2.	L'organisation du sport sur ordonnance chez les MK libéraux	44
4.4.3.	La collaboration MK-EAPA	45
4.5.	Les freins et les leviers au développement du sport sur ordonnance	47
4.6.	Quels paramètres influent sur le niveau de pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux ?	48
5.	Discussion	52
5.1.	Principaux résultats	52
5.1.1.	Des MK peu impliqués dans le sport sur ordonnance	52
5.1.2.	Mais l'AP au cœur de leur pratique professionnelle	53
5.1.3.	Les freins au développement du dispositif chez les MK	54
5.1.4.	La collaboration entre le MK et l'EAPA	58
5.2.	Intérêt de l'étude	59
5.2.1.	Un échantillon représentatif de la population des MK	59
5.2.2.	Intérêt pour la recherche	59
5.2.3.	Intérêt pour la pratique clinique	60
5.2.4.	Intérêt pour la santé publique	60
5.3.	Le limites de l'étude	60
5.3.1.	Les biais méthodologiques	61
5.3.2.	Les biais de résultats	62
5.4.	Perspectives	63
5.4.1.	Former et informer	63
5.4.2.	Réduire les inégalités territoriales	64
5.4.3.	Les maisons de sport-santé : objectif 500 ?	66
5.4.4.	Le MK, un interlocuteur entre le monde sportif et médical ?	67
5.4.5.	Quel financement à l'avenir ?	69
5.4.6.	Paris 2024 : la médaille d'or du sport-santé	70
6.	Conclusion	72
7.	Bibliographie	74
8.	Annexes	I

Table des figures :

Figure 1 : Schéma sur la différenciation des termes entre l'AP, le sport et l'exercice physique, crée à partir de l'article (KHAN et al., 2012)	3
Figure 2 : Modèle conceptuel final de la terminologie relative au mouvement qui est organisé autour d'une période de 24 heures (AUBERT, ROUTHIER et CHAPUT, 2022)	5
Figure 3 : Effets combinés de l'activité physique et de la sédentarité sur la mortalité (le risque de mortalité diminue à mesure que l'on passe du rouge au vert) (PAGAC, 2018)	6
Figure 4 : Les effets bénéfiques de l'AP dans les maladies chroniques (INSERM, 2019, p746)	9
Figure 5 : Tableau comparatif des recommandations mondiales d'AP entre 2010 et 2020 (WHO, 2010; WHO, 2020).	12
Figure 6 : Schéma sur le fonctionnement du sport sur ordonnance en France, créé à partir de l'instruction interministérielle (2017)	20
Figure 7 : les objectifs de la SNSS pour promouvoir le sport sur ordonnance en France, créé à partir du (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019)	21
Figure 8: Démarche de construction des questions, d'après la méthode de (BACHELET, 2014)	32
Figure 9 : Frise chronologique de la méthodologie du questionnaire	35
Figure 10 : Tableau sur l'interprétation du V de cramer, crée à partir de (CRAMÉR, 2016).	35
Figure 11 : Répartition des répondants selon l'âge	36
Figure 12 : Répartition des répondants selon le sexe	36
Figure 13 : Boite à moustache sur l'année d'obtention du diplôme de masso-kinésithérapie	36
Figure 14 : Répartition des répondants selon la région d'exercice	37
Figure 15 : Pourcentage des répondants à connaître l'existence du dispositif	37
Figure 16 : Pourcentage des répondants à posséder la carte d'éducateur sportif	37
Figure 17 : Connaissances des MK sur les dispensateurs de l'APA	38
Figure 18 : Connaissances des MK sur les bénéficiaires de l'APA (pathologies chroniques)	39
Figure 19 : Connaissances des MK sur les bénéficiaires de l'APA (pathologies aigues)	39
Figure 20 : Connaissances des MK sur le financement de l'APA	39
Figure 21 : Connaissances des répondants sur les possibilités de collaboration entre le MK et l'EAPA.	40
Figure 22 : Démarche pour établir le score relatif aux connaissances des MK	41
Figure 23 : Les 3 professionnels les plus habilités à encadrer les séances d'APA selon les répondants	41

Figure 24 : Le ressenti des répondants sur l'enseignement de l'APA dans leur formation initiale	42
Figure 25 : Organigramme sur la répartition des 579 MK répondants de l'enquête	42
Figure 26 : Fréquence à laquelle les MK conseillent l'AP en dehors des séances	43
Figure 27 : Fréquence à laquelle les MK utilisent l'AP comme moyen de rééducation	43
Figure 28 : Intérêt des répondants pour l'APA (Groupe 1)	43
Figure 29 : Fréquence d'utilisation de l'APA chez les MK qui y ont recours	44
Figure 30 : Les difficultés que rencontrent les MK libéraux dans l'encadrement du sport sur ordonnance	45
Figure 31 : Les différents moyens de collaboration entre les MK libéraux et les professionnels du sport	46
Figure 32 : Organisation temporelle et spatiale de la collaboration MK – Professionnel du sport	46
Figure 33 : L'accueil des patients dans le cadre de la collaboration MK-Professionnel du sport	46
Figure 34 : Les freins au développement du sport sur ordonnance dans la profession des MK libéraux	47
Figure 35 : Les freins à la pratique du sport sur ordonnance selon l'expérience des MK dans ce domaine	47
Figure 36 : Les leviers au sport sur ordonnance chez les MK libéraux	48
Figure 37 : Les paramètres pouvant influencer la pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux	49
Figure 38 : Les paramètres qui sont associés significativement à la région d'exercice	49
Figure 39 : Les paramètres qui sont associés significativement au niveau de connaissances du dispositif	50
Figure 40 : Fréquence des professionnels impliqués dans les 89 dispositifs d'APA (en %), créée à partir des données de (ONAPS, 2019, p.33-40)	52

Table des abréviations :

A. ACSM : American College of Sports Medicine

A. : Arrêté

ALD : Affection de Longue Durée

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APA-S : Activité Physique Adaptée et Santé

APS : Activité Physique et Sportive

ARS : Agence Régionale de Santé

Art. : Article

BAR : BundesArbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

BDK : Bilan Diagnostic Kiné

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

BPJEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport

C.sport : Code du sport

CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif

CEDIP : Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines

CH : Centre Hospitalier

Circ. : Circulaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes

CQP : Certificat de Qualification Professionnelle

CROSS : Comité Régional Olympique et Sportif

CSP : Code de Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

D. : Décret

DESJEPS : Diplôme d'Etat Supérieur de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport

DG EAC : Directorate General for Education And Culture

DGS : Direction Générale de la Santé

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EUPAP : EUropean Physical Activity on Prescription model

FaR : Fysisk aktivitet pa-Recept

FC : Fréquence Cardiaque

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

Ibidem : veut dire que c'est la même source qui cité précédemment.

IFPEK : Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie et Masso-kinésithérapie

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGJS : Inspection Générale de la Jeunesse et des Sports

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRBMS : Institut de Recherche du Bien-être de la Médecine et du Sport-santé

L. : Loi

MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation,

MET : Métabolic Equivalent of Task (MET)

MK : Masseur-kinésithérapeute

MOOC : Massive Open Online Course

MR004 : Méthodologie de Référence

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSS : Maison de Sport Santé

MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé

MVJS : Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMK : Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAPS : Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité

PAGAC : Physical Activity Guidelines Advisory Committee

PNSSB : Plan National Sport Santé Bien-Etre

RGPD : Règlement Générale sur la Protection des Données

RSSBE : Réseau Sport Santé Bien Être

SFP-APA : Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée.

SIES : Systèmes d'Information et Études Statistiques

SNSS : Stratégie Nationale du Sport Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

TFP : Titre de Finalité Professionnelle

UE : Union Européenne

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux

WHO : World Health Organization (=OMS)

Introduction

Plusieurs millions d'années ont été nécessaires pour que l'homme moderne acquière la bipédie (LECOINTRE, GUYADER et VISET, 2006). En revanche, en moins de 100 ans et sous l'influence des avancées technologiques et de la tertiarisation du travail, nos modes de vie ont radicalement changé (TOUSSAINT, 2008). Le danger, ne vient pas tant de la transformation opérée mais bien de la rapidité à laquelle elle s'est faite. En 1950, une personne pratiquait en moyenne 4 à 5 h d'activité physique (AP) par jour ; En 2008, la moyenne était de 20 minutes (TOUSSAINT, 2008.). Ce changement radical de comportement sur un génome qui n'a pas évolué depuis 40 000 ans semble être la cause de l'apparition de nombreuses pathologies (CHAKRAVARTHY et BOOTH, 2004).

Aujourd'hui l'inactivité physique représente la 4^{ème} cause de mortalité dans le monde (WHO, 2010). Elle est responsable d'un décès toutes les 8 secondes et constitue un véritable problème de santé publique (KATZMARZYK et al., 2022). Pourtant à l'heure actuelle, les bienfaits de l'activité physique sur notre santé ne sont plus à démontrer. Les scientifiques sont unanimes pour dire que l'AP, pratiquée de manière régulière, permet de prévenir l'apparition des maladies et d'en réduire les complications (INSERM, 2019). Face à l'inactivité physique et les conséquences néfastes qu'elle engendre, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2010 des recommandations à atteindre pour obtenir des bénéfices sur notre santé (WHO, 2010). À la suite de ces recommandations, de nombreux pays ont décidé de promouvoir le sport-santé à l'échelle nationale.

En France, en 2011, la Haute Autorité de Santé a reconnu l'AP comme une « thérapie non médicamenteuse validée » (HAS, 2011). Malgré cette avancée majeure, le développement du sport-santé tarde à s'affirmer. Il faut attendre 2016 et la loi de modernisation du système de santé français pour voir apparaître un décret relatif à la prescription d'Activité Physique Adaptée (APA). Depuis mars 2017, il est désormais possible pour le médecin traitant de prescrire sur ordonnance une APA pour des patients atteints d'affections de longue durée (ALD) (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017). Les professionnels de santé, dont font partie les masseurs-kinésithérapeutes (MK), et les professionnels du sport, sont les principaux intervenants habilités à dispenser cette APA. Chaque profession revendique son rôle dans ce dispositif (DIDIER DELIGNIÈRES, 2016; OMK, 2017).

Dans ce contexte, nous pouvons nous questionner sur la place qu'occupe le masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif et sur l'existence ou non d'une collaboration avec les différents professionnels du sport ? Cinq ans après le décret d'APA sur ordonnance, les MK ont-ils une place prépondérante ? Collaborent-ils avec les autres professionnels du sport ? Et si oui comment ?

Ce sont des questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans ce mémoire. L'objectif de celui-ci est d'établir un état des lieux de la pratique du sport sur ordonnance chez les MK. Dans un premier temps nous réaliserons une revue de littérature pour définir les termes du sujet et les concepts clés qui ont permis d'aboutir à la problématique. Puis nous exposerons la méthodologie qui a été entreprise pour y répondre, avant d'analyser nos résultats et de les discuter dans une dernière partie.

1. Revue de littérature

Dans cette partie nous aborderons l'activité physique dans son ensemble, le sport-santé et sa promotion, ainsi que le décret de sport sur ordonnance avec ses acteurs, ses forces et ses limites.

1.1. L'activité physique (AP)

1.1.1. Définition

L'activité physique (AP) se définit comme « *Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos* ». [Traduction personnelle] (CASPERSEN, POWELL et CHRISTENSON, 1985, p.1). La dépense énergétique de repos est égale à 1 Metabolic Equivalent Task (MET)¹. Les activités physiques sont généralement classées en 4 domaines de la vie quotidienne (KHAN et al., 2012) :

- Les activités domestiques (bricolages, ménages, etc.).
- Les activités professionnelles.
- Les activités de loisirs (comprenant le sport, l'exercice et les loisirs non structurés).
- Les déplacements (pour se rendre à son travail, à l'école, etc.).

L'exercice quant à lui, est une sous-catégorie de l'AP. Il correspond selon CASPERSEN à des « *Mouvements corporels planifiés, structurés et répétitifs, dont l'objectif est d'améliorer ou de maintenir la forme physique* ». [Traduction personnelle] (CASPERSEN, POWELL et CHRISTENSON, 1985, p.3). Par exemple le renforcement musculaire, les exercices aérobies ou d'assouplissement font partie de l'exercice physique.

Le sport est aussi une sous-catégorie de l'AP. Il est défini par TERRET comme représentant « *L'ensemble des pratiques physiques, codifiées, institutionnalisées, réalisées en vue d'une performance ou d'une compétition et organisées pour garantir l'égalité des conditions de réalisation* » (TERRET, 2007, p.4). La pratique sportive comprend donc le sport de compétition, le sport scolaire, mais aussi le sport-santé ainsi que le sport de loisir pratiqué dans des institutions telles que les fédérations sportives ou associations.

Contrairement à l'exercice, le sport répond à des règles et des objectifs bien définis. La distinction entre ces deux termes n'est pas évidente. Prenons un exemple pour mieux comprendre : si une personne s'entraîne pour un marathon, les séances d'entraînement compteront comme des exercices parce qu'il n'y a pas d'attente ou de règles communes ; le marathon en lui-même est du sport (KHAN et al., 2012).

La différenciation entre « le Sport-Santé » et « l'Activité Physique Adaptée (APA) » n'est pas non plus une chose aisée. Dans la littérature, la définition du terme « APA » varie d'une étude à l'autre. La Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA) a récemment proposé une définition universelle (SFP-APA, 2021) .

¹ METs : Métabolic Equivalent of Task (MET). Un Met est un équivalent métabolique. Il correspond à la quantité d'oxygène consommée au repos, assis sur une chaise. Un Met est égale à 3.5ml/kg/min. Le METs est aussi le rapport de la dépense énergétique de l'activité sur la quantité d'énergie dépensée au repos. (JETTÉ, SIDNEY et BLÜMCHEN, 1990).

Ainsi selon la SFP-APA :

L'Activité Physique Adaptée (APA) est le domaine scientifique et professionnel de l'Activité Physique (AP) s'adressant à toute personne n'ayant pas ou ne pouvant pas pratiquer une activité physique ou sportive dans des conditions ordinaires et qui présente des besoins spécifiques de santé, de participation sociale ou d'inclusion du fait d'une maladie, d'une limitation fonctionnelle, d'une déficience, d'une vulnérabilité, d'une situation de handicap, d'exclusion, d'une inaktivité ou d'une sédentarité (2021, p.1).

L'APA fait donc référence à une AP pratiquée dans un contexte spécifique, la plupart du temps en lien avec la présence d'une maladie et/ou d'un handicap. Tout comme l'AP, elle s'inscrit dans un contexte d'activités de la vie quotidienne : Elle peut être pratiquée dans un cadre sportif (APA sportive = sport-santé), ou non sportif (APA domestiques, APA professionnelles, APA liées aux déplacements). L'APA se veut donc plus large que le sport-santé qui par définition devrait être codifié ou régit par des règles (HAS, 2019a). Cependant dans le langage courant et dans certains textes de loi, on utilise souvent le sport-santé pour désigner l'APA : ainsi nous utiliserons ces deux termes comme des synonymes, bien que le sens strictement étymologique soit différent (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019).

Par ces nombreuses définitions, nous comprenons aisément qu'une personne peut avoir une activité physique quotidienne élevée sans pratiquer le moindre sport et/ou exercice physique. La figure 1 ci-dessous permet de mieux comprendre la distinction entre ces 3 notions.

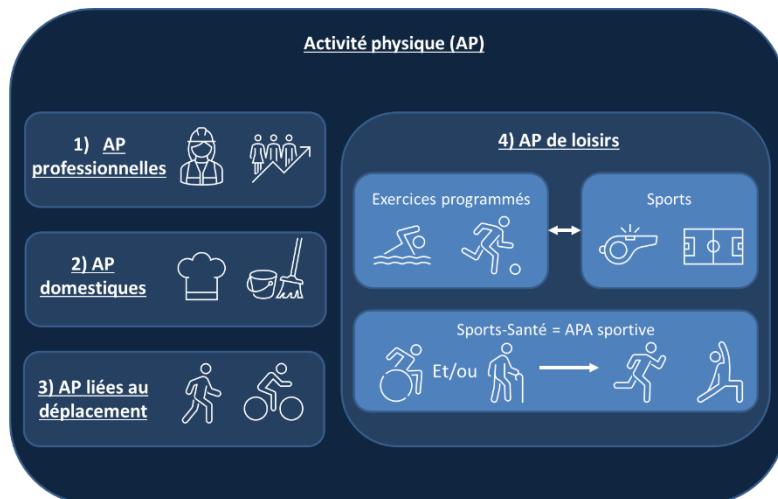


Figure 1 : Schéma sur la différenciation des termes entre l'AP, le sport et l'exercice physique, crée à partir de l'article (KHAN et al., 2012)

1.1.2. Caractéristiques de l'activité physique

Chaque activité physique peut être définie par des modalités communes, regroupées sous l'acronyme FITT (Fréquence, Intensité, Temps, Type). La fréquence correspond au nombre de sessions d'AP par unité de temps (souvent exprimé en séances par semaine). L'intensité rend compte du coût énergétique de l'activité. Elle est le plus souvent exprimée en METs dans la littérature scientifique (BARISIC, LEATHERDALE et KREIGER, 2011).

La Haute Autorité de Santé (HAS) dénote 5 catégories d'intensité (HAS, 2019a):

- Les activités sédentaires < 1.6 METs
- Les activités de faibles intensités comprises entre 1.6 et 3 METs
- Les activités d'intensité modérée comprises entre 3 et 6 METs
- Les activités d'intensité élevée comprises entre 6 et 9 METs
- Les activités d'intensité très élevé > 9 METs

Il existe un compendium des AP qui les classent selon leur intensité : par exemple courir à 8 km/h représente une activité de 8.3 METs tandis que courir à 12km/h représente 11.5 METs (AINSWORTH et al., 2011). Le temps lui, fait référence à la durée pendant laquelle l'AP est pratiquée. C'est le temps pour une session (souvent exprimée en minutes) (HAS, 2019a). Enfin le type d'AP est déterminé en fonction des effets physiologiques de celle-ci sur l'organisme. On distingue par exemple les activités développant les capacités cardio-respiratoires, les fonctions musculaires ou d'assouplissement, etc. (ibidem). Les recommandations mondiales utilisent cet acronyme FIIT pour définir les caractéristiques de l'AP (WHO, 2010).

1.1.3. Mortalité liée à l'inactivité physique et à la sédentarité

Il est important de distinguer l'inactivité physique de la sédentarité. Leur définition peut varier selon les études présentes dans la littérature scientifique. Tremblay et al ont cherché à établir une définition consensuelle et universelle de ces mots (TREMBLAY et al., 2017). Ainsi l'inactivité physique peut être définie comme « *Un niveau insuffisant d'activité physique n'atteignant pas le seuil d'activité physique recommandé* » [Traduction personnelle] (TREMBLAY et al., 2017, p.9). En France, les recommandations reposent sur celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette dernière préconise de pratiquer au moins 30 min d'AP d'endurance par jour (WHO, 2020). Une personne n'atteignant pas ces recommandations est donc considérée comme inactive. L'étude Estéban 2014-2016 a montré que seulement 60% des Français pratiquaient un niveau suffisant d'AP. Il existe une disparité entre les sexes : en effet, 29.4% des hommes sont inactifs contre 47.3% pour les femmes. Cette différence est indépendante de l'âge (SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2020).

La sédentarité fait référence à l'ensemble des comportements sédentaires. Un comportement sédentaire correspond à « *Toute situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique ≤ 1,5 équivalents métaboliques (METs) en position assise, inclinée ou allongée.* » [Traduction personnelle] (TREMBLAY et al., 2017, p.9). Dormir n'est donc pas un comportement sédentaire puisque ce n'est pas une situation d'éveil. En revanche lire un livre, écrire, regarder la télévision, travailler assis sont des comportements sédentaires. Dans la plupart des études scientifiques, la sédentarité s'évalue par le temps passé devant les écrans (TREMBLAY et al., 2017). L'étude Estéban révèle que 80% des français y passent plus de 3h par jour (SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2020).

La Figure 2 ci-dessous, réalisée par TREMBLAY et AL en 2017, permet de bien comprendre les comportements qu'il est possible de réaliser sur une période de 24h (TREMBLAY et al., 2017).

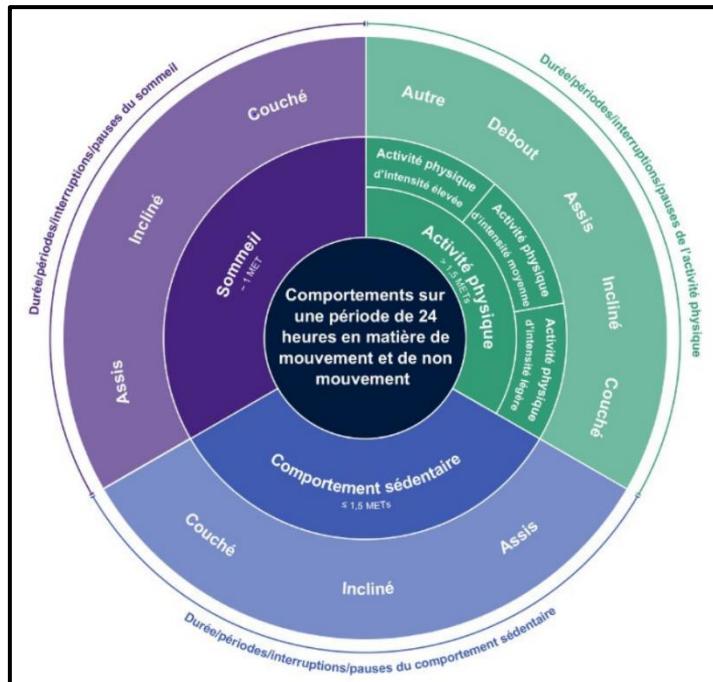


Figure 2 : Modèle conceptuel final de la terminologie relative au mouvement qui est organisé autour d'une période de 24 heures (AUBERT, ROUTHIER et CHAPUT, 2022)²

Par la définition de ces deux termes on comprend bien qu'une personne peut être active, en respectant les recommandations en matière d'activité physique, et sédentaire, en adoptant des comportements sédentaires. La sédentarité et l'inactivité sont deux notions distinctes qu'il est important de maîtriser pour bien comprendre leurs répercussions sur notre santé. Les deux ont des effets propres sur celle-ci.

La sédentarité augmente le risque de mortalité toutes causes confondues. Il existe une relation dose-réponse proportionnelle croissante entre le temps passé devant les écrans et le risque de mortalité (ANSES, 2016). Cela signifie que plus on adopte des comportements sédentaires et plus ce risque est augmenté. Cet effet s'observe pour un temps d'activité sédentaire supérieur à 3h par jour (REZENDE et al., 2016). Au-delà de 7h par jour, les effets délétères sur notre santé augmentent de façon plus marqués (CHAU et al., 2013). En se basant sur ces données de la littérature, l'Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) a proposé une classification de la sédentarité en 3 niveaux (2017, p.9) :

- Faible : moins de 3h par jour devant les écrans.
- Modérée : de 3 à 7 h par jour.
- Elevée : plus de 7h par jour.

L'activité physique régulière permet de diminuer le risque de mortalité toutes causes confondues. La relation entre ces deux paramètres est inversement proportionnelle (ANSES, 2016). Ainsi, plus une personne pratique une AP et plus le risque diminue (PAGAC, 2018). On estime qu'une personne inactive à un risque de mortalité toutes causes confondues majoré de 20 à 30% (MOK et al., 2019).

² <https://www.sedentarybehaviour.org/sbrn-terminology-consensus-project/french-translation/>
[Consulté le 12/02/2022], traduit de l'article (TREMBLAY et al., 2017).

Nous venons de voir que l'activité physique et la sédentarité ont des effets propres sur notre santé (ANSES, 2016; PAGAC, 2018). EKELUND et al. (2016) ont étudié l'effet combiné de ces deux paramètres sur le risque de mortalité, chez plus de 1 million de personnes. Aux États-Unis, à partir des données de cette méta-analyse, le comité consultatif sur les directives en matière d'AP (PAGAC)³ a réalisé une carte thermique, présentée dans la Figure 3 ci-dessous (PAGAC, 2018). Le temps passé assis est en abscisse et le temps passé à pratiquer une AP d'intensité modérée à soutenue est en ordonnée. La couleur rouge représente le risque le plus élevé de mortalité toutes causes confondues, et la couleur verte le risque le plus faible.

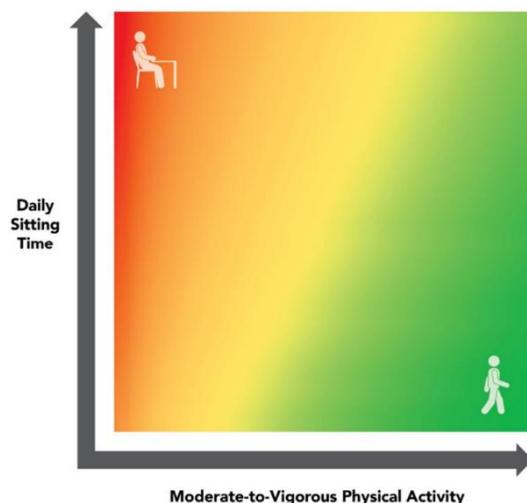


Figure 3 : Effets combinés de l'activité physique et de la sédentarité sur la mortalité (le risque de mortalité diminue à mesure que l'on passe du rouge au vert) (PAGAC, 2018)⁴

Une activité physique régulière, associée à une limitation de nos comportements sédentaires, semble être le meilleur moyen de réduire le risque de mortalité (coin inférieur droit sur la Figure 3). Cette carte thermique met en évidence que pour un grand volume d'AP, le risque de mortalité reste faible malgré un temps passé assis élevé. À l'inverse, les personnes qui passent peu de temps assis garde un risque de mortalité modéré à élevé en l'absence de pratique d'AP. Cette dernière semble être un élément déterminant. Elle permet de contrecarrer certains effets néfastes de la sédentarité. En effet, pour un niveau de sédentarité donné, le temps d'AP est inversement proportionnel au risque de mortalité. Ainsi, chez des personnes qui passent beaucoup de temps assis (rangée du haut), l'ajout d'une AP en faible quantité suffit à faire diminuer le risque de mortalité. Au vu de ces données et de celles présentes dans la littérature, il est préférable d'avoir un niveau de sédentarité élevé et de pratiquer une AP modérée à soutenue plutôt que l'inverse (PATEL et al., 2010; EKELUND et al., 2016; PAGAC, 2018; STAMATAKIS et al., 2019).

Outre son effet sur la mortalité, l'AP permet de nombreux bienfaits, tant sur la prévention primaire des maladies que la prévention secondaire et tertiaire (PAGAC, 2018; INSERM, 2019; ACSM, 2021).

³ PAGAC : Physical Activity Guidelines Advisory Committee (Traduction personnelle : Comité consultatif sur les directives en matière d'activité physique) des Etats-Unis

⁴ <https://health.gov/our-work/nutrition-physical-activity/physical-activity-guidelines/current-guidelines/scientific-report> [Consulté le 14/02/2022], page 77 (D-13).

1.1.4. Les bienfaits de l'activité physique

1.1.4.1. Les maladies chroniques

À l'heure actuelle, il n'existe pas de définition consensuelle pour désigner une maladie chronique. En effet, il est difficile de trouver une description universelle, tant le point de vue diffère selon l'intéressé : le médecin, le patient et la société. C'est ainsi que les Anglo-Saxons utilisent respectivement 3 termes différents (Disease, Illness, Sickness) pour désigner une maladie (BOYD, 2000). Des dizaines de définitions sont présentes dans la littérature. L'absence de consensus rend plus difficile l'analyse épidémiologique de ses maladies et leurs répercussions économiques.

L'OMS définit les maladies chroniques comme des « affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement et qui nécessitent un traitement et des soins à long terme» (PORTAL et al., 2010, p3). Cette définition reste imprécise et centré sur le modèle médical.

Nous retiendrons la définition du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) prenant en compte l'individu dans sa globalité, dans sa sphère bio-psycho-sociale. Ainsi une maladie chronique se caractérise par (HCSP, 2009, p.18) :

- 1) La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive qui dure dans le temps.
- 2) Une durée d'au moins 3 mois.
- 3) Un retentissement sur la vie quotidienne avec au moins un des 3 critères suivants :
 - « Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale » (ibidem, p.18).
 - « Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle » (ibidem, p.18).
 - « La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social » (ibidem, p.18).

Les maladies chroniques comprennent les maladies transmissibles (Virus de l'Immunodéficience Humaine, hépatites, etc.) et non transmissibles (Cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.) (INSERM, 2019). Aujourd'hui elles constituent un véritable phénomène de santé publique. Les maladies chroniques sont responsables de 71% des décès dans le monde (WHO, 2018a) et de 88% des décès en France (WHO, 2018b). Les pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, le cancer et le diabète de type 2 sont responsables à elles seules de 80% de la mortalité liée à ces maladies (WHO, 2018a).

En France, 25% des personnes souffrent d'une maladie chronique*. Après 65 ans, cela représente trois français sur quatre. L'impact économique annuel est estimé à 1.3 milliard d'euros*. Les 4 principaux facteurs de risque de ces maladies sont liés à nos comportements : ce sont la consommation de tabac, l'inactivité physique, la consommation d'alcool et la mauvaise alimentation (INSERM*, 2019). L'inactivité physique tuerait chaque année, plus de 4 millions de personnes dans le monde (KATZMARZYK et al., 2022). De ce fait, l'AP présente un grand intérêt. Elle permet non seulement de prévenir l'apparition de ses pathologies chroniques mais aussi d'en réduire les complications (ACSM, 2021).

1.1.4.2. Les bienfaits de l'AP en prévention primaire

Durant ces 5 dernières années, plus de 15 000 articles scientifiques avec « exercice » comme « MeSH Terms » ont été publiés sur Pubmed. Cela montre l'intérêt que porte la communauté scientifique vis-à-vis de l'AP. Parmi ces articles, beaucoup s'intéressent aux effets de l'AP dans la prévention des maladies. L'OMS désigne la prévention d'une pathologie comme « *Les mesures qui visent à empêcher l'apparition de la maladie, mais aussi à en arrêter le progrès et à en réduire les conséquences* » (1984, p20). Il existe 3 catégories : la prévention primaire qui vise à empêcher l'apparition de la maladie, et la prévention secondaire et tertiaire qui cherche à stopper ou à retarder son évolution (WHO, 1984). En prévention primaire, l'AP diminue le risque de mortalité lié à ces maladies (PAGAC, 2018). Pour bien comprendre comment celle-ci contribue aux bienfaits de notre santé, il est important de détailler ces effets sur notre organisme.

Sur la fonction musculaire, l'AP pratiquée de manière régulière, permet de modifier la typologie des fibres musculaires, d'augmenter le volume (hypertrophie), mais aussi le nombre d'enzymes et de mitochondries présent dans le muscle. Elle permet donc de limiter la perte de masse musculaire, qu'elle soit liée au vieillissement physiologique de notre corps (atrophie musculaire), au vieillissement pathologique (sarcopénie) ou aux maladies (cachexie) telles que les cancers (INSERM, 2008).

Sur le capital osseux, l'activité physique exerce des contraintes mécaniques sur l'os ce qui augmente sa masse, sa densité et sa minéralisation permettant ainsi un meilleur remodelage osseux. De plus, la pratique d'AP augmente la résistance à la fracture. Ainsi, en contribuant au maintien du capital osseux, nous comprenons bien que l'AP va prévenir l'apparition de pathologies en lien avec cette fonction : c'est le cas de l'ostéoporose notamment (INSERM, 2008).

Sur la fonction cardio-vasculaire et pulmonaire, l'activité physique agit sur l'augmentation de l'absorption maximale d'oxygène et la diminution de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle. L'AP améliore le fonctionnement de la pompe cardiaque et favorise les échanges pulmonaires (ACSM, 2021). Ainsi, elle permet de prévenir l'apparition des pathologies cardio-vasculaires comme les AVC, l'hypertension artérielle et les cardiopathies. Elle limite aussi l'apparition de maladies respiratoires comme l'asthme ou la BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) (INSERM, 2008).

Sur la fonction métabolique, l'activité physique stimule le transport du glucose par des voies indépendantes de l'insuline et permet un meilleur captage de celui-ci par les cellules musculaires. De plus, elle augmente la sensibilité musculaire à l'insuline. Par ses actions, elle permet donc de prévenir l'apparition de maladies métaboliques telles que le diabète (INSERM, 2008).

Enfin sur la fonction cognitive, l'activité physique régulière protège les lésions cérébrales, en augmentant la production du Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) qui est un facteur favorisant la survie des neurones. Par ailleurs, elle améliore la fonction cognitive, réduit l'anxiété et la dépression (INSERM, 2008). Ainsi, l'AP permet de prévenir l'apparition de certaines maladies cognitives (démences, Alzheimer...) et de limiter la survenue d'un syndrome dépressif (PAGAC, 2018).

1.1.4.3. Les bienfaits de l'AP en prévention secondaire et tertiaire

Malgré les nombreuses vertus de l'AP, il n'est pas toujours possible d'éviter l'apparition des maladies chroniques : on estime que 20 millions de français en souffrent. L'AP a aussi un effet dans la prévention secondaire et tertiaire de ces pathologies (INSERM, 2008).

En 2018, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a réalisé une expertise d'envergure en s'appuyant sur de solides preuves scientifiques. Dans cette étude, il est clairement démontré que la pratique d'une AP régulière réduit les complications et améliore la qualité de vie chez les patients atteints de maladies chroniques (INSERM, 2019). La Figure 4 ci-dessous résume par quels mécanismes l'AP agit dans la prévention secondaire et tertiaire.

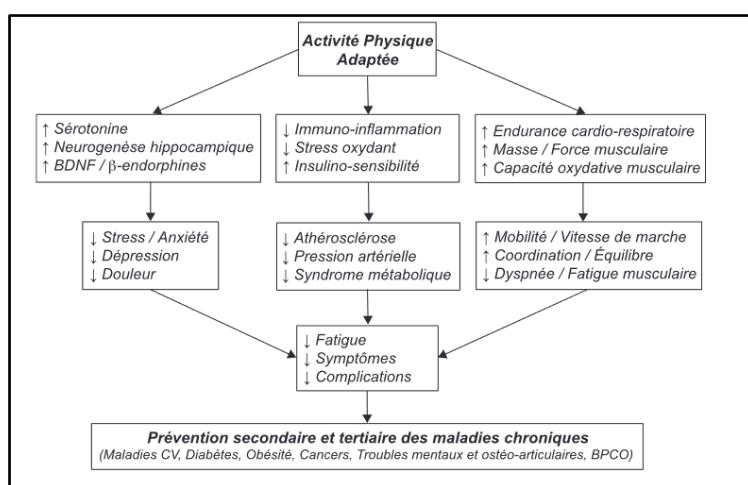


Figure 4 : Les effets bénéfiques de l'AP dans les maladies chroniques (INSERM, 2019, p746)⁵

Le diabète de type 2, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires sont responsables à elles quatre de la majorité de la mortalité liée aux maladies chroniques. Pourtant, de nombreuses études montrent que l'AP a un effet sur ces pathologies (PAGAC, 2018; INSERM, 2019; ACSM, 2021).

L'OMS (2012) définit les maladies CardioVasculaires (CV) comme « *un ensemble de troubles qui affectent le cœur et les vaisseaux* » (p.1). Parmi elles, on retrouve les cardiopathies coronariennes et les maladies cérébrovasculaires (comme les accidents vasculaires cérébraux), l'insuffisance cardiaque, les artériopathies périphériques, les cardiomyopathies, ou encore l'hypertension artérielle (WHO, 2012). Chez des patients atteints de pathologies cardiovasculaires, l'AP régulière à une double action. D'une part, elle permet une amélioration des facteurs de risques CV modifiables (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète) ce qui induit indirectement un effet anti-athérosclérose (ACSM, 2021). D'autre part, elle induit directement une meilleure vasodilatation des vaisseaux et une amélioration de certains paramètres cardiaques (diminution de la fréquence cardiaque (FC) de repos, augmentation de la VO₂ max, amélioration de la tolérance à l'effort et de la FC de récupération...) (ibidem). De plus elle a une action anti-inflammatoire (ibidem).

⁵ <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/9689> [Consulté le 14/02/2022], page 746

Ainsi, l'AP permet de diminuer la mortalité globale et CV. Elle réduit le nombre et la durée des hospitalisations. Elle provoque une amélioration des symptômes (diminution de la dyspnée, de l'angor, de la claudication artérielle...) et de la qualité de vie (INSERM, 2019). La société européenne de cardiologie recommande fortement l'utilisation de l'AP dans le traitement non médicamenteux des pathologies cardiovasculaires (PELLICCIA et al., 2021).

Les maladies respiratoires sont des pathologies qui touchent « *les voies aériennes, y compris les voies nasales, les bronches et les poumons* » (WHO, 2021a, p.1). Cela peut concerner des infections aigues comme le Sars-CoV-2, les pneumonies ou les bronchites aigues, ou bien des affections chroniques, les plus connues étant la mucoviscidose, les troubles respiratoires du sommeil, l'asthme et la BPCO (WHO, 2021a). Si l'AP n'est pas justifiée en première intention pour les maladies respiratoires aigües, elle devient indispensable lorsque celles-ci se chronicisent. L'AP régulière permet d'améliorer les capacités respiratoires (augmentation de la VO₂ max et de la saturation), d'augmenter la tolérance à l'effort mais aussi l'endurance et la force des muscles squelettiques et respiratoires (PAGAC, 2018). Ainsi, l'AP contribue à diminuer le risque de mortalité globale et cardio-respiratoire, à atténuer les symptômes (dyspnée, toux...) et à réduire la fréquence et la durée des hospitalisations. Elle limite aussi le nombre et l'intensité des exacerbations et améliore la qualité de vie (INSERM, 2019). Les programmes de réhabilitation respiratoire, comprenant notamment de l'éducation thérapeutique et du réentraînement à l'effort, font partie du traitement de référence chez les patients atteints de pathologies respiratoires chroniques. La société européenne des maladies respiratoires recommande fortement l'AP en première intention chez ce type de patient (SPRUIT et al., 2013).

L'OMS (2021b) identifie le cancer comme étant un terme général utilisé pour définir un groupe de maladies caractérisées « *par une prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases* » (p.1). Le cancer peut toucher n'importe quelle partie du corps humain. Le cancer colorectal, du sein, de la prostate, et du poumon sont les quatre plus fréquents (INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2017). De fortes preuves montrent que l'AP peut prévenir l'apparition de ces cancers (LEITZMANN et al., 2015). De plus, elle permet de réduire la mortalité liée à ces cancers et de limiter le risque de récidive (ACSM, 2021). Il faut savoir que les patients atteints de cancers ont à la fois des altérations liées à la maladie en elle-même mais aussi beaucoup de complications d'origine iatrogène. Ainsi, ils ont une modification de leur composition corporelle avec une perte de masse maigre, une altération de leur capacité respiratoire, des douleurs, une fatigue accrue et une diminution de leur qualité de vie associée ou non à des épisodes d'anxiété et de dépression. L'AP permet d'agir sur l'ensemble de ces facteurs (PAGAC, 2018). De plus, elle permet de limiter les effets indésirables de certains traitements : par exemple il a été montré que la pratique d'exercice d'intensité modérée permettait une diminution des nausées et de la fatigue liée à la chimiothérapie (INSERM, 2019). L'AP a aussi montré un intérêt dans d'autres cancers (ex : cancer de l'endomètre), mais des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre certains paramètres (INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2017). L'Institut Américain pour la recherche contre le cancer mentionne que l'activité physique est fortement recommandée dans le traitement non médicamenteux de certains cancers (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2018).

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie (augmentation du glucose dans le sang) qui apparait « lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit » (WHO, 2021c, p.1). Chez des patients atteints d'un diabète, l'AP régulière permet de diminuer la mortalité toutes causes confondues (PAGAC, 2018). Elle permet aussi d'améliorer la qualité de vie et le contrôle glycémique grâce à une diminution du taux d'hémoglobine glyquée et une meilleure sensibilité des tissus à l'insuline. Cela a pour effet d'induire une diminution de l'insulino-résistance. Chez les patients traités par insuline, elle permet même de diminuer la dose injectée. (INSERM, 2019). De plus, elle réduit les complications micro et macro vasculaires (*ibidem*). Ces effets bénéfiques font de l'activité physique un traitement de choix dans le traitement non médicamenteux du diabète (COLBERG et al., 2016). Elle est recommandée en première intention par la société francophone du diabète (DUCLOS et al., 2019).

Outre l'effet de l'AP sur ces quatre catégories de pathologies, BOOTH, ROBERTS et LAYE (2012) ont mis en évidence que l'AP permettait de prévenir l'apparition de 35 pathologies chroniques. PEDERSEN et SALTIN (2015) ont démontré que l'AP devrait être prescrite au même titre qu'un médicament pour 26 maladies chroniques. Ainsi, la prescription d'exercice doit être un traitement de choix pour les maladies que nous avons précédemment cité, mais aussi pour des maladies psychiatriques comme la dépression, pour des maladies neurologiques tel que l'Alzheimer, ou encore pour des pathologies musculosquelettiques comme l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde ou la lombalgie chronique (PEDERSEN et SALTIN, 2015). En France, l'expertise collective INSERM recommande la prescription d'AP en première intention pour la plupart des maladies chroniques (GRÉGORY NINO, 2020).

1.1.5. Les recommandations mondiales d'AP

D'une part, l'augmentation de la sédentarité et de l'inactivité dans le monde, et d'autre part, les nombreux bénéfices de l'AP en prévention primaire, secondaire et tertiaire ont conduit l'OMS en 2010 à publier des recommandations sur celle-ci. Ces recommandations servent de références mondiales pour la population. Elles diffèrent selon l'âge. Chez les patients atteints de maladies chroniques, on préfère parler d'APA plutôt que d'AP, tant celle-ci doit être adaptée en fonction des limitations de la personne. L'OMS a publié en 2020 de nouvelles recommandations. Ces dernières diffèrent de celles de 2010 sur quelques points. Pour la première fois l'OMS tient compte de la sédentarité. Globalement, les nouvelles recommandations ont doublé par rapport à celles de 2010. Nous avons réalisé un tableau synthétique afin de mieux comprendre les changements. Les données sont présentées dans la Figure 5 (page suivante) (WHO, 2010; WHO, 2020).

La population mondiale peine à respecter ces recommandations. En 2016, 27.5% de la population mondiale pratiquait un niveau insuffisant d'activité physique (GUTHOLD et al., 2018). Pourtant, les respecter permettrait de diminuer de 46% le nombre de décès associé à l'inactivité physique (MOK et al., 2019). Face à ce constat, des plans d'action ont été mis en place par l'OMS. De plus, chaque pays à l'échelle nationale élabore des stratégies pour réduire l'inactivité physique et promouvoir le « sport-santé ».

Figure 5 : Tableau comparatif des recommandations mondiales d'AP entre 2010 et 2020 (WHO, 2010; WHO, 2020).

	Recommandations de 2010	Recommandations de 2020
Enfants (5 à 17 ans)	Au moins 60 minutes d'AP par jour, d'intensité modérée à soutenue, en privilégiant les activités d'endurance. (Dont au moins 3 fois par semaine, pratiquer des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux).	Au moins 60 minutes d'AP par jour, d'intensité modérée à soutenue, en privilégiant les activités d'endurance. (Dont au moins 3 fois par semaine, pratiquer des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux).
Adultes (18 à 64 ans)	Au moins 150 minutes d'AP d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes d'intensité soutenue, ou une combinaison des deux intensités. Pour des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé : pratiquer en plus, au moins 2 fois par semaines des activités de renforcement musculaire.	Au moins 150 à 300 minutes d'AP d'endurance d'intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'intensité soutenue ou une combinaison des deux intensités. Pour des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé : pratiquer en plus, au moins 2 fois par semaines des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue .
Adultes (65 ans ou +)	<u>Recommandations identiques aux adultes de 18 à 64 ans et en plus :</u> Pratiquer au moins 3 fois par semaine une AP visant à améliorer l'équilibre et prévenir les chutes (uniquement pour les personnes âgées dont la mobilité est réduite).	<u>Recommandations identiques aux adultes de 18 à 64 ans et en plus :</u> Pratiquer au moins 3 fois par semaine une AP visant à améliorer l'équilibre et prévenir les chutes (pour toutes les personnes âgées).
Patients souffrant d'affections chroniques	Les recommandations sont les mêmes que pour la population générale mais nécessitent d'être adaptées en fonction de l'impact de la maladie sur les capacités motrices et cognitives.	Les recommandations sont les mêmes que pour la population générale mais nécessitent d'être adaptées en fonction de l'impact de la maladie sur les capacités motrices et cognitives.
Pour les 4 catégories ci-dessus		Limiter le temps de sédentarité en remplaçant comportements sédentaires par une AP de n'importe quelle intensité (y compris de faible intensité).

1.2. Le Sport-Santé

1.2.1. Développement du sport-santé à l'échelle mondiale

Une des priorités de santé est de réduire et de prévenir les maladies chroniques qui pour rappel représentent plus de 70% des décès toutes causes confondues. L'inactivité physique, au même titre que l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool sont les principaux facteurs de risques (WHO, 2018a). Agir sur ces facteurs est un enjeu majeur auquel l'OMS tente de répondre à travers différents plans. Certains sont mondiaux (WHO, 2013), d'autres européens comme le plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020). Dans ce dernier, il est attendu d'ici 2025 « *une baisse relative de 10% dans la prévalence d'une activité physique insuffisante* » (WHO, 2013, p.7). L'OMS a

mis en place une stratégie d'AP pour les années 2016-2025 afin de préciser ce plan et de favoriser la pratique de celle-ci dans le monde. Ces directives s'adressent aux pays de la région européenne. Dans cette stratégie, l'OMS met l'accent sur le développement du « sport-santé ». Elle recommande à chaque « pays membre » d'intégrer l'AP dans leur politique nationale de santé et de la promouvoir en la coordonnant à tous les niveaux (national, régional, local) et dans tous les secteurs (santé, sport, transports...) (WHO, 2015). De plus, l'OMS recommande de promouvoir le sport sur ordonnance en intégrant la pratique d'APA pour lutter contre les maladies chroniques (*ibidem*). Promouvoir cette dernière à travers le domaine de la santé est donc devenue une priorité. Si l'instauration de l'AP dans les politiques de santé est relativement récente en France, ce n'est pas le cas de tous les pays : certains ont décidé de s'y intéresser bien avant les recommandations et les directives de l'OMS.

Au Canada, le gouvernement prône un mode de vie actif depuis plus de 40 ans (PÉRONNET, 2009). Depuis 2007, l'initiative « l'exercice : un médicament ® Canada » permet aux médecins canadiens de prescrire à leur patient des recommandations en terme d'AP (FRÉMONT, FORTIER et FRANKOVICH, 2014). En Nouvelle Zélande, cela fait aussi plus de 20 ans que le gouvernement a lancé « The Green Prescription », donnant la possibilité aux médecins mais aussi aux infirmières de prescrire une AP. Un organisme se charge ensuite d'évaluer les objectifs et les motivations du patient, et de le suivre pendant 3 à 6 mois. Ce programme a montré une augmentation du temps d'AP de 64 minutes par semaine et une diminution du taux de sédentarité (HAMLIN et al., 2016).

Malgré ces initiatives novatrices et prometteuses, la prévalence de l'inactivité et de la sédentarité n'est pas moins élevée qu'en France (GUTHOLD et al., 2018). Sur ce point, les pays nordiques font figures de référence comme en témoigne l'enquête « EUROBAROMETRE », réalisée auprès de 30 000 citoyens de l'Union Européenne (EU). Cette étude révèle qu'en Finlande, en Suède et au Danemark, respectivement 13%, 15% et 20% des personnes ne pratiquent aucune Activité Physique et Sportive (APS) contre 46% en France. Ces trois pays font partie de ceux où la population est la plus active (DG EAC, 2017). L'OMS a mis en évidence trois déterminants principaux qui peuvent influencer le niveau de pratique d'AP des personnes. Le macro-environnement qui regroupe les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Le micro-environnement qui englobe l'environnement de vie, de travail et le soutien des communautés locales. Enfin, les facteurs individuelles qui sont propres à l'individu : on y retrouve la motivation, les croyances, etc (WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2006). Pour augmenter le niveau d'AP d'une population, il est nécessaire d'agir sur l'ensemble de ces déterminants. C'est ce qu'on réussit à faire les pays nordiques en y inculquant une véritable culture de l'AP, à tous les niveaux. Ces nations ont aussi fortement développé la prescription d'APA depuis ces 20 dernières années.

En Finlande, le sport-santé s'est développé à partir des années 90. Le sport sur ordonnance à lui vu le jour en 2001, à travers un programme intitulé « PAP : Physical Activity Prescription » (AITTASALO et al., 2007). Au Danemark, le sport sur ordonnance date des années 2000 (JØRGENSEN, NORDENTOFT et KROGH, 2012). Dans ces 2 pays, le médecin prescrit une AP sous forme de recommandations écrites aux patients sédentaires ou souffrant de pathologies.

La Suède quant à elle, propose un dispositif extrêmement bien coordonné qui met en jeu de nombreux acteurs du sport et de la santé. Depuis 2001, le programme FaR (Fysisk Aktivitet pa-Recept) ou « activité physique sur ordonnance » offre la possibilité aux médecins mais aussi aux professionnels de santé (Masseurs-kinésithérapeutes, Infirmières, etc.) de prescrire une AP aux patients inactifs et/ou atteints de pathologies chroniques (PROFESSIONAL ASSOCIATIONS FOR PHYSICAL ACTIVITY (SUÈDE), 2010). Les prescripteurs s'aident d'un manuel interactif contenant des recommandations d'AP pour 53 types d'affections. En fonction de ses limitations fonctionnelles, le patient pratique l'AP seule ou au sein d'acteurs locaux (associations, entreprises privées...). Aucune participation financière n'est prise en charge par la sécurité sociale (*ibidem*).

Les résultats montrent qu'après 6 mois de prise en charge, le taux d'observance est similaire à celui d'un traitement médicamenteux (KALLINGS, LEIJON, et al., 2009). De plus, on observe une croissance du nombre de prescriptions : 17 000 en 2007, 50 000 en 2010 (KALLINGS, 2012). Une étude randomisée a montré que dans ce contexte de prescription, l'AP améliore la composition corporelle et réduit les facteurs de risques métaboliques (KALLINGS, SIERRA JOHNSON, et al., 2009). Enfin, une récente revue systématique a mis en évidence que le programme FaR augmente le niveau d'AP des patients (ONERUP et al., 2019). Face à ces résultats prometteurs, la Suède a décidé d'étendre le programme à d'autres pays. Elle est à l'origine du projet « European Physical Activity on Prescription model (EUPAP) » qui a pour objectif de transposer le modèle FaR à 10 membres de l'UE d'ici la fin de l'année 2022 (HANSSON, 2019).

D'autres pays de l'UE ont développé le sport sur ordonnance plus tardivement. En Suisse, il faut attendre 2012 pour que le programme national « Physical Activity Promotion in Primary Care (PAPRICA) » voit le jour. Dans ce programme, le médecin réalise un dépistage massif de la sédentarité et de l'inactivité chez presque tous les patients qu'il reçoit. Lorsque les patients sont sédentaires, il peut après un entretien motivationnel donner des recommandations d'AP au patient (BIZE, 2012).

En Allemagne, la promotion de l'AP a débuté dans les années 1970. Il faut cependant attendre 2011 pour que le gouvernement fédéral lance un dispositif de sport sur ordonnance destiné aux patients souffrant de pathologies (BAR, 2011)⁶. Là encore, le médecin est au cœur de ce dispositif : il peut prescrire aux patients de l'AP. Celui-ci bénéficie de 50 à 120 séances à réaliser auprès d'un organisme de sport dédié, sur une période de 18 à 24 mois. Chaque patient bénéficie d'une seule prescription (dans de rares cas, il est possible de la renouveler). À la différence des pays nordiques, l'Allemagne met l'accent sur le remboursement intégral de l'AP par la sécurité sociale. La rémunération et le règlement dépendent du prestataire qui prend en charge le patient et des accords passés entre ce dernier et les représentants des caisses d'assurance sociale (BAR, 2011).

En France, l'AP au service de la santé est récente : il faut attendre 2011 pour entrevoir les prémisses du sport-santé et 2016 pour la mise en place du sport sur ordonnance.

⁶ BAR : BundesArbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

1.2.2. Développement du sport-santé à l'échelle nationale

Chaque état membre de l'OMS établit sa propre politique de santé. En France, la stratégie nationale de santé est définie par le gouvernement qui prend en compte les recommandations de l'OMS, du HCSP et de la HAS. À la suite des différents plans d'actions mis en place par l'OMS en matière d'AP, l'État français a durant cette dernière décennie, donné une place importante à celle-ci. Deux dates majeures ont marqué un tournant dans la promotion du « Sport-santé » en France. En 2010, l'OMS publie des recommandations d'AP à atteindre pour obtenir des bénéfices sur la santé (WHO, 2010). En 2011, la HAS reconnaît celle-ci comme une thérapie non médicamenteuse validée. Elle incite fortement les médecins à prescrire de l'APA dans le traitement des maladies chroniques (HAS, 2011).

Depuis ces deux dates, l'État français ne cesse de prendre des mesures pour développer le « Sport-Santé ». En 2012, les ministres en charge des sports et de la santé, Valérie Fourneyron et Marisol Touraine, mettent en place le Plan National Sport Santé Bien-Etre (PNSSB) 2013-2018 qui entre en vigueur l'année suivante (circ., 24 déc., 2012). Pour la première fois, un plan est entièrement consacré au sport pour ses vertus de santé. En 2016, la loi n°2016-41 relative à la modernisation de notre système de santé, inscrit la prescription d'AP dans la législation française. En effet, l'article 144 mentionne qu'il est possible pour le médecin traitant de prescrire une APA pour des patients atteints d'une affection de longue durée (L. N° 2016-41). Si le concept d'APA existait bien avant 2016, cette année-là marque un tournant dans la promotion du « Sport-Santé » en France. Depuis ce décret, d'autres plans d'action ont vu le jour. C'est le cas de la stratégie nationale de sport santé 2019-2024 qui a remplacé le PNSSB. Mise en place par le Ministère des Solidarités et de la Santé et le Ministère des Sports, celle-ci met l'accent sur la promotion du sport sur ordonnance en France (2019).

1.2.3. Le décret du sport sur ordonnance en France

L'article L1172-1 du Code de la Santé Publique (CSP) relatif à la loi de modernisation du système de santé 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* » (CSP, art. L. 1172-1, 2016). Le décret n°2016-1990, entré en vigueur le 1^{er} mars 2017 précise les conditions d'applications de l'article (D. n° 2016-1990).

1.2.3.1. L'Activité Physique Adaptée (APA) :

Dans le décret, l'APA est définie comme suit (D. N° 2016-1990) :

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.

Cette définition législative diffère donc de celle que nous avons évoquée précédemment (1.1.1). L'APA, telle que définie dans la loi, est une AP destinée aux patients atteints de pathologies. Elle est « adaptée » au sens où elle prend en compte la sévérité de la pathologie, le risque médical et les

capacités fonctionnelles du patient. Tout comme l'AP, il est possible de réaliser une APA dans un contexte d'activité quotidienne, de sport, ou de loisirs et d'exercices programmés. En revanche l'APA n'est pas un acte de rééducation, qui lui, est réservé aux professionnels de santé (D. N° 2016-1990).

1.2.3.2. Les bénéficiaires de l'APA :

Le décret précise que les bénéficiaires de l'APA concernent exclusivement les patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) (D. n° 2016-1990). En France, les ALD sont inscrites sur le code de la sécurité sociale. Ce sont des affections dont le caractère chronique et/ou la gravité nécessite une thérapeutique couteuse et un traitement prolongé. Il en existe deux types.

- L'ALD exonérante, permet au patient d'avoir l'ensemble des soins liés à cette affection pris en charge à 100% par la sécurité sociale. Il en existe 29, parmi lesquelles se trouvent, le diabète, le cancer, l'insuffisance cardiaque ou encore la BPCO (CSS, art. D. 322-1). La liste complète est présentée en Annexe 1 (8.1). À cela s'ajoute l'ALD 31 « hors liste » qui s'applique pour des pathologies graves et invalidantes qui ne figurent pas sur la liste des 29 ALD. Il existe aussi l'ALD 32 qui concerne des patients atteints de polypathologies (ASSURANCE MALADIE, 2022).
- L'ALD non exonérante concerne des affections qui n'entrent dans aucune des catégories énoncées et dont l'évolution est supérieure à 6 mois. Elle n'ouvre pas le droit au ticket modérateur, le patient sera remboursé par la sécurité sociale aux tarifs habituels (ASSURANCE MALADIE, 2022).

Toutes personnes souffrant d'une ALD est susceptible de pouvoir bénéficier d'une prescription d'APA. En France, en 2019, 13 millions d'assurés étaient atteints ALD, soit 18% de la population (ASSURANCE MALADIE, 2020). En 2017, 34% des plus de 45 ans étaient en ALD contre 60% pour les 81-85 ans (DRESS, 2021). Le diabète, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques de longues durées sont les plus fréquentes. Ces trois maladies représentent à elles-seules près de 60% des ALD (ibidem). Les dépenses liées à ces maladies constituent plus de 60% des dépenses totales de santé (soit 90 milliards d'euros). En moyenne, un patient ALD coûte 8 900 euros par an à la sécurité sociale : c'est 7 fois plus qu'un patient assuré non-ALD. Au total, le dispositif de sport sur ordonnance s'adresse à un public large puisque un français sur six est atteint de ce type d'affection (ibidem).

1.2.3.3. Les prescripteurs de l'APA :

Dans le décret relatif au sport sur ordonnance, le médecin traitant est le seul prescripteur habilité à prescrire une AP aux patients souffrant d'ALD (D. n° 2016-1990). La législation parle bien de « prescription médicale ». Ce terme ne se limite pas aux préconisations inscrites sur l'ordonnance, elle peut aussi prendre la forme d'un conseil oral ou d'un document d'information. Cependant, la plupart des prescriptions sont écrites et se font par l'intermédiaire d'une ordonnance (ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, 2021). Ainsi, on associe souvent les termes « prescription » et « ordonnance » comme des synonymes. Bien qu'inexacte au sens étymologique, nous utiliserons ces mots de façon interchangeable.

Avant la mise en place de ce décret, les médecins pouvaient déjà prescrire de l'AP (HAS, 2011). En pratique, très peu de médecins y avaient recours, celle-ci étant réservée pour les prescriptions médicamenteuses (GÉRIN et al., 2015). Ce décret permet de fixer un cadre légal. Le médecin est désormais informé de la possibilité de prescrire une AP de manière écrite. La HAS a rédigé un guide d'aide à la prescription, destiné aux médecins, précisant la conduite à tenir (HAS, 2019a).

Le médecin traitant occupe un rôle central dans ce dispositif puisqu'il est le premier maillon de la chaîne. Par l'intermédiaire d'une consultation médicale, il reçoit le patient souffrant d'ALD. Celle-ci comprend un interrogatoire, une évaluation du niveau de risque cardiovasculaire, un examen physique, une évaluation de la condition physique ainsi qu'un entretien motivationnel. À cela peut s'ajouter des examens complémentaires si le médecin le juge nécessaire. À l'issue de cette consultation, le médecin doit déterminer les limitations fonctionnelles du patient de manière formelle et le classer parmi 4 phénotypes : sévères, modérées, minimes, sans limitations. Pour cela, il peut s'aider d'une grille spécifique, présentée en Annexe 2 (8.2). Le phénotype est choisi en fonction du degré d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales, sensorielles et de la perception de la douleur du patient. Après l'avoir déterminé, le médecin traitant lui adresse une ordonnance d'APA ainsi qu'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive. Il le redirige ensuite vers une structure dédiée (maisons de sport-santé, association, etc.) ou directement vers un des professionnels habilités à dispenser une APA. La liste complète de ces professionnels est présentée en Annexe 3 (8.3). (HAS, 2019a).

1.2.3.4. Les dispensateurs de l'APA :

Ce dispositif fait intervenir des professionnels du sport et des professionnels de santé. Tous les encadrants de l'APA ne peuvent pas intervenir auprès de tous les patients dans les mêmes conditions. En effet, cela dépend du phénotype du patient, préétablit par le médecin traitant. En revanche, tous les professionnels mentionnés par ce décret peuvent à minima prendre en charge des patients sans limitation ou avec des limitations minimes (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017).

Les professionnels de santé habilités à dispenser une APA sont les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK), les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Ils interviennent préférentiellement auprès de patients présentant des limitations fonctionnelles sévères. Selon le décret, ce sont les seuls à pouvoir intervenir en première intention (à la suite de la prescription du médecin) pour ce type de limitation. En fonction de l'état de santé du patient et de sa progression, ils peuvent réorienter le patient vers un enseignant en APA, qui prendra le relai (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017).

Les professionnels du sport habilités à dispenser une APA sont nombreux. Ils sont tous soumis au code du sport (C. sport, ann. II, art. A. 212-1). Parmi eux, on distingue les enseignants en APA, titulaires d'un diplôme universitaire dans ce domaine. Ces derniers interviennent préférentiellement auprès de patients présentant des limitations fonctionnelles modérées. Ils peuvent également prendre en charge des limitations sévères en seconde intention, en fonction de la progression et de l'état de santé du patient. On retrouve aussi d'autres professionnels du sport comme les éducateurs sportifs, et les fonctionnaires et militaires qualifiés en la matière. Ils interviennent préférentiellement auprès de patients présentant des limitations fonctionnelles minimes (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017).

a. Les éducateurs sportifs

Les éducateurs sportifs sont des professionnels du sport qui encadrent des APS. Ils sont soumis au code du sport. Tout éducateur désirant exercer contre rémunération doit se déclarer auprès de son autorité administrative. Celle-ci lui délivre en retour, une carte professionnelle ayant une validité de 5 ans (Ord. n° 2006-596, 2006).

Dans le cadre du sport-santé, nombreux sont les éducateurs sportifs à être habilité à dispenser des APA. On retrouve les enseignants APA, dont la licence est délivrée par le ministère chargé de l'enseignement supérieur ; les MK, sous la tutelle du ministère chargé de la santé ; et d'autres diplômes délivrés par le ministère chargé des sports comme le DESJEPS⁷ mention sport-adapté (C. sport, ann. II, art. A. 212-1). Des certifications fédérales (Diplômes, CQP ou TFP⁸), délivrés par les fédérations, peuvent aussi permettre d'encadrer des APA dans un contexte bien précis. Par exemple le diplôme fédéral de Moniteur de basketball option « *Brevet fédéral Animateur basket santé* » permet d'encadrer du sport-santé uniquement pour le basket (A., 8 NOV. 2018).

Finalement, divers organismes de formations, relevant de ministères distincts, peuvent délivrer des diplômes, ce qui complique la compréhension et la distinction entre les différents éducateurs sportifs. L'instruction interministérielle (2017) elle-même différencie les éducateurs sportifs, des enseignants APA et des MK. Il s'agit en réalité d'un abus de langage puisque ces deux professionnels sont par définition, aussi des éducateurs sportifs (C. sport, ann. II, art. A. 212-1).

b. Les masseurs-kinésithérapeutes

Dans le dispositif du sport sur ordonnance, les MK sont les seuls avec les psychomotriciens et les ergothérapeutes à pouvoir prendre en charge l'ensemble des bénéficiaires d'une prescription d'APA.

L'AP dispensée par les MK est définie par le CSP à l'article R.4321-13 « La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive » et par le code du sport à l'annexe II-1 de l'article A. 212-1 « *bilan kinésithérapique et gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.* » (CSP, art. R. 4321-13, 2004a).

Les ergothérapeutes et les psychomotriciens sont autorisés à encadrer les APA dans la limite de leur champ de compétence. Leur pratique n'est pas défini dans le code du sport. Elle l'est uniquement par le CSP. Pour les ergothérapeutes, il faut se référer à l'article R.4331-1 qui stipule que le travail articulaire ou musculaire est possible « *Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail.* » (CSP, art. R. 4331-1, 2004b). Pour les psychomotriciens, c'est l'article R.4332-1 qui sert de référence pour la prescription d'APA. Ils sont habilités à utiliser des « *techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination* » en utilisant la médiation corporelle et des mouvements doux. (CSP, art. R. 4332-1, 2004c).

⁷ Diplôme d'Etat Supérieur de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (DESJEPS)

⁸ Certificat de Qualification Professionnelle (CQP) ; Titre à Finalité Professionnelle (TFP)

Dans le cadre du dispositif de prescription d'APA, les psychomotriciens et les ergothérapeutes interviennent dans le respect de leur champ respectif et uniquement « si besoins » pour les limitations minimes (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017).

Les MK sont les seuls professionnels de santé habilités à encadrer une AP contre rémunération. Cela leur est possible grâce à leur compétence d'éducateur sportif que les ergothérapeutes et psychomotriciens ne disposent pas (CNOMK, 2016). Du fait de leur double compétence, les MK ont un rôle clé à jouer dans le dispositif du sport sur ordonnance. Leur rôle est justifié puisque que l'AP fait partie intégrante de leur formation. Ainsi l'objectif 3 de l'Unité d'Enseignement (UE) 23 est intitulé « *Intervention en pratique sportive et activités physiques adaptées* » et l'UE 18 « *Sport et activité physique* » (A., 02 sep. 2015, relatif au DE de MK). Toutefois, le nombre d'heures enseignées relatives aux APA restent faibles, d'autant plus si l'on compare cela aux enseignements dont disposent les professionnels APA issus de la filière STAPS (SFP-APA, 2016).

c. Les enseignants en APA

L'enseignant en APA, est issu de la filière en Sciences Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). Il est titulaire à minima d'une licence STAPS mention APA-Santé et peut en plus être diplômé d'un master ou d'un doctorat dans ce domaine. Il est souvent appelé « *Enseignant en APA (EAPA)* ». Ses conditions d'application sont définies dans le code du sport. Il peut « *encadrer des APS à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique* » (SFP-APA, 2016). C'est un professionnel qui intervient notamment auprès de personnes en situation de handicap, en difficulté d'insertion sociale ou atteintes de maladies chroniques. « *L'Enseignant en APA utilise les activités physiques en les adaptant dans un objectif de réadaptation, d'éducation, de prévention et/ou d'insertion sociale* » (SFP-APA, 2015).

L'EAPA est donc aussi un acteur privilégié dans le dispositif de « sport sur ordonnance ». Le décret précise qu'il intervient en complémentarité des professionnels de santé, et qu'il est l'acteur privilégié quand les limitations du patient sont modérées (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017).

1.2.3.5. Résumé du fonctionnement du dispositif

Malgré la volonté de l'état de simplifier et préciser le décret par l'intermédiaire de l'instruction interministérielle, le fonctionnement du dispositif reste complexe. Le médecin traitant est au cœur du dispositif. Sans prescription de sa part, le système ne peut pas fonctionner. Les bénéficiaires sont les personnes atteintes d'ALD. Enfin les dispensateurs de l'APA comprennent des professionnels du sport et de santé. Les EAPA et les MK s'imposent comme deux acteurs principaux. À eux deux, ils peuvent prendre en charge l'ensemble des bénéficiaires de l'APA (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017). La Figure 5 ci-dessous, résume le fonctionnement du sport sur ordonnance selon le décret (D. n° 2016-1990).

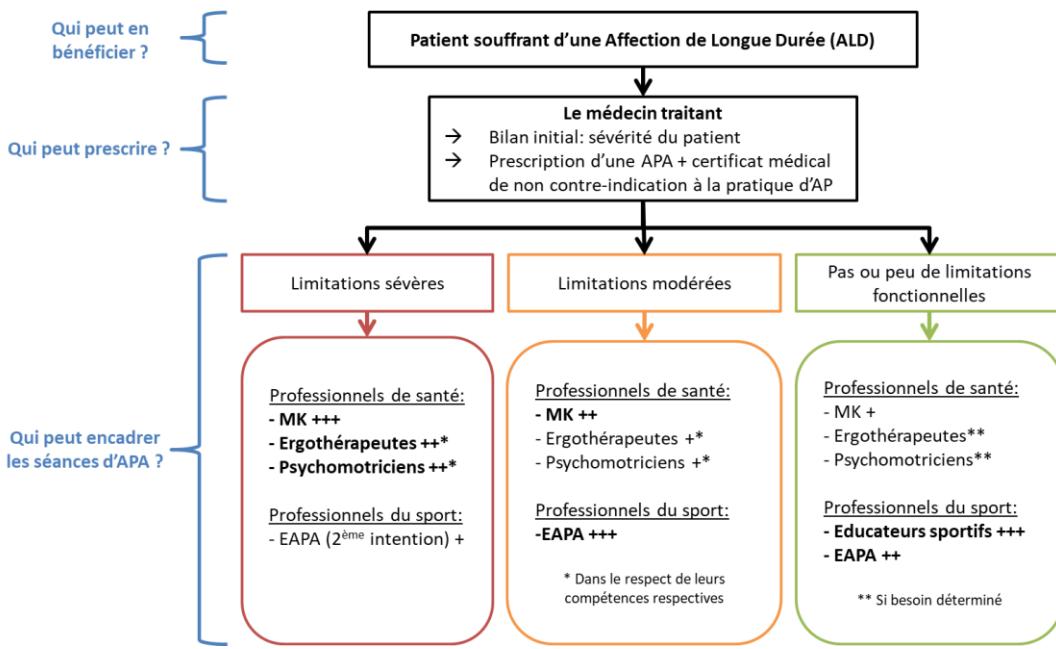


Figure 6 : Schéma sur le fonctionnement du sport sur ordonnance en France, créé à partir de l'instruction interministérielle (2017)

1.3. Le développement du sport sur ordonnance en France

Depuis la sortie du décret, cinq années se sont écoulées. Durant cette période, le gouvernement a mis en place des plans d'actions nationaux pour faciliter la promotion du sport sur ordonnance en France. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont chargées d'appliquer ces mesures à l'échelle régionale.

1.3.1. L'organisation à l'échelle nationale

En France, la politique de santé actuelle est régie par la stratégie nationale de santé 2018-2022. Cette dernière est votée par le gouvernement qui prend en compte les recommandations du HCSP. Un des axes prioritaires de cette stratégie concerne la mise en place d'une politique de promotion et de prévention de la santé dans tous les milieux et à tout âge de la vie (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2017). Le plan national « Priorité Prévention », lancée en 2018 précise cet axe (DGS, 2018). La promotion de l'AP pour la santé est un enjeu majeur. Elle fait partie intégrante de ces deux plans. Dans ce contexte, le Ministère des Sports et celui des Solidarités et de la Santé ont mis en place la Stratégie Nationale du Sport Santé (SNSS) 2019-2024 (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019).

Cette stratégie s'articule autour de 4 axes (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019, p.6) :

- Axe 1 : *La promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive.*
- Axe 2 : *Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique.*
- Axe 3 : *La protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiquants.*
- Axe 4 : *La diffusion des connaissances.*

Ce plan permet de mettre en évidence l'étendue des domaines que touche « le Sport-Santé ». Nous retiendrons qu'il regroupe « le Sport-Santé Bien-Être » et le « Sport sur Ordonnance ». Le premier vise la promotion de l'AP chez des personnes ne présentant aucune pathologie particulière, tel que décrit dans l'axe 1. L'AP est alors utilisé en prévention primaire. Le second cherche à utiliser l'AP comme moyen de prévention secondaire et tertiaire chez des personnes atteintes de maladies chroniques. C'est le Sport-Santé tel que nous l'avons décrit à travers le décret du sport sur ordonnance. L'axe 2 vise en sa promotion. Dans ce mémoire, nous nous intéressons au Sport-santé uniquement dans sa visée de prévention secondaire et tertiaire (par l'intermédiaire du Sport sur Ordonnance), (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019).

Au total, 10 objectifs et 26 actions (dont 6 prioritaires) sont énoncés dans cette SNSS. La grande majorité d'entre eux concernent le développement de l'APA à des fins thérapeutiques (axe 2). La Figure 7 ci-dessous, résume les principaux objectifs fixés par la SNSS pour promouvoir le sport sur ordonnance en France.

<u>Actions</u>	<u>Mesures</u>
« Référencer des maisons sport-santé de manière équilibrée sur les territoires et assurer une large information des publics. »(Action prioritaire). p16	« 500 maisons de sport-santé d'ici 2022. » p16
« Recenser l'offre d'APA, la mettre à disposition du grand public et des professionnels et s'assurer de la qualité des pratiques proposées. » p18	« D'ici 2021, création d'une plateforme en ligne recensant les offres d'APA. » p19
« Développer la pratique d'APA pour les personnes atteintes de maladies chroniques. » p19 (Action prioritaire).	« Étudier la possibilité d'élargir le dispositif APA aux personnes atteintes de maladies chroniques hors ALD et ayant des facteurs de risque + Inclure le thème de l'APA dans les sessions d'ETP. » p19
« Développer le recours à la prescription d'APA par les médecins. » p21(Action prioritaire).	« Mettre à disposition des médecins des outils en appui à la prescription et à la décision médicale + des outils d'orientation des patients vers les structures de proximité pouvant dispenser de l'APA. » p21
« Développer les compétences des professionnels de santé et du sport intervenant dans le champ de l'activité physique adaptée et favoriser l'interdisciplinarité. » p22	« Renforcer l'offre de formation en matière d'APA pour les professionnels de santé + encourager la mise en place d'espaces d'échanges en faveur de l'interdisciplinarité. »

Figure 7 : les objectifs de la SNSS pour promouvoir le sport sur ordonnance en France, créé à partir du (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019)

À travers les objectifs énoncés, la SNSS apporte des mesures concrètes qui viennent renforcer le cadre légal de la prescription d'APA, mise en place à la sortie du décret. L'ensemble de ces actions, de portées nationales, ont pour but de développer le sport sur ordonnance sur tout le territoire français. Chaque région doit appliquer les directives nationales à son échelle. En revanche, libres à elles d'en choisir les modalités d'application. Ce libre-choix donne parfois lieu à des disparités géographiques.

1.3.2. L'organisation à l'échelle régionale

À l'échelle régionale, ce sont les institutions (ARS, DRJSCS⁹) qui gèrent l'organisation du sport sur ordonnance. Elles ne coordonnent pas directement le parcours de soin du patient mais apportent un soutien logistique, organisationnel et financier aux acteurs locaux. Ces institutions régionales recensent sur une plateforme en ligne, les structures d'accueil et les activités d'APA présentes sur la région. De plus, elles mènent des actions pour développer le sport-santé : documents d'informations et de promotions pour le grand public, formations pour les acteurs du dispositif (médecins, professionnels du sport et de la santé), chartes pour garantir la qualité des structures d'accueils, etc. (ONAPS, 2019).

Ce sont ensuite les acteurs locaux (départementaux et communaux) qui coordonnent le parcours de soin du patient sur un territoire donné. Ils les accueillent physiquement ou sur appel téléphonique. Leur mission est très différente selon les territoires : il peut s'agir de compléter le bilan du patient, de lui construire un programme d'APA, ou de l'orienter vers des professionnels de l'APA et des créneaux de sport-sur ordonnance (ONAPS, 2019).

Le décret relatif à la prescription d'APA, entré en vigueur en 2017, fixe le cadre légal national (D. n° 2016-1990). Autour, des réseaux (aussi appelés « dispositif ») se forment à différentes échelles (régionales, départementales et locales) pour développer le sport sur ordonnance sur tout le territoire. En 2019, l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) a réalisé un état des lieux de tous les dispositifs de prescription d'APA présents en France. On observe une nette augmentation de ces derniers depuis la sortie du décret. Au total, 96 dispositifs sont présents sur le territoire français : 53 sont à l'échelle locale, 34 ont un périmètre d'action départementale et 9 ont une action régionale. (ONAPS, 2019).

À l'échelle régionale, certaines régions mettent en place des dispositifs spécifiques qui diffèrent du cadre national. Par exemple, dans certains territoires, tous les médecins (traitants ou non) peuvent prescrire de l'APA. Les bénéficiaires sont aussi parfois élargis à d'autres pathologies chroniques « non-ALD » comme l'obésité ou l'hypertension artérielle. Parmi les 9 dispositifs régionaux spécifiques on peut citer « Bougez sur ordonnance » en Occitanie ou « Prescri'Forme » en Ile-de-France. D'autres régions mettent simplement en application le sport sur ordonnance tel qu'il est expliqué dans le décret, sans réel dispositif spécifique (Bretagne, Centre-Val-De-Loire, Hauts-De-France). (ONAPS, 2019).

À l'échelle départementale, les dispositifs sont en majorité portés par les Comités Départementaux Olympiques et Sportifs (CDOS). Au niveau infra-départementale, le développement du sport-santé se fait à travers les fédérations sportives, les maisons de sport-santé ou certains établissements de santé (comme par exemple le CH de Cornouaille Quimper-Concarneau) (ONAPS, 2019). Enfin, à l'échelle locale et communale, on peut citer le Réseau des villes santé de l'OMS coordonné par la ville de Strasbourg, les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP), les centres médico-sportifs ou encore les associations (*ibidem*).

⁹ Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)

Chaque territoire possède ses propres particularités de prescription d'APA : le mode d'organisation (matériels, encadrants, infrastructures) et de financement varie de l'un à l'autre, donnant lieux à des inégalités territoriales (ONAPS, 2019). Par exemple la région du Grand-Est possède un réseau très développé et une coordination entre les différentes échelles. À travers le dispositif « Prescrimouv » elle fait figure de référence en matière de sport sur ordonnance. Ce dispositif s'adresse aux patients atteints d'ALD et d'obésité. L'ARS du Grand-Est s'appuie sur des coordinateurs départementaux et communaux bien organisés. La ville de Strasbourg, pionnière dans la prescription d'APA, en fait partie (PRESCRIMOUV, 2018). À l'inverse, en 2022, certaines régions ne possèdent pas encore de plateforme en ligne qui référence les APA de la région (ONAPS, 2019).

Ces disparités territoriales complexifient l'organisation du sport sur ordonnance en France. Elles sont des obstacles au développement du dispositif. Ce ne sont pas les seules limites, il existe d'autres.

1.4. Les limites du dispositif de sport sur ordonnance

1.4.1. Des médecins en manque de prescriptions

Le décret précise que seul le médecin traitant peut prescrire une APA (D. n° 2016-1990). L'absence de spécialistes tels que le cardiologue, le pneumologue ou l'oncologue peut poser question. En janvier 2021, une proposition de loi visant à démocratiser le sport en France a été soumis par l'Assemblée nationale. Celle-ci propose de rendre la prescription possible à l'ensemble des médecins prenant en charge des patients atteints d'ALD. Cela comprend donc les spécialistes évoqués. À l'heure actuelle cette loi n'a toujours pas été promulguée dans le journal officiel. Si elle aboutit, elle pourrait augmenter considérablement le nombre de prescriptions d'APA (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2021).

En 2011, HÉBERT, CAUGHEY et SHUVAL ont réalisé une revue systématique sur les obstacles et les leviers au conseil d'AP en soin primaire. Se basant sur 19 études menées aux Etats-Unis, au Canada, en Europe et en Australie, ils ont identifié 3 freins principaux chez les médecins libéraux : le manque de temps, le manque de connaissances sur l'AP et la difficulté à changer le comportement des patients. Des enquêtes françaises menées après la sortie du décret indiquent les mêmes freins au sujet du sport sur ordonnance (CHEVALLIER et BULTEZ, 2017; TISSOT et PERDRIX, 2018; BARTHEL, 2018).

Les médecins manquent de temps. En moyenne, ils prennent en charge 2,2 problèmes de santé pendant une consultation, ce qui les obligent à prioriser leur intervention, souvent au détriment de la prévention (LETRILLIART et al., 2014). En 2019, la durée moyenne d'une consultation au cabinet était de 18 minutes (*ibidem*). Pourtant, selon les recommandations de la HAS (2019a), le temps d'une consultation liée à la prescription d'APA devrait durer 30 minutes. Pour surmonter cette contrainte de temps, certains médecins généralistes proposent la mise en place d'une consultation dédiée à l'APA, rémunérée en conséquence. Cela la distinguerait d'une prescription classique (RUCAR et BACQUAERT, 2018; DUBOIS, 2020).

Par ailleurs, les médecins ne sont pas toujours sensibilisés au dispositif. En effet, l'ONAPS (2019) révèle que ces derniers sont peu formés à l'APA dans leur cursus universitaire et que très peu ont réalisé une formation complémentaire dans le domaine. De ce fait, il éprouve des difficultés pour prescrire et remplir

l'ordonnance dédiée à l'APA. Depuis 2016, les médecins sont sensibiliser à la prescription d'APA à travers l'item 247 « *Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant* » qui fait partie du programme enseigné pour l'examen classant national (ECN) (HAS, 2017). Toutefois, le volume horaire reste relativement faible et les médecins généralistes se sentent insuffisamment formés (CHEVALLIER et BULTEZ, 2017). Pourtant, certaines études ont montré qu'une formation dans le domaine des APA permettait d'augmenter le taux de prescription dans ce domaine (RUCAR et BACQUAERT, 2018). Des Massive Open Online Courses (MOOC), mises en place par l'Institut de Recherche, du Bien-être, et de la Médecine et du Sport-Santé (IRBMS) sont en libre accès sur internet pour permettent aux médecins de se former et de s'informer sur le dispositif (IRBMS, 2017).

Enfin, les médecins traitants regrettent le manque de liens avec les professionnels du sport. Ils déclarent être insuffisamment informés sur les structures d'accueil prenant en charge l'APA. Les médecins éprouvent des difficultés à rediriger les patients vers les structures et les professionnels dédiés (CHEVALLIER et BULTEZ, 2017).

Au final, le modèle reste complexe pour les médecins qui doivent réaliser un bilan initial, évaluer la sévérité des limitations fonctionnelles, puis rediriger le patient vers le professionnel le plus adapté (ONAPS, 2019). Le médecin est le premier maillon du dispositif. S'ils ne prescrivent pas, c'est tout le dispositif qui est à l'arrêt. Les patients ne pourront bénéficier d'une APA pourtant nécessaire. Face à ses difficultés, la HAS a publié un guide dédié aux médecins pour faciliter la prescription (HAS, 2019a).

1.4.2. Des patients en manque de motivation

Selon le décret, seuls les patients atteints d'ALD peuvent bénéficier d'une prescription d'APA (D. n° 2016-1990). Par conséquent, beaucoup de maladies chroniques (dont l'AP a montré une efficacité) ne rentrent pas dans ce dispositif (INSERM, 2019; ACSM, 2021). Dans la proposition de loi en cours de validation, l'Assemblée nationale veut étendre le dispositif aux patients atteints de maladies chroniques et présentant des facteurs de risques (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2021).

Au sein de l'UE, l'Eurobaromètre (2017) révèle ce qui empêche les Français de devenir plus actifs. Les principales raisons sont le manque de temps suivi du manque de motivation. Le financement est aussi un facteur important (DG EAC, 2017). Ce sont ces mêmes freins qui limitent l'implication des patients dans la pratique d'APA (CHEVALLIER et BULTEZ, 2017; ONAPS, 2019). Le rapport (2018) de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de la Jeunesse et des Sports (IGJS), note un manque d'adhésion des patients dans ce dispositif, en partie dû à la motivation. L'intégration d'un bilan motivationnel dans la consultation médicale d'APA a donc toute son importance (HAS, 2019a).

Le manque d'informations des patients sur la prescription d'APA est aussi un élément à prendre en compte. Il en va de même pour le manque de financement qui limite l'avancée du « sport sur ordonnance » auprès des patients. De plus, ces derniers ne savent pas toujours vers quel professionnel s'adresser pour pratiquer des séances d'APA. Il est vrai que de nombreux intervenants sont habilités à encadrer l'APA, ce qui ne facilite pas les choses (ONAPS, 2019).

1.4.3. Des masseurs-kinésithérapeutes peu présents

Beaucoup de professionnels peuvent dispenser l'APA. Parmi eux, les MK et les EAPA font partie des principaux intervenants. Ces deux acteurs, l'un du domaine du sport, l'autre de la santé, revendiquent leur place au sein du dispositif. Les premiers mettent en avant leur expertise dans les activités physiques et sportives (SFP-APA, 2015). Les seconds s'appuient sur leur double compétence de professionnel de santé et d'éducateur sportif (CNOMK, 2016). Si en théorie, les MK occupent une place importante dans l'encadrement du sport sur ordonnance, il s'avère qu'en pratique, la réalité semble tout autre.

En 2019, dans un état des lieux de la prescription d'AP en France, l'ONAPS a recensé les dispensateurs de l'APA présents dans chaque dispositif. Sur les 54 dispositifs communaux et intercommunaux, 61% ont au moins 1 EAPA, alors que seulement 39% des dispositifs possèdent à minima 1 MK. Sur les 35 dispositifs départementaux, les EAPA sont présents dans 56% d'entre eux, les titulaires d'un diplôme relevant du ministère des sports dans 53%, les éducateurs certifiés par une fédération sportive dans 38%, et les MK dans 28%. Sur l'ensemble des dispositifs de sports sur ordonnance recensés sur le territoire français, les médecins généralistes sont impliqués dans 80% d'entre-eux avec une médiane à 12 par dispositif. Dans les dispositifs qui disposent à la fois d'EAPA et de MK, les premiers sont en moyenne 3 fois plus nombreux que les seconds. Pourtant, le nombre de MK exerçant en France est beaucoup plus important que celui des EAPA (ONAPS, 2019).

L'étude de l'ONAPS met en évidence que les MK semblent sous représentés comparativement aux EAPA. Deux hypothèses peuvent expliquer cette divergence entre la théorie et la pratique. La première est que cette sous-représentation soit en partie dû à un manque d'intérêt de ces derniers pour l'APA. La seconde, est qu'il existe dans la profession des MK des freins qui empêchent ces derniers de s'impliquer pleinement dans le sport sur ordonnance. Cela voudrait aussi dire que ces potentiels freins n'existent pas, ou dans une moindre proportion, chez les EAPA. Pour tenter de répondre à ces hypothèses, il convient de s'intéresser aux origines de la profession de masso-kinésithérapie.

1.4.4. Les MK : des spécialistes du mouvement versus un manque d'intérêt pour l'APA ?

La profession des MK est issue du regroupement entre les masseurs et les gymnastes médicaux. La masso-kinésithérapie a commencé à émerger au 19^{ème} siècle. À la suite de la 2^{de} guerre mondiale, nous retrouvons d'un côté les moniteurs de gymnastiques, spécialisés dans le mouvement, et de l'autre les infirmiers-masseurs provenant du monde médical. La réunion de ces deux professions a donné lieu au diplôme d'état de MK en 1946 (REMONDIERE, 1994). Ainsi, les MK sont par nature, des spécialistes du mouvement. Il serait étonnant qu'ils ne soient pas intéressés par le sport sur ordonnance.

De plus, les différentes instances de la profession s'impliquent en proposant des solutions pour intégrer durablement les MK dans ce dispositif. Dès la sortie du décret, le CNOMK a publié un communiqué pour informer les MK de leur possibilité d'encadrer l'APA (CNOMK, 2016). L'ordre des MK prône pour que ces derniers occupent une place centrale dans ce dispositif : ce dernier a ainsi lancé le slogan : «l'APA pas sans le bilan kiné» (OMK, 2017, p.1). Ils ont ainsi mis à disposition de la profession, un

modèle de bilan d'APA à remplir. Cela permet aux MK de mettre en avant leurs qualités de Bilan-Diagnostic-Kiné (BDK) pour l'évaluation initiale du patient (OMK, 2017). L'URPS des MK Hauts-de-France va plus loin dans cette démarche en proposant que le MK soit un relai privilégié entre le médecin et les acteurs du sport. Dans leur modèle théorique c'est le MK qui réalise le BDK initial et catégorise le phénotype du patient. En fonction de ce dernier il redirige le patient vers le professionnel le plus adapté (URPS HAUT-DE-FRANCE, 2019).

Pour toutes ces raisons il est peu probable que la sous-représentation des MK soit la cause d'un manque d'intérêt de la profession. En revanche, il est vrai que certains freins peuvent limiter leur implication dans ce dispositif.

1.4.5. Les freins que rencontrent les MK dans le dispositif

La littérature s'intéressant au sport sur ordonnance chez les MK est pauvre. On dénombre trois études qui ont cherché à dresser un état des lieux de cette pratique dans la profession. Elles sont tous issues de la littérature grise. Les tendances observées montrent que les MK ont peu recours à l'encadrement de séances d'APA dans le cadre d'une prescription médicale (ROQUE, 2019; LE GOUALHER, 2020; NY AVANA, 2021), ce qui confirme les observations de l'ONAPS à ce sujet (2019).

Ces trois études mettent en évidence un manque de connaissances des MK sur le dispositif. Ces derniers sont mal informés sur les prescripteurs, les dispensateurs, les bénéficiaires et le financement qui règnent autour du décret (ROQUE, 2019; LE GOUALHER, 2020; NY AVANA, 2021). Pourtant, ROQUE (2019) a montré une association significative entre le niveau de connaissance du dispositif et le fait d'avoir reçu une prescription d'APA plus de 10 fois. Ainsi, connaître le dispositif pourrait être un élément qui facilite l'encadrement des séances d'APA par les MK. À l'inverse, un faible niveau connaissance peut être un frein à cette pratique.

Le manque de motivation des patients (ROQUE, 2019), le manque de financement (NY AVANA, 2021), et les difficultés pour coter l'acte (LE GOUALHER, 2020) sont d'autres freins cités par les MK. Ces résultats préliminaires apportent des éléments de réponses mais ne permettent pas à eux seuls d'expliquer le manque d'implication des MK dans le dispositif et la disparité qu'il existe avec les autres professionnels du sport.

Le manque de temps peut être un premier élément de réponse. En effet, les MK français ne sont pas assez nombreux pour répondre à l'offre de soins de l'ensemble de la population. Cela donne lieu à un taux de chômage quasi-inexistant dans la profession, où les MK remplissent rapidement leur planning (DRESS, 2020). À titre de comparaison, l'insertion professionnelle est beaucoup plus faible chez les professionnels du sport (MESRI, 2018)¹⁰. Beaucoup d'études ont mis en évidence le manque de temps comme étant un des principaux obstacles à la prescription d'APA chez les médecins libéraux (RUCAR et BACQUAERT, 2018; CHARVIEUX, 2019). En revanche, à notre connaissance aucune étude ne s'est intéressée à ce paramètre chez les MK.

¹⁰ Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI)

La législation qui règne autour des EAPA et des MK est inégale et peut constituer un autre frein. Les premiers, peuvent mettre en place de la « publicité » et communiquer librement pour développer le sport-santé. Ils ne sont soumis à aucun code de déontologie d'un point de vu législatif (SFP-APA, 2018). Les seconds, doivent respecter un code de déontologie qui régit la profession. Ils sont restreints dans leurs moyens de communication (CSP, art. R. 4321-51 à R. 4321-145, 2022). Les MK sont aussi pour la plupart, conventionnés et doivent de ce fait, respecter le code de la sécurité sociale : ce dernier n'est pas très explicite sur les moyens de communication autorisés par les MK (CSS, A., 10 mai 2007). Par ailleurs, la prescription d'APA ne rentre pas dans le cadre de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), elle est considérée comme un acte « hors nomenclature ». Ainsi, il peut parfois être difficile pour le MK de coordonner dans une même activité professionnelle des actes conventionnées avec d'autres qui ne le sont pas. Il est à noter que de récentes modifications du code de déontologie des MK permettent une souplesse de certaines mesures, notamment sur la « publicité ». Par exemple, il est désormais possible pour ces derniers de posséder un site internet (D. n° 2020-1663, 22 dec. 2020). Ces changements pourraient dans un avenir proche accélérer le développement du sport sur ordonnance dans la profession.

Nous pensons que le manque de temps et de connaissances sur le dispositif, la législation et les difficultés administratives (liées à la cotation de l'acte) rend plus difficile le développement du sport sur ordonnance dans la profession. À notre connaissance, aucune étude ne n'est intéressée simultanément à l'ensemble de ces paramètres. De plus, les trois études évoquées s'adressaient à tous les MK. Pourtant, ce décret met avant tout en jeu des professionnels libéraux dont le médecin traitant constitue la pièce maîtresse. Avec 85% des MK (soit plus de 77 035 en France) qui exercent en milieu libéral, leur rôle à jouer est important (OMK, 2021). NY AVANA (2021) a également montré que les MK libéraux avaient moins recours à la pratique d'APA que les MK salariés. Il serait intéressant d'en comprendre les raisons. Ainsi étudier spécifiquement la population des MK libéraux présente un intérêt particulier.

1.4.6. La collaboration MK-EAPA : mythe ou réalité ?

Dans le décret, les MK et les EAPA sont deux acteurs privilégiés pour dispenser les séances d'APA (D. n° 2016-1990). À eux seuls, ils peuvent prendre en charge l'ensemble des bénéficiaires du dispositif, indépendamment des limitations fonctionnelles des patients (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017). Il est justifié et logique de se demander si une collaboration entre ces deux professions ne pourrait-elle pas permettre de mieux coordonner la prescription d'APA ?

Avant même la sortie du décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif à la prescription d'APA, le CNOMK a exprimé ses réticences vis-à-vis des professionnels du sport face à « *l'embauche croissante par les hôpitaux d'enseignants APA / professeurs de sport, sans aucune formation de santé, sur des postes de masseurs-kinésithérapeutes* » (OMK, 2015, p.1). Celui-ci craint que ces professionnels du sport prennent le poste de certains masseurs-kinésithérapeutes. C'est dans ce contexte que l'ordre des MK a dans un premier temps refusé d'adhérer au dispositif du « sport sur ordonnance » proposé par l'état (*ibidem*, 2015).

À la suite de ce communiqué de presse, le directeur et doyens des STAPS a répondu au conseil national de l'ordre des MK. Il s'est d'abord questionné sur la compétence de ces derniers en matière d'AP « *De quels volumes de formation dans le domaine des activités physiques et sportives adaptées les kinésithérapeutes peuvent-ils se targuer au cours de leur cursus ?* » (DIDIER DELIGNIÈRES, 2016, p.1). Puis il a reproché au MK de prendre une place qui n'est pas la leur dans le développement du sport-santé « *les kinésithérapeutes tentent d'élargir leur domaine de compétence pour grignoter le marché ouvert par la Loi de Santé* » (ibidem, p.1). Il est spontanément logique de penser que ces querelles entre le doyen des STAPS et l'ordre des MK nuit à la collaboration entre ces deux professions.

Pourtant, certains établissements comme les hôpitaux, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et les Établissements Hospitaliers pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ont montré que la collaboration pluriprofessionnelle était possible. Ainsi, ces dernières années dans le milieu du salariat, il n'est pas rare que les MK et les EAPA coopèrent pour optimiser le parcours de soins du patient. Les résultats de cette association sont prometteurs mais ils ont été montré uniquement dans le milieu du salariat (PERRIN, 2016).

Une seule étude s'est intéressée à ce type de collaboration dans le secteur libéral, à travers 4 entretiens semi-directif (2 à destinés des EAPA et 2 auprès des MK) (MICHELON, 2020). Elle met en évidence différents moyens possibles pour coopérer. Les deux professionnels peuvent intervenir ensemble au cours d'une même séance, ou se répartir la prise en charge en intervenant à tour de rôle. Ils peuvent aussi travailler en relais lorsque la prise en soins dépasse leurs champs de compétences. Le partenariat peut se faire dans différentes structures : Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), réseau de soins en ville, complexe médico-sportif ou encore relais post-hospitalisation (ibidem). Étudier ce type de collaboration auprès d'un plus grand nombre de participants et dans un contexte du sport sur ordonnance peut être intéressant. La création de 500 maisons de sport-santé d'ici la fin de l'année 2022 fait partie des mesures de la SNSS 2019-2024 (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019). Cela pourrait être un lieu privilégié pour ce type de coopération.

À notre connaissance, une seule étude (issue de la littérature grise) s'est intéressée simultanément à dresser un état des lieux du sport sur ordonnance chez les MK et les EAPA (NY AVANA, 2021). Un questionnaire a été distribué auprès des deux professions. L'objectif était d'étudier la manière dont chaque professionnel percevait l'autre et de recenser s'il avait déjà redirigé un patient vers la profession opposée. Il en ressort une divergence entre le milieu libéral et salarial. Dans ce dernier, l'entente entre les deux professions est plutôt bonne et la collaboration présente. De plus, il existe une redirection des patients entre ces deux thérapeutes. Au contraire, en libéral, il persiste un sentiment de concurrence et la collaboration est très rare. Cette étude a aussi montré que si les MK exercent majoritairement en libéral, ce n'est pas le cas des EAPA qui ne sont que 10% (sur 296 répondants) à avoir répondu « travailler dans le secteur libéral » (NY AVANA, 2021, p.26).

Finalement, relativement peu d'étude se sont intéressés à la pratique du sport sur ordonnance chez les MK et aucune n'a étudié spécifiquement la population des MK libéraux et sa possible collaboration avec les autres professionnels du sport.

2. Phase de problématisation

Dans le monde, un tiers de la population est inactive (GUTHOLD et al., 2018). L'inactivité physique représente la 4^{ème} cause de mortalité et tue plus de 4 millions de personnes chaque année (KATZMARZYK et al., 2022). Elle constitue un des principaux facteurs de risque des maladies chroniques (WHO, 2020). Pourtant, nombreuses sont les preuves qui montrent que l'AP, pratiquée de manière régulière, permet de prévenir l'apparition des maladies (prévention primaire) mais aussi de limiter les complications et d'améliorer la qualité de vie chez les patients atteints de pathologies chroniques (prévention secondaire et tertiaire) (INSERM, 2019; ACSM, 2021). Face à ce constat, le développement du « sport-santé » est devenue une priorité dans le monde. En France, les recommandations d'AP préconisées par l'OMS, la reconnaissance de cette dernière comme une thérapie non médicamenteuse validée, et les stratégies mondiales de promotion du sport-santé ont conduit le gouvernement à mettre en place un décret de prescription d'APA (D. n° 2016-1990). Ce dernier permet au médecin traitant de prescrire du sport sur ordonnance à des patients atteints d'ALD. Dans ce dispositif, beaucoup d'intervenants peuvent encadrer les séances d'APA. Parmi eux, les MK et les EAPA semblent être deux des principaux acteurs (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017). Les premiers disposent de la double compétence de professionnel de santé et d'éducateur sportif et les seconds possèdent une expertise dans le domaine des APA (C. SPORT, ANN. II, ART. A. 212-1, 2021).

Peu d'études se sont intéressées à la pratique du sport sur ordonnance dans la profession des MK. La littérature grise semble montrer qu'en pratique, les MK sont peu présents dans le dispositif, et sous-représentés comparativement aux EAPA : cela est encore plus marqué dans le secteur libéral (ROQUE, 2019; LE GOUALHER, 2020; NY AVANA, 2021). Des facteurs tels que le manque de temps, de connaissances, mais aussi la législation ou les difficultés administratives peuvent selon nous constituer des freins et expliquer cette divergence entre les deux professions. À notre connaissance, aucune étude n'a étudié l'ensemble de ces paramètres chez les MK. De plus, à l'heure actuelle, de nombreuses interrogations restent en suspens : parmi les MK ayant recours au dispositif, nous ne savons pas comment ils gèrent l'organisation spatiale, temporelle et financière des séances d'APA. Un état des lieux de cette pratique chez les MK est justifié pour comprendre comment ceux qui ont recours à ce dispositif, l'intègrent dans leur pratique courante.

En parallèle, quelques études mettent en avant la possibilité de collaboration entre l'EAPA et le MK. Ce type de collaboration à lieu la plupart du temps dans le milieu du salariat (PERRIN, 2016). Une étude a montré qu'elle était aussi possible en libéral (MICHELON, 2020). En revanche, nous ne savons pas si cette collaboration peut avoir lieu dans le cadre du sport sur ordonnance. À ce sujet, nous ne savons pas non plus si certains MK collaborent avec d'autres professionnels.

Ces nombreuses interrogations et le manque d'étude sur le sujet nous ont amené à proposer la problématique suivante :

Cinq ans après la sortie du décret relatif à la prescription d'activité physique adaptée, quelles places ont pris les masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le dispositif ?

De cette question centrale découlent des sous-questions auxquelles nous émettons des hypothèses pour répondre à la problématique. « *Une hypothèse est une proposition théorique que l'on avance à titre de réponse provisoire à une question de recherche et que l'on projette de vérifier* » (AMYOTTE et PÉPIN, 2017). Nous avons émis trois sous-questions et autant d'hypothèses.

Sous question 1 : Les MK libéraux sont-ils présents au sein du dispositif de sport sur ordonnance ?

Hypothèse 1 : Certaines études préliminaires ont montré que les MK étaient peu présents dans le dispositif. Nous pensons retrouver des résultats similaires chez les MK libéraux.

Sous-question 2 : Existe-t-il des freins qui limitent leur implication ?

Hypothèse 2 : Nous émettons l'hypothèse qu'il existe des freins dont certains sont spécifiques à la profession. Ainsi nous pensons que le manque de connaissances sur le dispositif, le manque de temps, le respect de la législation et les difficultés de cotations de l'acte sont des freins à la pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux. À contrario, une bonne connaissance du dispositif et une maîtrise de la législation qui régit la profession peut être un élément facilitateur.

Sous-question 3 : Une collaboration entre les MK et les EAPA est-elle possible dans le secteur libéral ?

Hypothèse 3 : Nous pensons que ce type de collaboration est rare mais possible. Nous émettons l'hypothèse que l'augmentation croissante des maisons de sport-santé est un élément facilitateur pour le regroupement de ces professionnels. La possibilité pour les MK libéraux de salarier un EAPA ou de faire appel à un auto-entrepreneur sont deux autres solutions potentielles. Ces 3 moyens sont selon nous, ceux les plus utilisés par les MK libéraux pour collaborer avec les professionnels du sport.

À travers ses hypothèses et ses sous-questions notre étude a deux objectifs principaux :

- Le premier objectif est de comprendre comment le MK intègre le dispositif de prescription d'APA dans sa pratique courante et d'identifier les freins auxquels il est confronté. À travers cet objectif nous vérifierons nos hypothèses 1 et 2. La compréhension de ces facteurs est déterminante pour pouvoir proposer des éléments de réflexion pour la future pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux.
- Le second objectif est d'étudier si une collaboration entre le MK et l'EAPA est possible. Nous tenterons de répondre à l'hypothèse 3. Nous chercherons à identifier les moyens dont dispose le MK et l'EAPA pour collaborer et à comprendre comment ces deux professionnels s'organisent pour coopérer.

3. Méthodologie

3.1. Le type d'étude

Ce mémoire prend la forme d'un « questionnement professionnel ». Ce dernier permet de partir des données de la littérature et de certaines données cliniques pour en extraire une problématique. La réponse à celle-ci sera apportée en questionnant les professionnels (BOUQUET et JAEGER, 2013).

3.2. Le choix du recueil des données

Pour étudier des faits psychosociologiques il existe trois grandes méthodes : le questionnaire, l'entretien et l'observation. Dans le premier on recherche une certaine quantité pour juger de sa pertinence, dans les deux autres c'est la qualité qui est mise en avant (VILATTE, 2007). Dans notre mémoire, nous recherchons principalement des données quantitatives. Nous avons donc fait le choix d'utiliser un questionnaire et d'en faire une analyse statistique (*ibidem*). Nous cherchons à réaliser un état des lieux de la pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux. Notre population est relativement large ce qui justifie le choix de la méthode quantitative (LIVIAN, 2015). Selon De SINGLY « *le questionnaire doit être choisi si on se situe dans le cadre d'une sociologie explicative, à la recherche des raisons objectives des actions* » (2016). Dans notre étude nous cherchons à comprendre pourquoi les MK libéraux ont peu recours à la pratique du sport sur ordonnance. L'absence d'étude dans ce domaine fait du questionnaire l'outil qui nous semble le plus adapté.

3.3. L'enquête par questionnaire

3.3.1. Définir les objectifs

Le questionnaire a plusieurs objectifs selon l'enquête qui est réalisée. Dans notre cas, nous sommes dans une démarche hypothético-déductive : nous avons émis des hypothèses et nous cherchons à les vérifier au moyen de données quantitatives (VILATTE, 2007).

Ce questionnaire doit nous permettre d'établir la proportion des MK libéraux qui a recours à la prescription d'APA et la part d'entre eux qui collabore avec d'autres professionnels. Il doit aussi servir à identifier, les difficultés que rencontrent les MK qui ont recours au sport sur ordonnance, et les freins qui empêchent ceux qui ne le pratiquent pas de s'y investir. De plus, nous devons déterminer, s'ils existent, les différents moyens de collaboration qui sont utilisés par les MK libéraux.

Dans la construction du questionnaire nous avons privilégié les questions fermées pour faciliter les mesures objectives et l'analyse de nos résultats. Nous avons taché de faire attention que le sens des mots utilisés soit le même pour tous les participants afin que les différences entre les répondants ne se fasse qu'au niveau des réponses (BESSIÈRE et HOUSEAUX, 1997).

3.3.2. Population de l'enquête

Le questionnaire s'adresse à tous les MK libéraux. Nous avons volontairement exclu les MK salariés pour différentes raisons : le dispositif de sport sur ordonnance est avant tout destiné au secteur libéral

et une étude antérieure montre que la collaboration entre le MK et l'EAPA est plus difficile dans ce milieu. Nous interrogeons aussi bien les professionnels ayant été confrontés à la prescription d'APA que ceux n'ayant jamais pris en soins de patients pour ce motif.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Être diplômé d'état et/ou titulaire d'un diplôme équivalent dans le champ de la masso-kinésithérapie
- Exercer en France (Métropolitaine et/ou Départements ou Régions français d'Outre-Mer (DROM))
- Exercer en milieu libéral à minima à temps partiels

Les MK ayant une activité mixte (libérale et salariale) sont donc inclus.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Ne pas avoir de diplôme d'état de masso-kinésithérapie ou de diplôme équivalent
- Exercer à l'étranger
- Exercer en salariat à temps complet

Pour que notre analyse statistique puisse être interprétée, un minimum de 30 réponses est attendu (LIVIAN, 2015). Afin que l'échantillon soit représentatif de la population, nous avons calculé le nombre minimum de répondants nécessaire. Pour cela, nous avons utilisé la formule de Cochran (COCHRAN, 1977) : $n = [t^2 \times p(1-p) / m^2] / [1 + (t^2 \times p(1-p) / m^2 \times N)]$, avec n = taille de l'échantillon, t = le niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96), p = proportion estimée de la population qui présente la caractéristique (lorsque inconnue, on utilise $p = 0.5$), m = marge d'erreur (fixée à 5% dans notre cas) et N = taille de la population. Le rapport « Démographie des kinésithérapeutes » dénombre 77035 MK libéraux (OMK, 2021). De ce fait, on obtient : $n = [1.96^2 \times 0.5(1-0.5) / 0.05^2] / [1 + (1.96^2 \times 0.5(1-0.5) / 0.05^2 \times 77035)] = 382.25$. Il faudrait donc 383 réponses pour que l'étude soit extrapolable à la population des MK libéraux.

3.3.3. Élaboration du questionnaire

Lors de l'élaboration de ce questionnaire, nous avons veillé à vérifier la pertinence de nos questions, leurs neutralités et leurs formulations pour limiter le plus possible les biais méthodologiques (SINGLY, 2016). Dans la construction de nos questions nous avons utilisé la méthodologie mise en avant par Rémi Bachelet. Dans sa méthode, il préconise d'identifier les dimensions que l'on souhaite étudier puis d'en déterminer les composantes et les questions qui en découlent. Il est recommandé de poser plusieurs questions par dimension (BACHELET, 2014). Le tableau ci-dessous illustre cette méthode avec un exemple concret de questions que nous avons utilisé dans notre questionnaire.

<u>Dimensions</u>	<u>Composantes</u>	<u>Questions</u>
<u>Déterminants sociaux</u>	Âge	Etes-vous : Un homme ; Une femme
	Genre/sexe	<u>Quel âge avez-vous ?</u> 20 et 29 ans ; 30 et 39 ans ; 40 et 49 ans ; 50 ans et +

Figure 8: Démarche de construction des questions, d'après la méthode de (BACHELET, 2014)

Le questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel « « Drag'n Survey ® » (2022). Il comprend 3 parties : un avant-propos présentant l'enquête et les conditions d'utilisation des données recueillies, des questions, et une page de remerciement. Il est anonyme. Les répondants ont la possibilité de télécharger leur réponse s'ils le souhaitent. Il est composé de 42 questions (41 sont obligatoires, 1 est facultative). Parmi-elles, 4 sont des questions ouvertes et 38 des questions fermées. Au total :

20 questions sont communes à tous les répondants (questions 1 à 13 et 36 à 42). La répartition est la suivante :

- 7 questions sur les informations générales (questions 1 à 7) : sexe, lieu de pratique, âge, etc.
- 6 questions sur les connaissances des MK libéraux sur le dispositif de prescription d'APA (questions 8 à 13).
- 6 questions sur l'avis personnel des MK libéraux vis-à-vis du sport sur ordonnance (freins et leviers) (questions 36 à 41).
- 1 question pour demander le contact des répondants (question 42, facultative).

22 questions sont différentes (questions 14 à 35). Selon l'expérience des MK dans le domaine du sport sur ordonnance, 4 à 13 questions supplémentaires sont ajoutées en plus des questions communes.

L'expérience des MK est déterminé grâce aux questions 13, 14 et 25. La question 13 est intitulée « *Dans votre pratique professionnelle, vous a-t-on déjà adressé un ou plusieurs patient(s) se présentant avec une prescription d'activité physique adaptée (APA) ?* ». La question 14 est la suivante : « *Avez-vous pris en soin au moins un de ce(s) patient(s) ?* ». La réponse à ces 2 questions permet d'identifier 2 groupes : ceux qui ont recours au sport sur ordonnance dans leur pratique professionnelle et ceux qui n'y ont pas recours. La question 25, intitulée « *Dans le cadre de la prescription d'activité physique adaptée, vous arrive-t-il de collaborer avec d'autres professionnels du sport et/ou de la santé ?* » permet de différencier les MK qui ont déjà pratiquer ou non une collaboration. Pour résumé, ce questionnaire évolutif permet de classer les répondants en 2 groupes, chacun divisé en 2 sous-groupes.

Premier groupe : les MK n'ayant jamais pris en soins de patients dans le cadre du sport sur ordonnance. Dans ce groupe nous retrouvons 2 sous-groupes.

- Sous-groupes 1 : Les MK qui non jamais reçu de patients se présentant avec une prescription d'APA (24 questions au total : 20 communes + 4 spécifiques).
- Sous-groupe 2 : Les MK qui ont déjà reçu ce type de patients mais qui ne les ont pas pris en soins (27 à 29 questions au total : 20 communes + 7 à 9 spécifiques).

Deuxième groupe : Les MK qui ont déjà pris en soins des patients dans le cadre du sport sur ordonnance. Dans ce groupe nous retrouvons 2 sous-groupes.

- Sous-groupe 3 : Les MK qui encadrent le sport sur ordonnance sans collaboration avec d'autres professionnelles (27 à 28 questions au total : 20 communes + 7 à 8 spécifiques).
- Sous-groupe 4 : Les MK qui encadrent le sport sur ordonnance avec une collaboration avec d'autres professionnelles (32 à 33 questions au total : 20 communes + 12 à 13 spécifiques).

Dans le sous-groupe n°1, l'enquêté répond à 4 questions spécifiques. Ces questions cherchent à savoir à quelle fréquence le MK a recours à la pratique d'AP dans la prise en soins des patients atteints de pathologies chroniques (questions 31 et 32), mais aussi à connaitre s'il serait intéressé pour développer le sport sur ordonnance (question 33). Nous cherchons aussi à comprendre les raisons qui l'empêche d'intégrer la prescription d'APA dans sa pratique (questions 34 ou 35).

Dans le sous-groupe n°2, nous nous intéressons aux raisons qui ont poussé le MK à ne pas prendre en charge le(s) patient(s) (question 15). Nous cherchons aussi à savoir s'il l'a redirigé ce/ces patient(s) vers un autre professionnel du sport et/ou de la santé (question 16, 17, 18). L'enquêté répond aussi aux 4 questions spécifiques posées au sous-groupe n°1.

Dans le groupe n°3 et n°4, nous nous intéressons aux difficultés rencontrées (questions 19 et 20), à la fréquence d'utilisation de ce dispositif (question 21 et 22), ainsi qu'à l'organisation des séances d'APA (question 23 et 24). Le sous-groupe n°4 répond en plus à 5 questions supplémentaires.

Dans le sous-groupe 4 nous cherchons à identifier le type de professionnel avec qui a lieu cette collaboration (question 26), mais aussi à comprendre l'organisation de cette collaboration : lieu (question 27), statut administratif (question 28), organisation spatiale et temporelle (question 29 et 30).

Les questions communes à tous les répondants permettent de déterminer si l'expérience des MK sur le sport sur ordonnance a une influence sur certaines variables comme le niveau de connaissance, l'obtention de la carte d'éducateur sportif ou le fait d'avoir réalisé une formation complémentaire dans le domaine des APA et/ou du sport. Les questions spécifiques permettent d'obtenir des informations et des caractéristiques propres à chaque groupe et sous-groupe.

3.3.4. Mode de diffusion du questionnaire

À l'issue de la rédaction de l'ensemble des questions, nous avons réalisé un « pré-test ». Le questionnaire a été distribué auprès de 10 MK - enseignants à IFPEK qui remplissaient les critères d'inclusion. La moitié d'entre eux ont pu répondre au questionnaire. À la suite de leurs remarques, nous avons modifié 2 formulations de questions et 2 propositions de réponses. Le questionnaire définitif est présenté en Annexe 4 (8.4).

La version finale du questionnaire a été mise exclusivement en ligne sur « Drag'n Survey ® » (2022). Le mode d'administration a été double. D'un côté, nous avons publié le questionnaire sur le réseau social « Facebook » via des groupes composés uniquement de MK. Trois relances ont été effectuées. De l'autre, nous avons envoyé le lien du questionnaire par courriel à l'ordre des MK, aux MK libéraux de notre réseau et aux 288 maisons de sport-santé présentes sur le territoire à cette période. Nous avons aussi contacté l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des MK libéraux, et l'ARS de chaque région pour qu'ils transmettent notre questionnaire auprès de leur réseau.

La diffusion a débuté le 22 septembre 2021 et la collecte des réponses a été clôturée le 17 novembre 2021 après une durée de 8 semaines.



Figure 9 : Frise chronologique de la méthodologie du questionnaire

3.3.5. Le dépouillement et le codage des résultats

L'analyse des résultats s'est faite par l'intermédiaire de la plateforme « Drag'n Survey ® ». Les données brutes ont directement été exportées sur « Excel ® ». Ce logiciel a été utilisé pour le traitement des données relatives à la partie des statistiques descriptives. Nous avons effectué un tri à plat pour effectuer un état des lieux de la pratique du sport sur ordonnance chez les MK (ALBARELLO, ETIENNE et JEAN-LUC, 2002). L'outil « Jamovi ® » a permis le traitement des données pour les statistiques inférentielles. Nous avons effectué un tri croisé, grâce au test du Khi2, qui permet de mettre en évidence des liens d'associations entre les variables. Les résultats ont ensuite été présentés dans des graphiques et des tableaux. Un astérisque « * » indique une valeur significative (avec un seuil fixé à 5%). La taille de l'effet est calculé par le KENDALL TAU pour les variables qualitatives ordinaires et le V de CRAMER pour les qualitatives nominales (PALLOT, 2019). Pour le V de cramer l'interprétation retenue est la suivante (tableau ci-dessous).

Valeur du V de Cramer	Intensité de relation entre les variables
Inférieur à 0.10	Relation nulle ou très faible
Entre 0.10 et 0.20	Relation faible
Entre 0.21 et 0.40	Relation moyenne
Entre 0.41 et 0.80	Relation forte
Supérieur à 0.81	Colinéarité

Figure 10 : Tableau sur l'interprétation du V de cramer, créée à partir de (CRAMÉR, 2016).

3.4. Considérations éthiques

Depuis le 25 mai 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est venu renforcer le droit des personnes concernant le traitement et la circulation des données personnels (CNIL, 2018a). La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a élaboré 6 méthodologies de référence (MR) afin de se conformer au RGPD et offrir un cadre sécurisé pour la mise en œuvre des traitements de recherche dans le domaine de la santé (CNIL, 2019). Notre enquête n'implique pas la personne humaine, nous ne sommes donc pas tenus de respecter la réglementation de la Loi Jardé. En revanche, compte tenu de la typologie de notre étude, et pour répondre au RGPD et à la procédure interne de l'IFPEK (2018), nous nous sommes conformés à la MR-004 (CNIL, 2018b). Ainsi, l'anonymat et la confidentialité des données que nous avons recueillis par le biais du questionnaire ont été respectés. De plus, nous avons précisé aux répondants la durée de conservation des données et nous avons détruit toutes les données brutes récoltées une fois ce mémoire réalisé. Enfin, nous avons veillé à respecter le secret professionnel et le code de déontologie des MK durant toute la durée de notre enquête (CSP, art. R. 4321-51 à R. 4321-145).

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des répondants

- Effectif :

Le questionnaire était adressé à tous les MK libéraux exerçant sur le territoire français. Au total, 579 réponses ont été récoltées. Tous les répondants remplissaient les critères d'inclusion et tous ont terminé le questionnaire. Parmi-eux, 562 exercent dans le milieu libéral et 17 ont une activité mixte.

- Sexe et âge :

Il y a une légère prédominance féminine (Figure 11). La moitié des répondants ont entre 20 et 39 ans. L'autre moitié des MK libéraux ont plus de 40 ans (Figure 12).

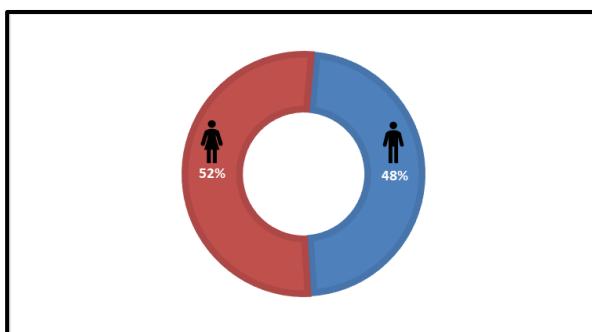


Figure 12 : Répartition des répondants selon le sexe

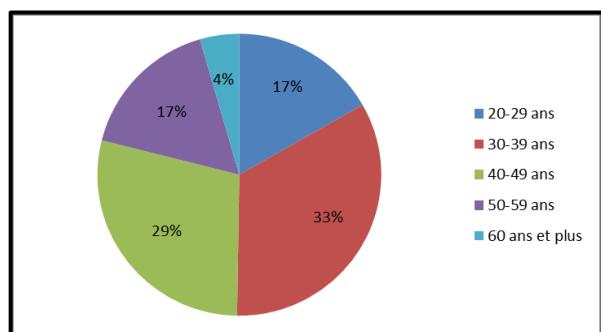


Figure 11 : Répartition des répondants selon l'âge

- Année d'obtention du diplôme de masso-kinésithérapie :

L'année moyenne d'obtention du diplôme de masso-kinésithérapie est « 2004 ». La médiane est « 2006 ». Sur l'ensemble des répondants ($n=579$), 50% ont obtenu leur diplôme entre 1997 et 2012. L'étendue est grande puisque le plus ancien diplômé l'a été en 1969 et les plus récents en 2021. La boîte à moustache ci-dessous résume la répartition que nous venons de décrire (Figure 13).

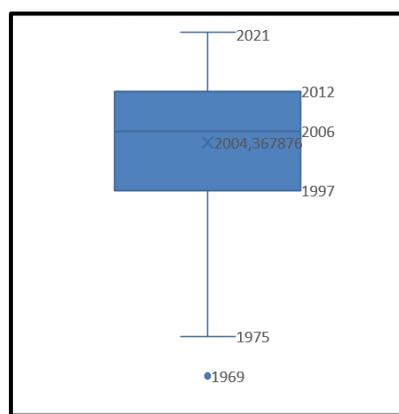


Figure 13 : Boîte à moustache sur l'année d'obtention du diplôme de masso-kinésithérapie

- Régions :

Toutes les régions de l'hexagone sont représentées. En revanche, dans les DOM-TOM, aucun répondant en provenance de la Guyane et de Mayotte n'a rempli le questionnaire (Figure 14).

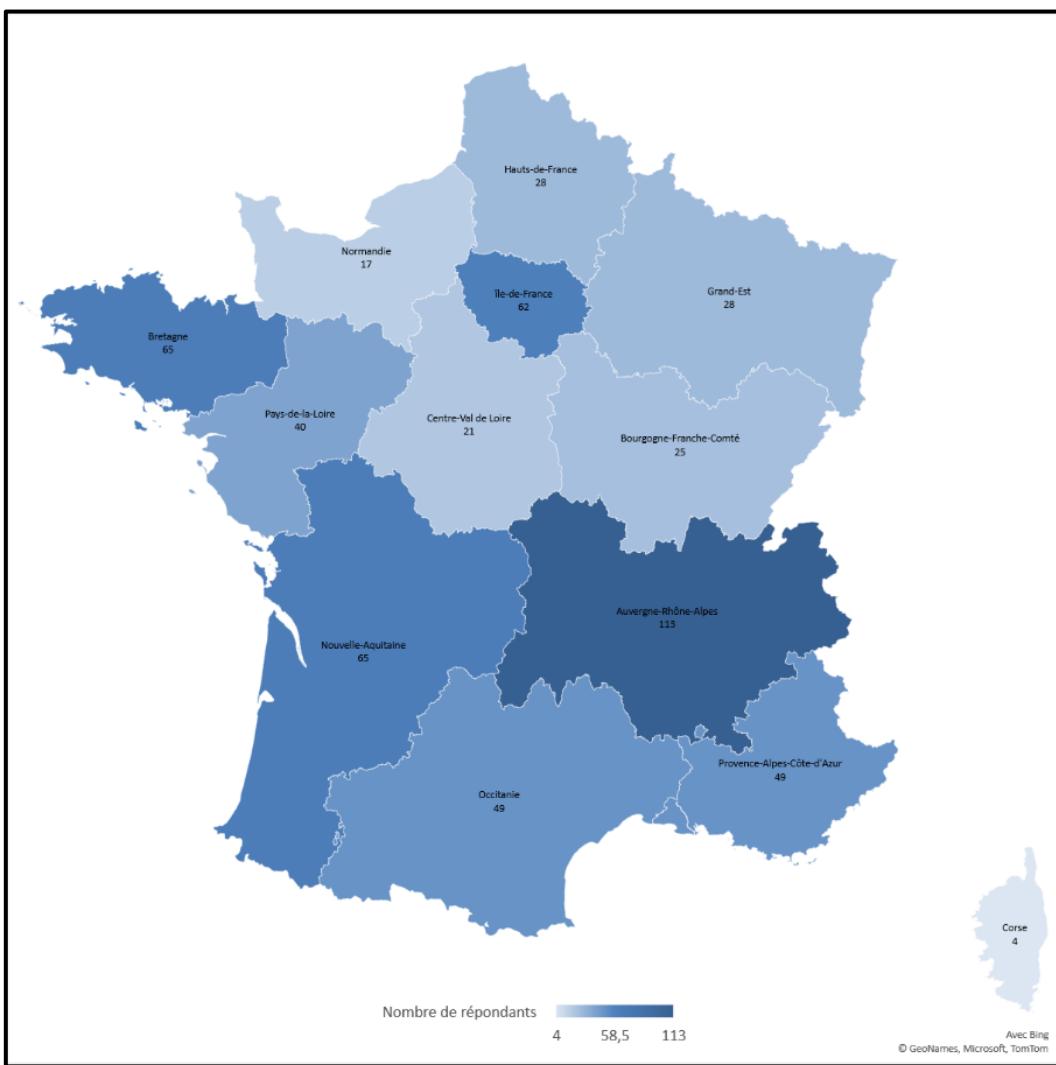


Figure 14 : Répartition des répondants selon la région d'exercice

- Expertise des MK dans le domaine du sport et/ou de l'APA :

Les MK semblent intéressés par le sport et l'AP puisque la moitié d'entre eux ont déclaré avoir déjà réalisé une formation complémentaire dans le domaine du sport et/ou de l'APA. De plus, la majorité d'entre-eux avaient déjà entendu parler du dispositif de sport sur ordonnance (Figure 15). En revanche seulement 1/3 des MK détiennent la carte d'éducateur sportif (Figure 16).

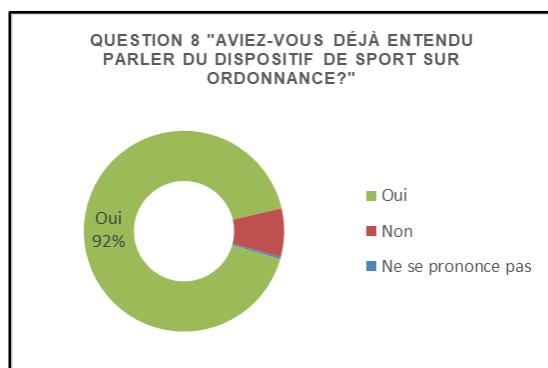


Figure 15 : Pourcentage des répondants à connaître l'existence du dispositif

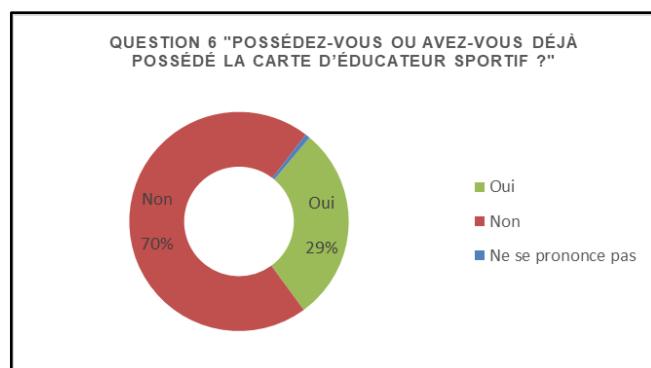


Figure 16 : Pourcentage des répondants à posséder la carte d'éducateur sportif

Il existe une relation significative entre le fait de posséder la carte d'éducateur sportif et le fait d'avoir réalisé une formation complémentaire dans le domaine du sport et/ou de l'APA ($n=579$, $p<0.001$, $V=0.181$) : ceux qui ont réalisé une formation complémentaire sont plus nombreux à posséder la carte d'éducateur sportif. Il existe aussi une association significative entre le fait d'avoir réalisé une formation complémentaire et le sexe ($n=579$, $p=0.013$, $V=0.122$) ainsi que la région d'exercice ($n=579$, $p=0.022$, $V=0.203$). De la même manière, posséder la carte d'éducateur est associé significativement au sexe ($n=579$, $p=0.011$, $V=0.107$). Les hommes sont plus nombreux à avoir réalisé une formation complémentaire et à posséder la carte d'éducateur sportif.

4.2. Connaissances des MK sur le dispositif de sport sur ordonnance

Notre questionnaire était composé de 20 questions communes aux 579 répondants. Quatre d'entre-elles avaient pour but d'évaluer leurs connaissances vis-à-vis du dispositif.

À la question 9 « *Selon vous qui peut prescrire des séances d'activité physique adaptée ?* », 81% des répondants pensent que « *tous les médecins* » peuvent prescrire une APA. Pourtant, d'après le décret relatif au sport sur ordonnance, seuls les médecins traitants ont cette possibilité. Seulement 16 personnes ont donné la bonne réponse, soit moins de 3% des répondants.

À la question 10 portant sur les acteurs pouvant encadrer l'APA, les MK ont bien conscience que l'EAPA et le MK occupent une place importante dans le sport sur ordonnance puisqu'ils sont 91% à citer au moins l'un de ces deux professionnels et 70 % à mentionner les deux (Figure 17). De plus, 62% des répondants ont cité à minima les 3 professionnels suivants : MK, EAPA et les titulaires d'un diplôme APA et santé. À l'inverse, peu de MK savent que d'autres professionnels de santé peuvent aussi dispenser des séances d'APA. Ainsi, les psychomotriciens et les ergothérapeutes ne sont cités respectivement que par 13% et 8% des répondants (Figure 17). Nous pouvons aussi relever que 1 répondant sur 5 ne sait pas que le MK est habilité à dispenser des séances d'APA.

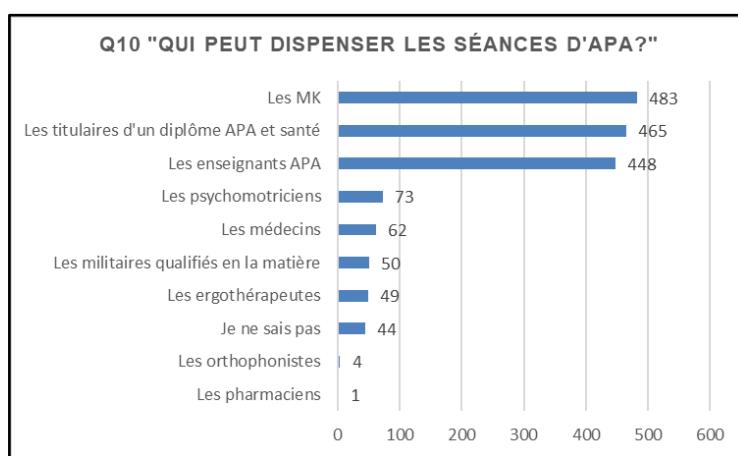


Figure 17 : Connaissances des MK sur les dispensateurs de l'APA

Sur l'ensemble des répondants ($n=579$), ils ne sont que 3 à avoir mentionné l'ensemble des bonnes réponses, tel que cité par le décret, soit moins de 1% des MK libéraux. Au total, à peine 15% ont cité les EAPA, les MK, les titulaires d'un diplôme APA-santé et en plus, un autre professionnel parmi les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les militaires qualifiés en la matière.

La question 11 était composée d'un vrai-faux portant sur des affirmations relatives aux bénéficiaires de l'APA et au financement du dispositif. Près de 90% des répondants affirment que les patients atteints d'ALD peuvent bénéficier d'une prescription d'APA, ce qui est la bonne réponse. En effet, d'après le décret, seules les personnes souffrant d'ALD peuvent en bénéficier. Pourtant, plus de la moitié des MK pensent que l'ensemble des pathologies chroniques sont concernées par la prescription d'APA, ce qui n'est pas le cas (Figure 18, réponse rouge). La moitié, répond à juste titre que toutes les personnes atteintes d'une pathologie aigüe ne peuvent pas bénéficier d'une prescription d'APA (Figure 19, réponse verte). À noter que lors de ces deux affirmations (pathologies aigües et chroniques), 1/3 personnes ont déclaré ne pas connaître la réponse, ce qui ne fait que confirmer le manque de connaissances des MK sur les bénéficiaires de l'APA. Sur les Figures 18, 19 et 20, la « bonne réponse » est en vert, et la « mauvaise réponse » en rouge.

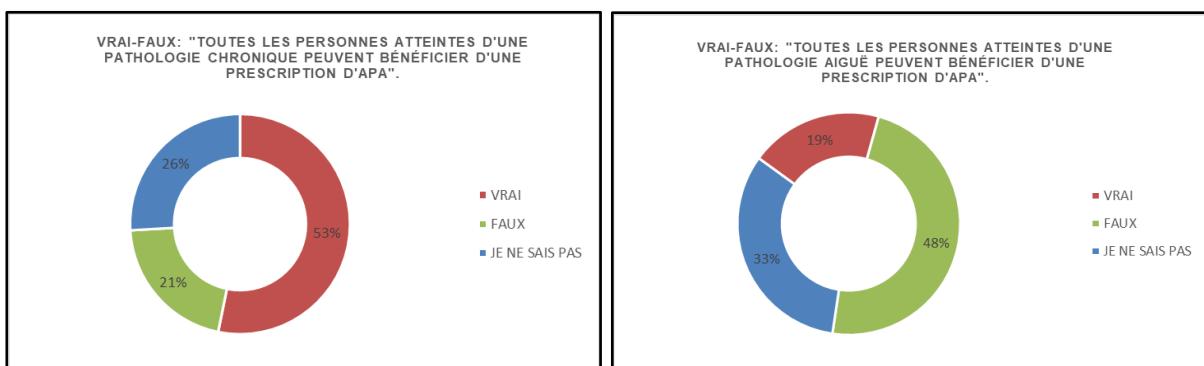


Figure 18 : Connaissances des MK sur les bénéficiaires de l'APA (pathologies chroniques)

Figure 19 : Connaissances des MK sur les bénéficiaires de l'APA (pathologies aigües)

Enfin, concernant le financement du sport sur ordonnance, ils sont 79% à répondre correctement que les mutuelles peuvent participer au remboursement de l'APA. En revanche, 60% des MK libéraux pensent que la sécurité sociale participe financièrement au remboursement des séances, ce qui n'est pas le cas (Figure 20, réponse rouge).

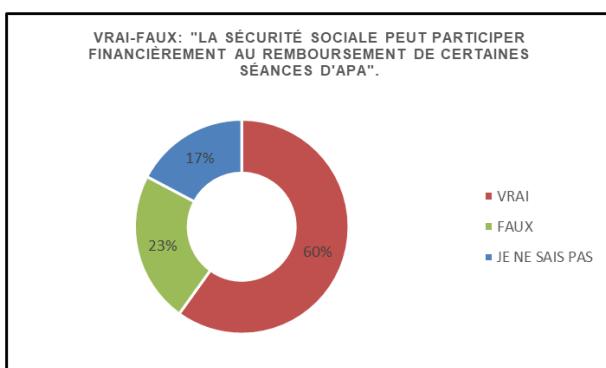


Figure 20 : Connaissances des MK sur le financement de l'APA

Par l'intermédiaire d'un vrai-faux, nous avons aussi demandé aux MK de répondre à des affirmations portant sur les moyens de collaboration possibles entre le MK et l'EAPA, dans le secteur libéral. Les réponses à ces situations pratiques se trouvent directement ou indirectement dans le code de déontologie des MK.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous (Figure 21). On observe un taux d'abstention élevé puisqu'en moyenne sur ces 6 affirmations, 42% des MK ont répondu « je ne sais pas ». Les MK ont pour une grande majorité, connaissance de la possibilité qu'ils ont de collaborer avec un EAPA auto-entrepreneur et d'exercer ensemble dans la même structure. En revanche, seulement 40% savent que le MK peut salarier un EAPA (Figure 21).

Les affirmations → les réponses correctes	Bonne réponse	Mauvaise réponse	Ne sait pas	Total
Le MK peut salarier un EAPA → Vrai	40% N=229	12% N=71	48% N=279	100% N=579
Le MK peut collaborer avec un EAPA auto-entrepreneur → Vrai	65% N=378	3% N=17	32% N=184	100% N=579
Le MK et l'EAPA peuvent exercer dans la même structure → Vrai	73% N=420	4% N=25	23% N=134	100% N=579
Le MK et l'EAPA peuvent accueillir leur patientèle respective dans une même salle d'attente au même moment → Faux	22% N=127	34% N=200	44% N=252	100% N=579
Le MK et l'EAPA peuvent exercer en même temps dans une salle commune → Faux	13% N=73	26% N=150	61% N=356	100% N=579
Le MK peut obtenir le statut d'auto-entrepreneur → Faux	28% N=164	26% N=149	46% N=266	100% N=579

Figure 21 : Connaissances des répondants sur les possibilités de collaboration entre le MK et l'EAPA.

Ces premiers résultats nous montrent que les MK semblent manquer de connaissances sur l'ensemble du dispositif de sport sur ordonnance (Bénéficiaires, dispensateurs, prescripteurs, financeurs). De plus, les répondants ne sont pas au courant de l'organisation et des statuts juridiques qu'il est possible d'établir avec les EAPA. Afin d'aller plus loin dans l'analyse du niveau de connaissances, nous avons procédé à une cotation pour chaque individu. Ainsi, pour chaque répondant, un score total sur 11 a été établi avec deux sous scores. L'ensemble des questions n'a pas été prise en compte, certaines portant à confusion ont été enlevées. Le tableau ci-dessous (Figure 22), détaille les questions que nous avons choisi d'inclure, et les réponses attendues (se basant sur le décret et le code de déontologie des MK).

Total connaissances des MK (/11)
Sous-score : Niveau de connaissances sur le dispositif (/7)
Qui peut prescrire de l'APA ? (/1) → 1 point si le répondant cite « Les médecins traitants »
Qui peut encadrer l'APA ? (/1) → 1 point si le répondant cite « Les MK + les EAPA + les titulaires d'un diplôme APA et santé + au moins un autre professionnel (parmi les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les militaires qualifiés en la matière) ».
Qui peut bénéficier de l'APA ? (/3) <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes en ALD peuvent en bénéficier (/1) → Réponse attendue : « Vrai » - Toutes les personnes atteintes de pathologies chroniques peuvent en bénéficier (/1) → « Faux » - Toutes les personnes atteintes de pathologies aigues peuvent en bénéficier (/1) → « Faux »

Qui finance l'APA ? (/2)
- La sécurité sociale peut participer financièrement au remboursement (/1) → « Faux »
- Les mutuelles peuvent participer financièrement au remboursement → « Vrai »
Sous-score : Niveau de connaissances sur le code de déontologie (/4)
Le MK peut salarier un EAPA (/1) → Réponse attendue : « Vrai »
Le MK peut collaborer avec un EAPA auto-entrepreneur (/1) → « Vrai »
Le MK et l'EAPA peuvent exercer dans la même structure (/1) → « Vrai »
Le MK et l'EAPA peuvent accueillir leur patientèle respective dans une même salle d'attente au même moment (/1) → « Faux »

Figure 22 : Démarche pour établir le score relatif aux connaissances des MK

Le score moyen sur 11 est de 4.8 ± 2.1 . La moyenne pour le sous score sur 7 est de 2.8 ± 1.3 . Elle est de 2.0 ± 1.2 pour le sous score sur 4. La médiane est respectivement de 5/11, 3/7 et 2/4. 75% des répondants ont un score entre 0/11 et 6/11, entre 2/7 et 4/7, et entre 0/4 et 3/4. Le score total reste relativement faible, en partie en lien avec un mauvais score sur les connaissances relatives au dispositif de sport sur ordonnance (75% des MK n'obtiennent pas la moyenne). Le score sur la collaboration entre l'EAPA et le MK est relativement modeste, la moyenne se situant à 2/4. Ces données confirment d'une manière chiffrée la tendance qui se dégageait, à savoir que les MK libéraux manquent de connaissances sur le dispositif et sur ses possibilités de collaboration avec les EAPA.

4.3. La place des professionnels du sport-santé dans le dispositif

Nous avons interrogé les MK libéraux pour recueillir leur avis sur la place qu'occupent les professionnels du sport et de la santé dans le dispositif. Selon eux, les MK et les EAPA sont les deux professionnels les plus habilités pour encadrer des séances d'APA. Ils sont 80% à les mentionner simultanément parmi les 3 professionnels les plus habilités pour encadrer des séances d'APA (Figure 23). Les entraîneurs et les préparateurs physiques complètent le podium, évoqués par 326 MK. À l'inverse, seulement 15% des MK citent les ergothérapeutes et les psychomotriciens (Figure 23).

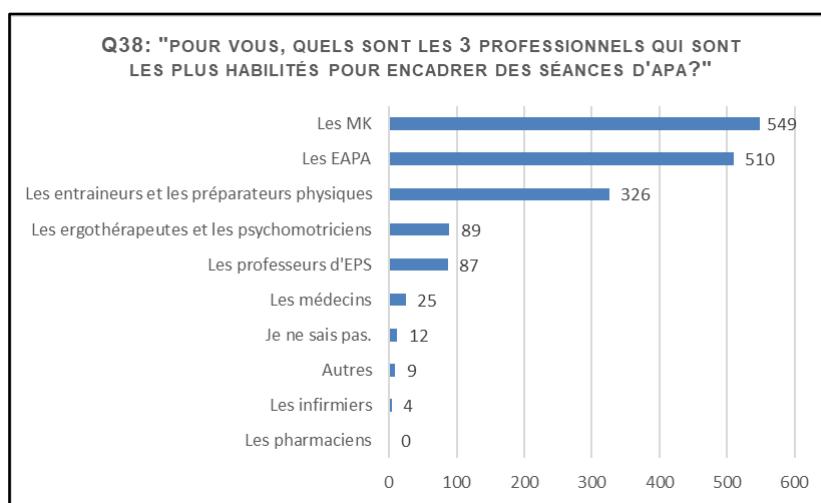


Figure 23 : Les 3 professionnels les plus habilités à encadrer les séances d'APA selon les répondants

Les MK libéraux pensent donc qu'ils occupent une place centrale dans le dispositif au même titre que les EAPA. Cette opinion est confirmée par les questions 39 et 40 de notre questionnaire puisque 95% des répondants pensent que le masseur-kinésithérapeute à sa place dans l'APA. Ils sont 87% à trouver que l'EAPA joue aussi un rôle important. Pour autant, la majorité des répondants pensent ne pas avoir été suffisamment formé sur l'activité physique adaptée durant leur formation initiale (Figure 24).

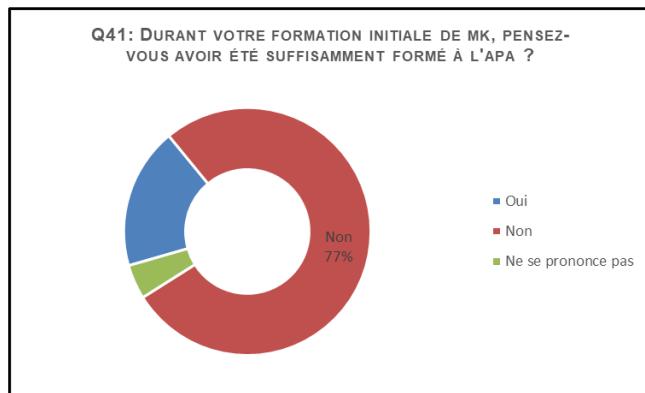


Figure 24 : Le ressenti des répondants sur l'enseignement de l'APA dans leur formation initiale

L'analyse des questions « communes » à tous les répondants nous a permis de relever un manque de connaissances des MK libéraux sur le dispositif. Nous notons également que ces derniers pensent occuper une place importante au sein de celui-ci. En revanche, à ce stade de notre analyse nous ne savons pas comment ils intègrent le sport sur ordonnance dans leur pratique professionnelle, ni les difficultés qu'ils rencontrent à ce sujet. Les réponses à ces interrogations sont possibles par l'analyse des questions « spécifiques », qui diffèrent selon l'expérience des MK vis-à-vis du sport sur ordonnance.

4.4. L'expérience des répondants dans le sport sur ordonnance

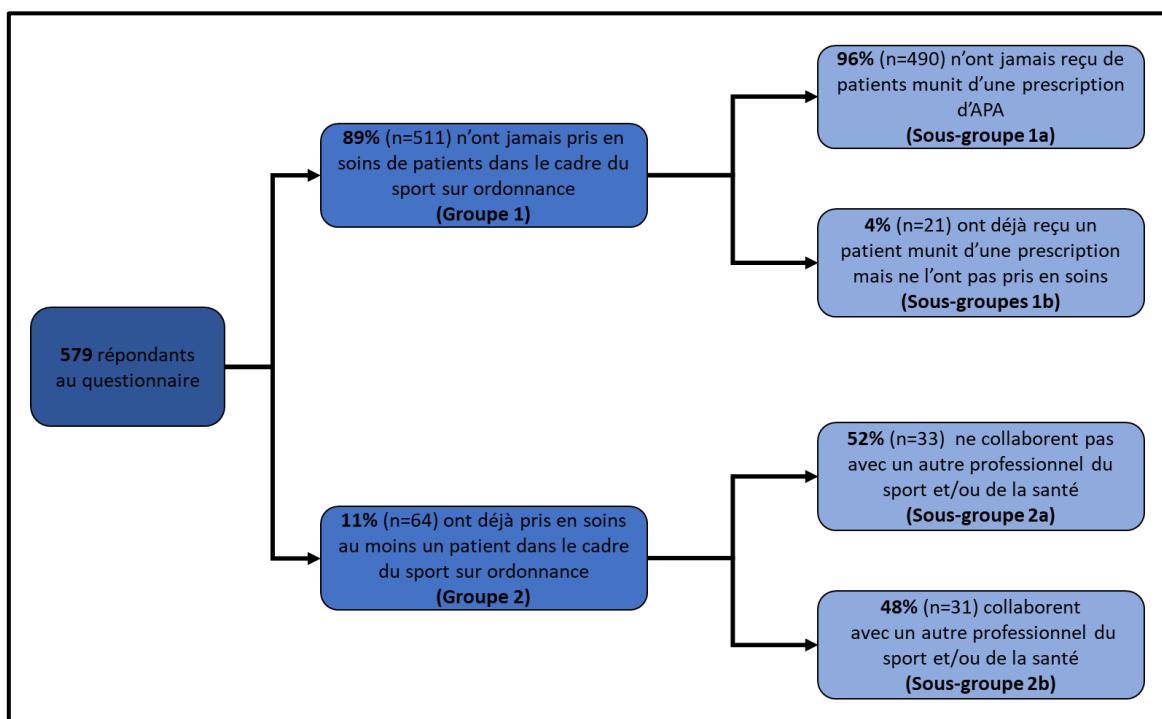


Figure 25 : Organigramme sur la répartition des 579 MK répondants de l'enquête

Tous les MK n'ont pas la même expérience. En fonction de celle-ci, des questions « spécifiques » ont été posées dans le but de réaliser un état des lieux complet du sport sur ordonnance dans la profession. Pour rappel, à partir des réponses aux questions 13, 14, et 25 nous avons classé les répondants en 2 groupes et 4 sous-groupes. L'organigramme ci-dessus représente cette répartition (Figure 25). À noter que 4 MK n'appartiennent à aucun groupe puisqu'ils ont déclaré « ne pas se prononcer » à la Q13.

4.4.1. L'AP au cœur de la pratique professionnelle des MK libéraux

Chez les MK n'ayant jamais pris en soins de patients dans le cadre du sport sur ordonnance (groupe 1, n=511), l'AP fait partie de leurs moyens de rééducation, notamment dans la prise en soins des patients atteints de maladies chroniques. Ainsi 89% (n=510) de ces MK utilisent régulièrement l'AP (souvent, très souvent, ou toujours) comme moyen de rééducation pour ce type de patient (Figure 27). De plus, 98% des MK conseillent (souvent, très souvent ou toujours) la pratique d'AP à leurs patients en dehors des séances de masso-kinésithérapie et 58% le font systématiquement (toujours) (Figure 26).

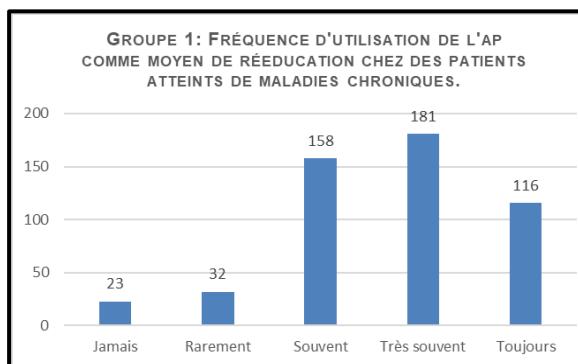


Figure 27 : Fréquence à laquelle les MK utilisent l'AP comme moyen de rééducation

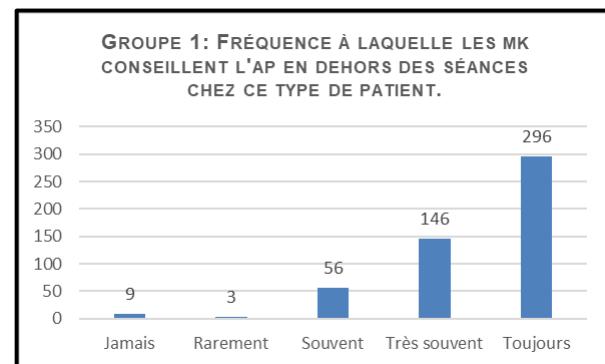


Figure 26 : Fréquence à laquelle les MK conseillent l'AP en dehors des séances

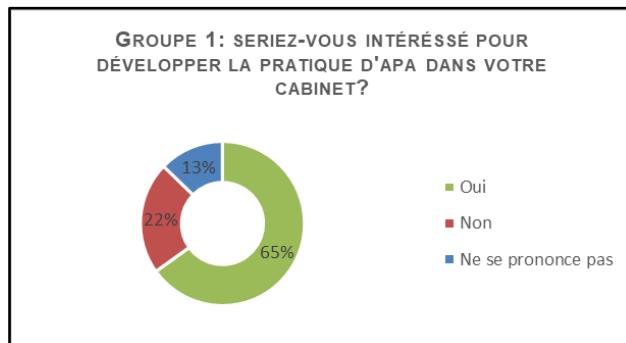


Figure 28 : Intérêt des répondants pour l'APA (Groupe 1)

Les MK libéraux n'ayant jamais eu recours au sport sur ordonnance sont très favorables et intéressés pour développer ce type de pratique dans leur cabinet (340/510) (Figure 28). Plusieurs freins expliquent qu'ils ne l'ont pas encore fait : le manque de connaissances sur le dispositif, les contraintes administratives et le manque de connaissances théoriques sur les APA sont les 3 principales raisons (cités respectivement par 61%, 46% et 45%, n=340). Le manque de temps est aussi mentionné par 4 dixièmes des personnes et les infrastructures inadaptées par un tiers. En revanche la concurrence, le manque de matériels et les contraintes législatives ne semblent pas être un frein majeur. À noter que 4% (n=14) rapportent un manque de prescriptions des médecins, élément que nous n'avions pas émis dans nos propositions.

Chez les MK ayant répondu ne pas être intéressés pour développer l'APA dans leur cabinet (n=110), les deux principales raisons sont le manque de temps et les infrastructures inadaptées, citées par la moitié des répondants. Le manque d'intérêt pour ce domaine et les contraintes administratives sont aussi des explications. Là encore, la concurrence, le manque de matériels et les contraintes législatives ne semblent pas être la cause de leur non-implication dans le dispositif. Dans la catégorie « autres » certains MK trouvent que l'AP est déjà intégré quotidiennement dans la pratique des MK sans qu'il ne soit question de « prescription d'APA ». Ainsi un MK mentionne « *Nous faisons faire du sport à nos patients depuis toujours sans qu'il soit question de prescription.* », un autre cite « *je conseille l'activité physique au patient lorsqu'ils sont chez eux après leurs avoir prodigué des exercices* ». Cela signe la volonté pour certains MK de proposer de l'AP sans qu'il ne soit question de prescription.

Chez les MK qui ont déjà reçu un patient muni d'une prescription d'APA mais qui ne l'ont pas pris en soins (sous-groupe 1b, n=21), plusieurs raisons expliquent cette non prise en charge. Près d'un répondant sur deux cite « le manque de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA » et plus d'un tiers des MK mentionne les contraintes administratives (avec des difficultés de cotation de l'acte et des difficultés à gérer une activité « hors nomenclature »). Le manque de temps est aussi cité par 29% des répondants tandis que le manque de connaissances théoriques des APA l'est par 19% d'entre eux. Dans ce sous-groupe 1b, 11 MK ont redirigé le patient vers un autre professionnel, 9 ne l'ont pas redirigé, et 1 ne s'est pas prononcé. Lorsque les MK redirigeaient les patients, 8 fois sur 10 il s'agissait d'un EAPA ou d'un autre professionnel du sport, et 2 fois il était question d'un autre MK. Pour la moitié d'entre-eux, la collaboration avec ce professionnel à lieu régulièrement au sujet du sport sur ordonnance, et pour l'autre moitié uniquement de manière occasionnelle.

4.4.2. L'organisation du sport sur ordonnance chez les MK libéraux

Parmi les MK qui dispensent des séances d'APA (groupe 2, n=64)), 84% d'entre eux le font plusieurs fois par an. Près de 50% des MK de ce groupe ont recours au dispositif souvent (plusieurs fois par mois), très souvent (plusieurs fois par semaine) ou tout le temps (tous les jours). En revanche, le sport sur ordonnance ne représente pas la majeure partie de leur travail puisque pour 95% des répondants, l'encadrement d'APA représente moins de 50% de leur activité (Figure 29).

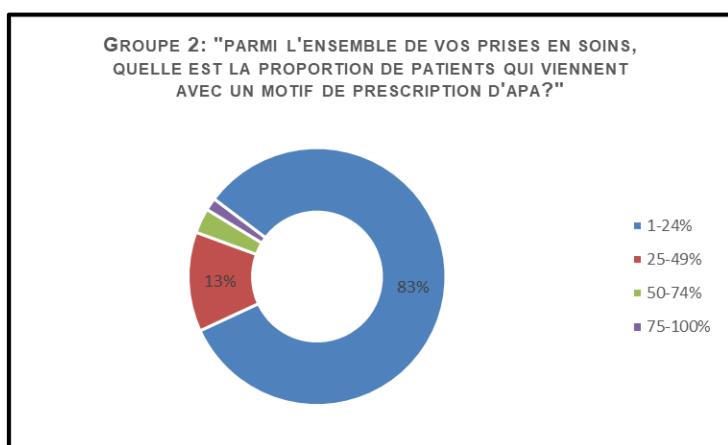


Figure 29 : Fréquence d'utilisation de l'APA chez les MK qui y ont recours

Les MK encadrent les séances d'APA plus souvent en séances individuelles (n=34), qu'en séances collectives (n=21) (9 MK pratiquent autant en séances individuelles que collectives). Les séances se pratiquent essentiellement au sein du cabinet libéral dans lequel ils exercent (pour 84% des MK). Seulement 8% exercent au sein d'une maison de sport-santé. Une minorité de MK encadre cette pratique au sein d'une salle de sport, d'une association ou d'un centre de rééducation. Chez les MK qui ont déjà pris en soins un ou plusieurs patients dans le cadre du sport sur ordonnance (groupe 2, n=64), 2/3 n'ont pas rencontré de difficultés (n=42) et 1/3 en ont déjà rencontré (n=22), principalement liées à la cotation de l'acte et à la tarification de la séance (Figure 30).

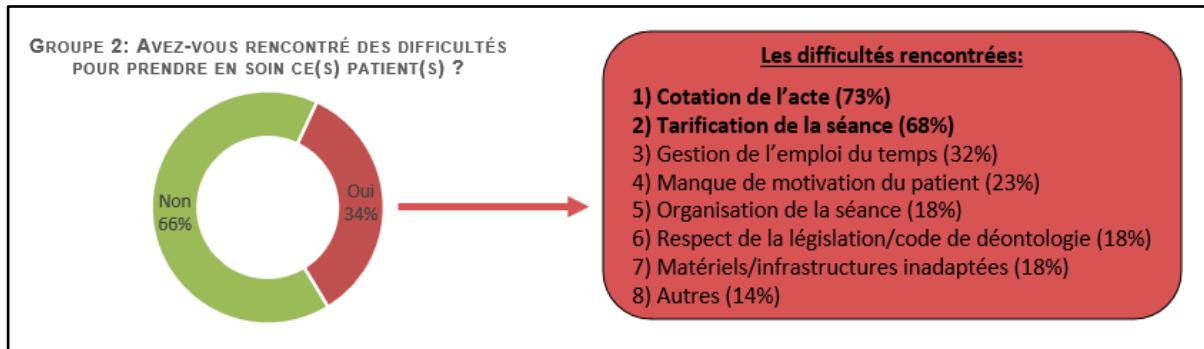


Figure 30 : Les difficultés que rencontrent les MK libéraux dans l'encadrement du sport sur ordonnance

4.4.3. La collaboration MK-EAPA

Sur les 64 MK qui ont déclaré pratiquer des séances d'APA (groupe 2), 31 collaborent avec un autre professionnel du sport et/ou de la santé (sous-groupe 2b). La collaboration à principalement lieu avec des médecins (52%, n=16) et des enseignants APA (39%, n=12). Les répondants collaborent peu avec les autres professionnels de santé (n=4).

Le partenariat avec le médecin se fait la plupart du temps à distance (téléphone, courriel, réseau intermédiaire) sans qu'il ne soit question d'un statut juridique particulier. Il peut aussi se faire au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP).

Le lieu où s'effectue la collaboration entre le MK et le professionnel du sport est vaste et hétérogène. Notre échantillon est trop faible pour que nous puissions dégager un moyen de collaboration privilégié. Nous pouvons simplement mettre en évidence la complexité qui réside dans ce type d'association, tant par le lieu où elle se déroule, que par les différents statuts juridiques possibles (Figure 31). Lorsque ce partenariat se fait de manière formelle, il semble se dégager une tendance : les MK font appel à un autoentrepreneur du sport de manière régulière (Figure 31). La collaboration avec le MK et le professionnel du sport peut aussi se faire sans qu'il n'y ait de statut juridique particulier, notamment par courriel ou par téléphone : c'est une solution à laquelle nous n'avions pas pensé au préalable.

La Figure 31 ci-dessous résume les différents moyens de collaboration possibles.

Collaboration avec un professionnel du sport (n=17) (12 EAPA + 5 éducateurs sportifs sans précision de leur niveau de qualification)	
Lieu de la collaboration	<ul style="list-style-type: none"> - Cabinet libéral (n=8) - Association (n=5) - Maison de sport-santé (n=3) - Hôpital-centre de rééducation (n=2) - Par téléphone (n=1)
Statut juridique du professionnel du sport	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat avec un auto-entrepreneur (n=7) - Associé (n=4) - Salarié (n=1) - Pas de statut particulier (téléphone, courriel) (n=5)
Structure différente/commune	<ul style="list-style-type: none"> - Structure commune (n=12) <ul style="list-style-type: none"> • Pièce différente (n=5) • Pièce commune et horaires différentes (n=6) • Pièce et horaires communes (n=1) - Structure différente (n=5)

Figure 31 : Les différents moyens de collaboration entre les MK libéraux et les professionnels du sport

Dans le cas où la collaboration à lieu dans le même établissement, que ce soit avec un professionnel du sport ou de la santé, les MK distinguent bien leur activité de masso-kinésithérapie, de celle du sport sur ordonnance : ainsi les patientèles respectives ne se croisent pas et dans seulement 5% des cas les deux professionnels exercent dans la même pièce à des horaires communes (Figure 32). De plus, l'accueil des patients se fait majoritairement dans une salle d'attente différente (Figure 33).

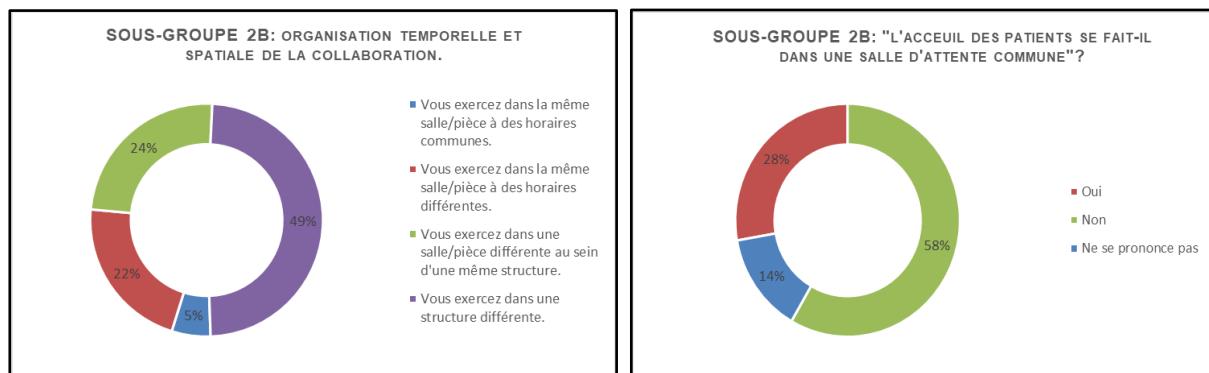


Figure 32 : Organisation temporelle et spatiale de la collaboration MK – Professionnel du sport

Figure 33 : L'accueil des patients dans le cadre de la collaboration MK-Professionnel du sport

Finalement, la collaboration avec un autre professionnel reste minoritaire : lorsqu'elle a lieu, elle se fait majoritairement avec un médecin et/ou un EAPA. Lorsqu'il s'agit d'un EAPA, le partenariat se fait surtout en faisant appel à un auto-entrepreneur. Elle peut aussi se faire de manière implicite, à distance. Le salariat reste quant à lui extrêmement rare.

Nous avons vu que les MK ont peu recours au dispositif. Ceux qui encadrent l'APA, rencontrent des difficultés liées à la cotation de l'acte et la tarification des séances. La compréhension de ces obstacles et des autres freins présents dans la profession est nécessaire pour comprendre leur faible implication.

4.5. Les freins et les leviers au développement du sport sur ordonnance

Nous avons questionné les répondants pour connaître les éléments qu'ils jugeaient facilitant ou limitant le développement du sport sur ordonnance dans la profession. Sur les 579 MK libéraux, 60% citent le manque de temps comme étant le principal frein. Près de la moitié mentionnent le manque de connaissances sur le dispositif et le manque de financement. À noter que les contraintes administratives arrivent en 4^{ème} position, citées par 42% des répondants. Enfin, ¼ des personnes pensent que les difficultés pour développer un réseau dans le domaine de l'APA est un frein et 1/5 que le respect du code de déontologie et du secret professionnel en est un autre (Figure 34).

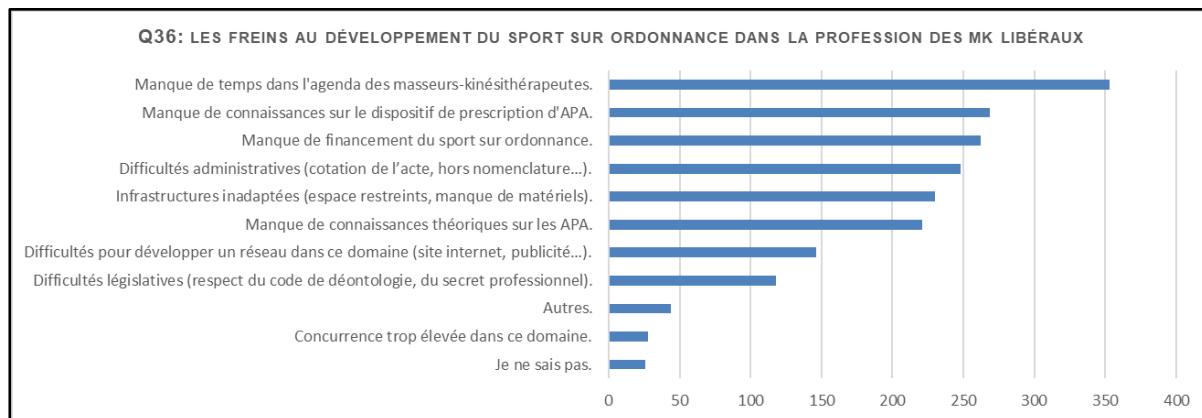


Figure 34 : Les freins au développement du sport sur ordonnance dans la profession des MK libéraux

Selon l'expérience des MK, les freins perçus ne sont pas tout à fait identiques. Pour ceux qui ont déjà pris en soins des patients dans le cadre du sport sur ordonnance, les contraintes administratives constituent le principal frein, témoignant des difficultés liées à la cotation de l'acte et à la tarification de la séance, que nous avons déjà évoqué précédemment. À l'inverse, les MK qui n'ont jamais pris en charge de patients dans ce contexte, mentionnent le manque de temps en première position. La Figure 35 ci-dessous résume les principaux freins cités par les MK en fonction de leur niveau d'expertise dans l'APA.

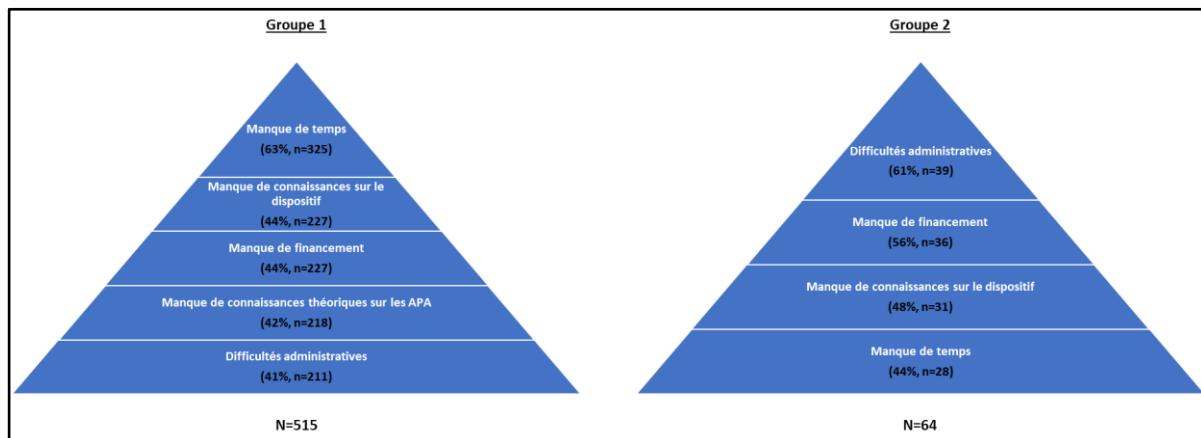


Figure 35 : Les freins à la pratique du sport sur ordonnance selon l'expérience des MK dans ce domaine

Parmi les leviers, les MK mentionnent en priorité la possibilité pour les professionnels de santé de prescrire de l'APA, suivi d'une meilleure connaissance du dispositif et du financement intégral de l'APA (Figure 36). Ils sont aussi près d'un tiers à penser qu'une tarification unique et la possibilité pour les MK de se créer un réseau via un site internet peut être un élément facilitateur. À contrario, une plus grande laxité du code de déontologie n'est citée que par 14% des MK. Dans la catégorie « autre », quelques répondants évoquent d'autres possibilités auxquelles nous n'avions pas pensé. Un MK cite « *une plus grande prescription de la part des médecins* », un autre « *que les MK soit plus nombreux sur le territoire français* ».

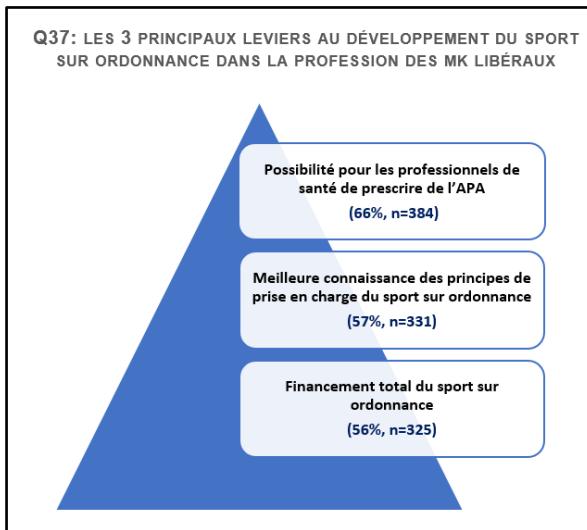


Figure 36 : Les leviers au sport sur ordonnance chez les MK libéraux

Cette partie nous a permis d'avoir l'avis des MK libéraux sur les freins et les leviers au développement du sport sur ordonnance dans la profession. Le manque de temps, de connaissances sur le dispositif, de financement et les difficultés administratives sont les principaux freins. Les MK ayant recours au dispositif dans leur pratique mentionnent davantage les difficultés administratives comme principal frein, tandis que ceux n'ayant aucune expérience dans ce domaine citent de manière plus récurrente le manque de connaissances théoriques sur les APA. À ce stade de notre analyse, nous ne connaissons pas les facteurs qui influent sur l'appartenance aux différents groupes et sous-groupes. Pourtant cette compréhension est nécessaire pour savoir ce qui peut prédisposer les MK à pratiquer ou non le sport sur ordonnance. Pour cela nous avons réalisé des statistiques inférentielles.

4.6. Quels paramètres influent sur le niveau de pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux ?

L'ensemble de nos variables sont qualitatives, excepté « l'année du diplôme » qui est une variable continue que nous avons transformé en variable catégorielle. Nous avons réalisé des tests de « khi-deux » pour évaluer un éventuel lien d'association entre 2 variables. Nous avons cherché à mettre en évidence les paramètres qui influenzaient sur l'appartenance à l'un des groupes et sous-groupes.

Il n'y a pas de lien direct entre le fait d'appartenir à l'un des groupes et l'âge, le sexe, le fait d'avoir réalisé une formation complémentaire dans le domaine du sport et/ou de l'APA, de posséder la carte d'éducateur sportif, ou encore l'année d'obtention du diplôme.

En revanche, il existe une association significative entre l'appartenance aux groupes et la région d'exercice, le score total sur 11 points et le score de connaissances sur le dispositif (en 7 points) (Figure 37). Nous retrouvons ces mêmes liens d'associations significatives entre l'appartenance aux sous-groupes et la région d'exercice ($n=579$, $p=0.018^*$, $V=0.196$), le score total sur 11 points ($n=579$, $p=0.015^*$, $V=0.168$), et le score de connaissance sur 7 points ($n=579$, $p<0.001^*$, $V=0.166$). Ces liens d'associations restent faibles (V de cramer inférieur à 0.200).

	Appartenance à l'un des 2 groupes (Groupe 1 et 2) ¹¹		
	n	p	V
Régions	579	0.039*	0.211
Score total sur 11 points (Connaissances du dispositif + collaboration MK-EAPA)	579	0.038*	0.121
Score connaissances du dispositif sur 7 points	579	0.023*	0.100

Figure 37 : Les paramètres pouvant influencer la pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux

Ces résultats nous montrent que dans la profession, le fait de pratiquer du sport sur ordonnance semble lié de manière significative à la région d'exercice et à leur niveau de connaissances sur le dispositif. Nous avons donc cherché à comprendre les paramètres qui pouvaient influer sur ces deux variables.

La région d'exercice des MK est positivement associée avec le fait d'avoir réalisé une formation complémentaire dans le domaine du sport et/ou des APA ($p=0.022^*$). La force de la relation est moyenne ($V=0.203$). Il existe aussi une association entre la région d'exercice et le fait de posséder la carte d'éducateur sportif ($p<0.001^*$), la force de la relation élevée ($V=0.387$). Enfin, nous retrouvons un lien entre la région d'exercice et le score de connaissances sur 7 points ($p=0.045^*$). L'ensemble des résultats est présenté dans la Figure 38 ci-dessous.

Régions			
	n	p	V
Formation complémentaire dans le sport et/ou l'APA	579	0.022*	0.203
Carte d'éducateur sportif	579	<0.001*	0.387
Connaissances du dispositif sur 7 points	579	0.045*	0.180

Figure 38 : Les paramètres qui sont associés significativement à la région d'exercice

¹¹ Groupe 1= Les MK n'ayant jamais pris en soins de patient dans le cadre du sport sur ordonnance ; Groupe 2= Les MK ayant déjà pris en soins au moins un patient dans le cadre du sport sur ordonnance ; n= nombre de répondants ; p= probabilité hypothèse H0 « nulle » du test khi-deux ; * résultat significatif au khi-deux ; V= coefficient de cramer.

Le score total sur 7 points n'est pas en lien avec l'âge, le sexe ou le fait de penser que le MK ou l'EAPA à sa place dans le dispositif de sport sur ordonnance. En revanche, il existe une association significative entre ce score et l'année d'obtention du diplôme. En effet, nous avons réalisé 4 catégorisations différentes selon l'année d'obtention du diplôme : avant et après 2019, 2017, 2008, 2004. Chaque classification n'est pas réalisée au hasard, elle a pour but d'observer l'impact des changements dans la profession qui pourrait influer sur le niveau de connaissances des MK : 2019 pour évaluer l'effet de la réforme des études en 4 ans, 2017 pour l'impact du décret, 2008 correspond à la création du code de déontologie et 2004 à la création de l'ordre des MK. Pour chaque catégorisation il y a une association positive avec le score total sur 7 points ($n=579$, p variant de 0.002* à 0.026* et le Tau de Kendall de 0.0104 à 0.0814). Ces relations sont faibles et ne permettent pas d'en tirer une quelconque conclusion.

Il existe une association significative entre le niveau de connaissances des MK et le fait de posséder la carte d'éducateur sportif, d'avoir réalisé une formation complémentaire dans le sport et/ou l'APA, d'avoir déjà entendu parler du dispositif ou d'avoir déjà reçu un patient muni d'une prescription d'APA (Figure 30). Il existe aussi d'autres liens d'association, présentés dans la Figure 39.

	Connaissance du dispositif de sport sur ordonnance sur 7 points		
	n	p	V
Formation complémentaire dans le sport et/ou l'APA	579	0.006*	0.162
Posséder la carte d'éducateur sportif	579	0.025*	0.150
Avez-vous déjà entendu parler du dispositif de sport sur ordonnance	579	0.004*	0.167,
Avoir déjà reçu un patient muni d'une prescription d'APA	510	0.006*	0.176
Penser que l'EAPA à sa place dans le dispositif de sport sur ordonnance	579	0.022*	0.151
Régions d'exercice	579	0.045*	0.180

Figure 39 : Les paramètres qui sont associés significativement au niveau de connaissances du dispositif

À noter que le score total sur 11 est positivement associé avec le score de connaissances du dispositif sur 7 points ($n=579$, $p<0.001$, Tau de Kendall = 0.726) et celui lié à la collaboration MK-EAPA sur 4 points ($n=579$, $p<0.001$, Tau de Kendall = 0.709). Il est logique que la relation entre ces variables soit forte puisque le score total sur 11 n'est autre que l'addition du score de connaissances du dispositif et de celui sur la collaboration MK-EAPA.

Toutefois, il est intéressant de noter que le score sur 7 est significativement associé au score sur 4 ($n=579$, $p<0.001$). La force de cette relation est moyenne (Tau de Kendall = 0.313). Autrement dit, les personnes qui ont le meilleur score au test sur les connaissances du dispositif sont aussi ceux qui ont le meilleur score au test sur les moyens de collaboration MK-EAPA.

En résumé, il existe un lien d'association significatif entre le fait d'avoir recours ou non au sport sur ordonnance dans sa pratique courante et 2 paramètres (la région d'exercice et le niveau de connaissances du dispositif). Avoir réalisé une formation complémentaire dans le domaine du sport et/ou de l'APA, ou posséder la carte d'éducateur sportif est lié au niveau de connaissances du dispositif et à la région d'exercice. Finalement, jouer positivement sur ces facteurs pourrait avoir un impact sur la promotion du sport-santé dans la profession : encore faut-il connaitre le sens de la relation ?

En effet, prenons l'exemple du lien entre le niveau de connaissances et la réalisation d'une formation complémentaire dans le domaine du sport-santé. Le test du « khi-deux » nous indique que la relation est significative et le V de cramer la puissance de cette association. Cependant, aucun des deux ne nous indique le sens de la relation, autrement dit le lien de cause à effet. Ainsi, est-ce parce que les MK ont effectué une formation complémentaire, qu'ils ont acquis plus de connaissances sur le dispositif et sont donc plus susceptibles d'avoir eu recours au sport sur ordonnance ? Où à l'inverse, est-ce en pratiquant le sport sur ordonnance, qu'ils se sont aperçus de certaines lacunes et ont donc effectué une formation complémentaire pour étoffer leurs connaissances sur le sujet ? L'interprétation de nos résultats et leurs confrontations avec la littérature permettra d'éclaircir ces interrogations.

5. Discussion

5.1. Principaux résultats

Depuis Mars 2017, les médecins traitants ont la possibilité de prescrire de l'APA aux personnes atteintes d'ALD (D. n° 2016-1990). Les professionnels de santé et du sport sont les intervenants habilités à la dispenser. L'objectif de cette étude était d'établir un état des lieux de cette pratique chez les MK libéraux. Les résultats mettent en évidence que les MK sont peu présents dans le dispositif, bien qu'intéressés et conscients des bénéfices de l'AP pour leurs patients. Le manque de connaissances, de temps, de financements et les difficultés administratives sont les principaux freins rencontrés, pouvant expliquer leur non-implication. La collaboration entre les MK libéraux et les professionnels du sport est rare mais possible. Elle se fait le plus souvent avec un auto-entrepreneur du sport, au sein d'un cabinet libéral.

5.1.1. Des MK peu impliqués dans le sport sur ordonnance

Notre étude met en évidence que peu de MK libéraux ont recours au sport sur ordonnance. Seul 11% des répondants (n=64) ont déjà pris en soins des patients dans ce contexte. Pour 83% d'entre eux, cette pratique représente moins de 25% de leur patientèle. Nos résultats ne confirment pas ceux mis en évidence par NY AVANA, où 59% des répondants (n=148) pratiquaient le sport sur ordonnance (NY AVANA, 2021). Ils tendent cependant à se rapprocher des chiffres évoqués par ROQUE et LE GOUALHER où respectivement 28% (n=106) et 16% (n=360) des MK avaient recours à cette pratique (ROQUE, 2019; LE GOUALHER, 2020). Dans ces trois études, l'ensemble des MK ont été interrogés, ce qui peut expliquer des proportions supérieures à celles observées dans notre étude. Il est en effet possible que cette pratique soit moins développée dans le milieu libéral comparativement au salariat.

Cette première partie d'analyse confirme notre première hypothèse, à savoir que les MK libéraux sont peu présents dans le dispositif de sport sur ordonnance. En 2019 déjà, Jean-Pierre GRUEST déplorait des « Kinés trop souvent oubliés » et « invisibles ». Cette même année, le rapport de l'ONAPS (2019) montrait à travers un état des lieux des dispositifs en France, que les MK semblaient sous-représentés comparativement aux professionnels du sport. Sur les 89 dispositifs qu'ils ont identifiés, les EAPA étaient présents dans 60% d'entre eux, les titulaires d'un diplôme relevant du ministère des sports dans 47%, les MK dans 35% et les ergothérapeutes et psychomotriciens dans moins de 6% (Figure 40).

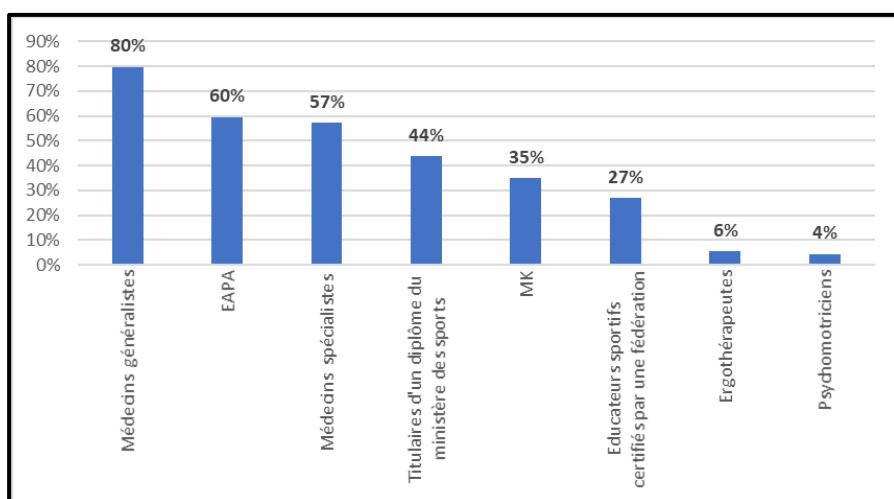


Figure 40 : Fréquence des professionnels impliqués dans les 89 dispositifs d'APA (en %), créée à partir des données de (ONAPS, 2019, p.33-40)

Au total, les EAPA sont en moyenne 3 fois plus nombreux que les MK (ONAPS, 2019). Pourtant, le nombre de MK libéraux exerçant sur le territoire français avoisine les 80 000 (OMK, 2021), quand les EAPA ne sont que 1400 à être recensés sur la plateforme en ligne de la SFP-APA (2022). En 2015, sur les 133 000 éducateurs sportifs, seulement 1400 étaient titulaires d'une licence STAPS - APAS (MVJS, 2015). Attention cependant à ne pas surinterpréter ces chiffres qui sont sous-évalués : on sait en effet que chaque année, plus de 1200 personnes sont diplômées d'une licence STAPS mention APAS (MESRI-SIES, 2021). Ce type de licence date des années 80 (SFP-APA, 2016). Il est donc évident que si à l'heure actuelle il est impossible de savoir avec exactitude combien d'EAPA exercent sur le territoire, leur nombre est beaucoup plus important que les chiffres énoncés. Toutefois, il paraît peu probable voire impossible qu'ils soient plus nombreux que les 80 000 MK libéraux.

Alors comment expliquer que les MK sont si peu nombreux à pratiquer le sport sur ordonnance ? Est-ce un manque d'intérêt de la profession pour l'AP et pour le dispositif ? Les résultats de notre étude ne semblent pas aller dans ce sens, puisque l'AP est au cœur de leur pratique professionnelle.

5.1.2. Mais l'AP au cœur de leur pratique professionnelle

Dans notre étude, 89% des MK utilisent très régulièrement l'AP comme moyen de rééducation dans la prise en soins de patients atteints de maladies chroniques. Près de 98% conseillent la pratique d'AP en dehors des séances de masso-kinésithérapie pour ce type de patient. Ces résultats sont en accord avec ceux de ROQUE (2019) et en adéquation avec les preuves actuelles sur les bénéfices de l'AP (INSERM, 2019). En effet, ces dernières années, l'AP a pris une place importante dans le traitement des patients. Elle fait partie intégrante de l'arsenal thérapeutique à disposition des professionnels de santé. Elle est recommandée pour de nombreuses pathologies (INSERM, 2019; ACSM, 2021). En plein essor, elle tend même à questionner sur l'intérêt des techniques passives en masso-kinésithérapie, donnant lieu à des débats sur les thérapies « hands off » versus « hands on » (JULL et MOORE, 2012; LLUCH GIRBÉS et al., 2015). Bien qu'il nous semble évident que l'utilisation exclusive d'une technique n'est pas pertinente, il est indéniable que l'AP, en s'appuyant sur un haut niveau de preuves scientifiques, fait désormais partie des moyens de rééducations à privilégier pour beaucoup de pathologies rencontrées par les MK. Elle touche l'ensemble des champs de la masso-kinésithérapie : respiratoire (ex : BPCO) (HAS, 2019b), neurologique (ex : AVC) (HAS, 2019c), traumatologique (ex : tendinopathie) (COOK et al., 2016), ou encore rhumatologique (ex : lombalgie) (HAS, 2019d), etc.

Nous avons aussi mis en évidence que les MK libéraux n'ayant jamais eu recours à l'encadrement d'APA, sont très favorables et intéressés pour développer ce type de pratique dans leur cabinet (67%, n=511). Il est vrai que depuis les prémisses du sport sur ordonnance, en 2017, la profession semble vouloir s'impliquer dans ce domaine. À la sortie du décret, l'ordre avait écrit un communiqué pour informer les MK de leur possibilité à encadrer l'APA (CNOMK, 2016). Par la suite, ils ont mis à disposition un document intitulé « *Pratiquer une AP avec une ALD ? Pas sans mon bilan kiné* » qui permet d'aider les professionnels à réaliser le bilan initial d'APA auprès de patients s'inscrivant pour cette démarche (OMK, 2017, p.1).

Finalement, nous sommes face à un paradoxe avec d'une part, la volonté pour les MK et les instances de la profession de s'impliquer dans le sport sur ordonnance, et de l'autre, la réalité du terrain montrant que seule une minorité d'entre-eux ont réellement recours à ce type de pratique. Il est possible que certains freins limitent leur implication. Le manque de temps, le manque de connaissances sur le dispositif et les APA, les contraintes administratives et le manque de financement sont les principaux obstacles mis en évidence dans notre étude.

5.1.3. Les freins au développement du dispositif chez les MK

5.1.3.1. Le manque de connaissances sur le dispositif et sur les APA

La majorité des répondants déclarent être au courant de l'existence du dispositif de prescription d'APA (92%, n=579). Ils étaient 66% en 2019 (ROQUE) et 89% en 2020 (LE GOUALHER). Au fil du temps, le sport sur ordonnance s'est probablement démocratisé auprès de la population française, par l'intermédiaire des médias et de la promotion menée par les politiques de santé. Cette démocratisation peut expliquer nos chiffres plus élevés que ceux des études antérieures.

Si les MK sont au courant de l'existence du dispositif, leurs connaissances à ce sujet restent faibles. La majorité (81%) pensent que tous les médecins peuvent prescrire de l'APA alors que seul le médecin traitant peut le faire (D. n° 2016-1990). De la même manière, une grande majorité des répondants ne connaît pas toutes les professions habilitées à encadrer l'APA (20% ne savent pas que le MK à la possibilité d'encadrer cette pratique). De plus, beaucoup pensent que toutes les pathologies chroniques peuvent bénéficier du dispositif alors que seules les personnes en ALD sont concernées (*ibidem*). Enfin, 60% ont répondu que la sécurité sociale participait au remboursement des séances alors que ce n'est pas le cas. Ce manque de connaissances mis en évidence dans notre étude concorde avec les observations de ROQUE (2019), LE GOUALHER (2020) et de NY AVANA (2021).

Les médecins sont aussi touchés par ces lacunes. Par manque d'informations sur le système, ils éprouvent des difficultés pour prescrire et remplir l'ordonnance dédiée à l'APA (ONAPS, 2019). Selon une enquête réalisée auprès de médecins généralistes ayant suivi une formation à la prescription d'APA, ils sont seulement 28% à se considérer « suffisamment informé sur les dispositifs législatifs réglementant la mise en place de la prescription de l'APA aux patients en ALD » (RUCAR et BACQUAERT, 2018).

Le manque de connaissances théoriques sur les APA est aussi un des principaux freins à la prescription d'APA chez les médecins traitants (TISSOT et PERDRIX, 2018; BARTHEL, 2018). Nombreux sont ceux qui sont en délicatesse pour établir les modalités d'APA par manque de connaissances sur le sujet (CHEVALLIER et BULTEZ, 2017). L'ONAPS (2019) révèlent que les médecins sont peu formés à l'APA dans leur cursus universitaire. Ils y sont sensibiliser depuis 2016, à travers l'item 247 « *Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant* », mais le volume horaire reste faible (HAS, 2017, p.1). BONNET et RISTOVSKI (2021) rapportent que 57 % des étudiants en médecine en internat considèrent la formation universitaire en APA comme « *pas du tout satisfaisante* ».

Les MK libéraux manquent de connaissances théoriques sur les APA. Ainsi, 70% des répondants de notre enquête se sentent insuffisamment formés aux APA durant leur cursus initial. Ce pourcentage n'est pas sans rappeler les 44% qui ne pensaient pas avoir la formation requise pour encadrer et construire des séances d'APA (ROQUE, 2019).

L'AP est enseignée dans la formation initiale des MK depuis plusieurs décennies (A., 5 sept. 1989). Depuis la réforme des études en 2015, les étudiants y sont sensibilisés tout au long de leur cursus (A., 02 sept. 2015, relatif au DE de MK). Dans l'UE 15 par exemple, l'AP et la préciosité du mouvement font partie des principales recommandations dans le traitement des pathologies musculosquelettiques. Dans l'UE 20, relative au champ neuro-musculaire, l'AP est enseignée comme un des moyens de rééducation à privilégier pour de nombreuses pathologies (*ibidem*). L'APA est officiellement intégrée à la formation initiale des MK depuis la réforme des études. Elle s'inscrit dans l'UE 23 qui représente 80h d'enseignements. L'objectif 3, intitulé « *intervention en pratique sportive et activités physiques adaptés* » représente une dizaine d'heure (A., 02 sept. 2015, relatif au DE de MK). Le volume horaire consacré spécifiquement à l'APA est relativement faible.

Les professionnels du sport titulaires d'une licence STAPS, bénéficient tous d'au moins 300 heures de cours consacrées aux bases des activités physiques et sportives et aux effets de celles-ci sur le corps humain. Les EAPA, titulaires de la mention APAS disposent en plus, d'au moins 200 heures dédiées aux « *différents types de handicap et d'adaptation en relation avec les activités physiques et sportives* » et à « *l'organisation et l'enseignement des activités physiques adaptées en fonction de l'évolution, aux différents âges de la vie, de la performance motrice* » (art. 14, A., 23 mai 1997).

Finalement, les MK sont sensibilisés à l'AP, mais contrairement aux professionnels du sport, peu de temps est consacré à l'organisation de l'AP adaptée aux pathologies (construction d'un programme d'APA, planification des séances, modalités (acronyme FIIT), prise en charge financière etc.).

5.1.3.2. Le manque de temps

Le manque de temps est le premier facteur limitant l'implication des MK dans le dispositif. Il est cité par 60% (n=579) des répondants. Pour les MK qui ne souhaitent pas s'investir dans le sport sur ordonnance, le manque de temps est la principale raison. Pour d'autres qui sont intéressés pour développer ce genre de pratique, ce facteur est une des explications de leur non-implication (pour 30% d'entre eux). De plus, un tiers des MK qui ont recours au sport sur ordonnance rencontrent des difficultés pour gérer leur planning et intégrer ce type de pratique avec le reste de leur activité professionnelle.

À notre connaissance, aucune étude n'avait étudié ce paramètre dans la profession. Nos résultats ne sont pas s'en rappeler les enquêtes réalisées auprès des Médecins Généralistes (MG) où le manque de temps constitue un des principaux freins: cité par 42 % des MG dans l'étude de BARTHEL (2018), et 66 % dans celle de LESAGE (2016). Plusieurs études confirment que ce paramètre est un des principaux freins à la prescription d'APA chez les médecins (PERWEZ, 2018; DUBOIS, 2020). Chez les professionnels du sport, nous ne relevons aucune étude qui a montré que ce facteur était un obstacle majeur au développement du sport sur ordonnance.

Dans les professions médicales et paramédicales, le taux de chômage extrêmement faible est la conséquence d'un déséquilibre entre l'offre et la demande en défaveur des premiers (DRESS, 2020). Cet effet est beaucoup moins marqué dans les professions du monde sportif (MESRI, 2018). À titre de comparaison, trois mois après l'obtention de leur diplôme, le taux de chômage est de 4% chez les MK (DRESS, 2020). Trois ans après avoir obtenu le leur, il est toujours de 10%, chez les diplômés d'une licence STAPS (MESRI, 2018).

De ce fait, les MK libéraux ont peu de difficultés pour remplir leur planning. Ces derniers, déjà très pris par leur activité, n'ont peut-être pas le temps nécessaire pour s'investir pleinement dans le sport sur ordonnance. La convention entre les MK et l'assurance maladie ne facilite pas les choses. En effet, la NGAP qui répertorie les actes de rééducation remboursables par l'assurance maladie, fixe la durée des séances à 30 minutes pour la majorité des cotations (UNCAM, 2022). Il peut être difficile pour ces professionnels de s'organiser et de gérer un planning en conciliant des séances de masso-kinésithérapie de 30 minutes, avec des séances d'APA qui selon les recommandations mondiales d'AP, devraient idéalement varier entre 45 minutes et 1h30 (WHO, 2020).

5.1.3.3. Les contraintes administratives

Les contraintes administratives font aussi partie des 4 principaux freins mentionnés par les MK libéraux. Ceux qui n'ont jamais eu recours à la pratique du sport sur ordonnance, citent cet élément (pour 46%) parmi les deux raisons majeures de leur non-implication. Il est vrai que les contraintes administratives liées à la cotation de l'acte et à la tarification des séances peuvent limiter l'engagement de ces derniers dans le dispositif. Ce sont les deux difficultés majeures auxquelles sont confrontés les MK qui dispensent des séances d'APA, citées respectivement par 73% et 68% des MK libéraux. Ces résultats ne sont pas sans rappeler ceux de ROQUE (2019), où la cotation de l'acte était la principale difficulté rencontrée par les MK qui encadraient l'APA (cité par 77,8% des répondants).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la majorité des MK sont conventionnés auprès de l'assurance maladie. Cette convention existe depuis 2007 et permet de fixer le cadre légal pour des soins facturés à l'acte (CSS, A., 10 mai 2007). L'avenant 6 est la dernière version, entrée en vigueur en 2019 (A., 27 juin 2019, avenant 6). La NGAP répertorie l'ensemble des actes de rééducations auxquels sont confrontés les professionnels conventionnés (UNCAM, 2022). Le sport sur ordonnance n'est pas considéré comme un acte de rééducation et ne fait donc pas partie de la NGAP (D. n° 2016-1990). Ainsi, il peut paraître difficile pour les MK libéraux de gérer deux activités simultanées, l'une conventionnée, l'autre non. De plus, nous avons vu que beaucoup d'entre-eux pensaient que l'assurance maladie pouvait rembourser, tout ou partie, les séances d'APA. Ils peuvent être dans l'incompréhension de ne trouver aucune cotation correspondant à ce genre de pratique sur la NGAP.

Par ailleurs, le remboursement des actes de la NGAP est soumis au respect de conditions de la durée des séances et du nombre de patients. Pour la majorité des actes, il s'agit d'un patient pour 30 minutes de séances (UNCAM, 2022). Les MK libéraux sont donc habitués à appliquer et respecter ses obligations avec un pouvoir d'agir restreint. Dès lors qu'il s'agit du sport sur ordonnance, ils peuvent

rencontrer des difficultés pour fixer par leur propre soin, la durée et le prix des séances. En effet, il n'est pas aisément de fixer un tarif à la fois concurrentiel et suffisamment rentable sur du long terme. De plus, comme tout acte déconventionné, il faut aussi tenir compte de taxes supplémentaires qui s'appliquent pour la dispensation de séances d'APA (FFMKR, 2018). Les MK ne sont pas formés à gérer ce type de situations. Ils peuvent ainsi rapidement se trouver en difficulté et vite se décourager pour continuer ce genre de pratique.

Les freins liés aux contraintes administratives que nous venons d'évoquer sont présents dans une proportion beaucoup plus faible chez les EAPA et les autres professionnels du sport. Ces derniers n'étant pas conventionnés auprès de l'assurance maladie, ils ne sont pas soumis aux obligations de la NGAP et sont donc moins sujet à de l'incompréhension (A., 27 juin 2019, avenant 6).

5.1.3.4. Les autres freins

Cette deuxième partie d'analyse permet de répondre à notre seconde hypothèse. Pour rappel, nous pensions que des freins spécifiques à la profession limitaient leur implication. Le manque de temps, de connaissances théoriques sur les APA et sur le dispositif, les obligations de respect de la législation et les difficultés administratives étaient selon nous les principaux obstacles rencontrés par les MK libéraux.

Nos résultats confirment notre hypothèse, excepté le respect de la législation qui ne constitue pas un frein majeur. Ainsi, le manque de connaissances sur les APA et sur le décret, le manque de temps et les difficultés administratives, auxquelles les professionnels du sport sont soumis dans une moindre proportion, peuvent en partie expliquer la sous-représentation des MK libéraux dans le dispositif.

Le manque de financement est aussi un des 4 principaux freins auxquels sont soumis les MK (près de la moitié des répondants le cite). Nous n'avions pas identifié ce paramètre dans notre hypothèse initiale puisque cet obstacle touche l'ensemble des acteurs : prescripteurs, dispensateurs et bénéficiaires. Ce n'est donc pas un facteur qui permet d'expliquer la sous-représentation de la profession.

Les difficultés législatives, relatives au respect du code de déontologie, ne font pas partie des principaux freins (mentionné par seulement 20% des répondants). Toutefois, nous pensions par exemple que la réglementation concernant la publicité et les moyens de communications qui régissent la profession, pouvaient être un obstacle (CSP, art. R. 4321-51 à R. 4321-145). Ce n'est en réalité pas le cas. Il est probable que les MK aient peu connaissance de ces mesures et qu'ils soient une minorité à connaître ce règlement. Par conséquent, cela ne constitue pas un obstacle majeur. Toutefois, pour les 25% (n=579) qui pensent que la difficulté pour se créer un réseau (site internet, etc.) est un frein, les derniers changements du code de déontologie pourront à l'avenir faciliter leur implication dans le sport sur ordonnance. En effet, depuis décembre 2020, il est désormais possible pour les MK de créer un site internet, sous certaines conditions (D. n° 2020-1663, 22 dec. 2020). La souplesse de ces mesures, pourrait être un élément facilitateur.

5.1.4. La collaboration entre le MK et l'EAPA

Un des objectifs de notre étude était la réalisation d'un état des lieux de la collaboration entre le MK et l'EAPA dans un contexte de prescription d'APA, appliquée au milieu libéral. Pour rappel, nous pensions que ce type de collaboration était rare mais possible. Les résultats de notre étude montrent qu'en effet, l'association entre les MK et les professionnels du sport est minoritaire puisque seulement 17 des 579 répondants (3%) collaborent avec des professionnels du sport dont 12 avec des EAPA.

Nous avions la conviction que les maisons de sport-santé, la possibilité pour le MK de salarier un EAPA ou de faire appel un auto-entrepreneur constituaient les 3 principaux moyens de collaboration. Nos données ne confirment pas cette hypothèse. En réalité, le partenariat a le plus souvent lieu avec un EAPA auto-entrepreneur au sein d'un cabinet libéral. D'autres modalités sont possibles, dans une proportion moindre. Ainsi, les deux professionnels peuvent aussi collaborer au sein d'une association, d'une maison de sport-santé, ou d'un centre de rééducation. Le statut juridique peut-être très varié : le MK peut salarier le professionnel du sport ou s'associer avec celui-ci. Il peut aussi s'agir d'une collaboration informelle (par appels téléphoniques ou courriels). Ces résultats viennent compléter l'étude préliminaire réalisée par MICHELON (2020), qui a montré au moyen d'entretiens semi-directifs que la collaboration entre le MK et l'EAPA pouvait se faire en MSP, en réseau de soins de ville (en cabinet), dans un complexe médico-sportif ou encore en relai post-hospitalisation.

Les Maisons de Sport-Santé (MSS) ne constituent pas un moyen de collaboration majeur. Au total, seulement 4 répondants y ont recours. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce faible nombre. Premièrement, les MSS sont relativement récentes puisque les premières datent de janvier 2020 (MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS, 2021). Les MK n'ont peut-être pas eu le temps de s'investir pleinement dans ce type de structure. De plus, si ces institutions peuvent être de nature privés ou publiques, la majorité d'entre-elles s'inscrit dans un modèle économique centré sur le salariat. Notre étude quant à elle, ne s'adresse qu'au MK libéraux. Un certain nombre de MK, salariés de MSS n'ont donc pas pu répondre à notre questionnaire. C'est le cas à Rennes par exemple, où 7 MK sont salariés au sein du cabinet « Spormed », labellisé MSS (SPORMED, 2022).

Un seul MK déclare salarier un EAPA. Cela peut s'expliquer par un manque de connaissances des répondants à ce sujet : ils sont 60% (n=579) à ne pas savoir que le MK peut salarier un professionnel du sport. Cela lui est pourtant possible conformément à l'article R.4321-111 du CSP. À l'instar du docteur CARON qui avait souligné le fait que « *On prescrit ce que l'on connaît* », le manque de connaissances des MK sur la possibilité de salariat peut expliquer que ce type de collaboration soit rare.

Près de 50% (n= 579) des répondants déclarent « ne pas savoir » si le MK et l'EAPA peuvent exercer dans une salle commune au même moment ou accueillir leur patientèle respective dans la même salle d'attente. Il est vrai que ce sont des notions complexes et qu'il n'est pas évident de créer un partenariat entre deux professionnels qui ne répondent pas aux mêmes obligations. Les professionnels du sport sont soumis au code du sport (C. sport, ann. II, art. A. 212-1). Les MK le sont aussi mais doivent en plus respecter le code de déontologie et le code de la sécurité sociale. Ils sont ainsi soumis au secret professionnel aux termes des articles R.4321-55, R.4321-114, R.4321-115, R.4321-116 du CSP. De ce

fait, ces deux professionnels peuvent exercer dans une même structure, mais leur patientèle respective ne doit théoriquement pas se croiser (excepté si le MK pratique du sport sur ordonnance et non son activité de masso-kinésithérapie). Ainsi, la salle d'attente ou le lieu d'exercice peut être commun à condition que les deux professionnels exercent à des horaires différents. Ce mode de fonctionnement complexe peut aussi expliquer la faible proportion de MK qui décident d'entreprendre une collaboration. Malgré cette complexité, ceux qui ont recours à ce type de partenariat, respectent majoritairement ces spécificités que nous venons d'évoquer.

5.2. Intérêt de l'étude

5.2.1. Un échantillon représentatif de la population des MK

La population de notre étude est composée de 52% de femmes et 48% d'hommes, majoritairement âgés de 30 à 39 ans (33% des répondants). En 2020, la démographie des MK s'approche de la parité et tend à se féminiser (51% vs 49%), avec une tranche d'âge de 30-39 ans qui est la plus importante (33% des MK) (OMK, 2021). Dans notre étude la médiane d'âge est de 40 ans. C'est aussi ce que l'on observe dans le rapport de l'ordre des MK. La moyenne d'âge de la profession est de 40,7 ans (ibidem).

En France métropolitaine, les 5 régions qui possèdent le plus de MK libéraux sont par ordre décroissant l'Île-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Occitanie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et la Nouvelle-Aquitaine (OMK, 2021). Dans notre étude, ce sont aussi les régions les plus représentées, auxquelles s'ajoute la Bretagne. Cette dernière est légèrement surreprésentée comparativement aux données épidémographiques de la profession : elle arrive en 3^{ème} position dans notre étude alors qu'elle n'est que 8^{ème} à l'échelle nationale (ibidem). Cela s'explique par nos modes de diffusions qui ont été plus nombreux en Bretagne. Malgré tout, nous avons obtenu des réponses sur l'ensemble de l'hexagone. Dans les Dom-Tom, seule la Guyane et Mayotte ne sont pas représentées : cela se justifie par la faible proportion de MK qui exercent dans ces territoires (162 MK libéraux au total) (ibidem).

Finalement, les caractéristiques de notre population se rapprochent de celles observées dans la population générale des MK libéraux de France, tant sur le sexe et l'âge, que la région d'exercice (avec une légère surreprésentation des répondants en provenance de la Bretagne).

5.2.2. Intérêt pour la recherche

Ces dernières années, le sport-santé est en plein essor. Depuis la sortie du décret, de nombreuses thèses de médecine ont étudié les obstacles que les MG rencontraient pour prescrire le sport sur ordonnance. En revanche, peu d'études se sont intéressées aux MK. Notre enquête est donc novatrice. Pour la première fois, la parole est donnée aux MK libéraux. Pour la première fois aussi, nous étudions les moyens de collaboration possibles entre les MK et les autres acteurs du dispositif. Cette étude permet de faire l'état des lieux de la pratique du sport sur ordonnance cinq année après la sortie du décret. Partant du constat que les MK sont peu nombreux à avoir recours à cette pratique, l'accent est mis sur les freins qu'ils rencontrent en s'intéressant aussi bien à ceux qui ont recours à cette pratique, que les autres. Notre mode de diffusion hétérogène (réseaux sociaux, courriels, URPS, ARS, MSS)

nous a permis d'obtenir un grand nombre de répondants (579 au total) aux caractéristiques similaires à celles des 90 315 MK inscrit au tableau de l'ordre en 2020 (OMK, 2021). Nous dépassons ainsi les 383 répondants nécessaires pour que notre échantillon soit représentatif de la population. Cette étude apporte de nouveaux éléments de compréhension, jusqu'ici inexplorés.

5.2.3. Intérêt pour la pratique clinique

Le nombre élevé et la représentativité de notre échantillon permet d'extrapoler nos données à l'ensemble de la profession avec une assez bonne fiabilité. Nous avons mis en évidence les principaux obstacles et les difficultés que rencontrent les MK au sujet du sport sur ordonnance. L'identification de ces freins est nécessaire pour mieux les appréhender et proposer des pistes d'amélioration dans l'objectif de faire évoluer la profession. Notre étude propose des solutions pour tenter de promouvoir cette pratique chez les MK. De plus, la reconnaissance des moyens de collaboration possibles entre ce dernier et les professionnels du sport peuvent permettre aux MK d'envisager de nouvelles pistes pour étoffer leur pratique professionnelle. À l'heure où la masso-kinésithérapie tend vers l'exercice coordonné, cela peut ouvrir la possibilité vers de nouveaux horizons (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2017). De plus, l'assurance maladie, branche de la sécurité sociale, a connu une augmentation drastique de sa dette à la suite de la crise sanitaire (passant de 1.5 milliards de déficits en 2018 à 30.4 milliards en 2020) (LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2021). Au vu de ce contexte économique, il faudra à minima une décennie pour effacer cet endettement (L. n° 2021-1754). Il n'est pas impossible que dans un avenir plus ou moins proche, certains actes, tout ou partie, soient déconventionnés et ne puissent plus bénéficier d'un remboursement par l'assurance maladie à hauteur de 60 % comme c'est le cas actuellement (*ibidem*). Le sport sur ordonnance peut permettre aux MK de diversifier leur activité, tout en s'assurant des revenus professionnels pérennes.

5.2.4. Intérêt pour la santé publique

L'inactivité physique est la 4^{ème} cause de mortalité dans le monde (KATZMARZYK et al., 2022). De ce fait, la promotion de la santé par l'AP est devenue un enjeu de santé publique. Les politiques de santé ont décidé de mettre en place des actions pour promouvoir le sport-santé à grande échelle (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019). Le sport sur ordonnance œuvre en ce sens et fixe un cadre légal national (D. N° 2016-1990). Comprendre les freins que rencontrent les MK face à cette pratique peut permettre de mieux appréhender les obstacles auxquels sont confrontés les dispensateurs de l'APA. De plus, s'intéresser à la collaboration entre les MK et les autres acteurs du dispositif est un moyen de faciliter le maillage entre les professionnels. Cette coordination doit être un élément facilitateur dans la prise en soins du patient, au cœur du dispositif.

5.3. Le limites de l'étude

Comme toute études nous pouvons noter un certain nombre de biais. Certains n'étaient pas évitables, et nous avons essayé de les limiter, d'autres auraient pu être prévenus. Nous pouvons distinguer les biais liés à notre méthodologie de recherche de ceux en lien avec l'analyse de nos résultats.

5.3.1. Les biais méthodologiques

Les biais méthodologiques que nous allons exposé sont référencés par le CEDIP¹² (2014).

Biais de sélection et de diffusion :

Le premier biais que l'on peut mentionner est celui de l'auto-sélection. Les répondants décident de leur propre grès, de répondre au questionnaire. Ils sont donc plus susceptibles d'être intéressés par le sujet de l'APA et mieux informés que la moyenne. En témoigne, les 29 % des MK libéraux à posséder la carte d'éducateur sportif alors qu'en réalité, il semble qu'ils soient beaucoup moins (GILLET, 2020). Par conséquent, les résultats obtenus peuvent être sûrs ou sous-évaluer. Les tendances qui se dégagent sont donc à prendre avec précaution.

De plus, nous avons diffusé notre questionnaire sur les réseaux sociaux. De ce fait, les MK anciennement diplômés ont moins de chance d'y répondre. Nous avons donc complété ce mode de diffusion au moyen de courriels, et par l'intermédiaire des URPS. De plus, nous avons demandé aux 288 MSS en France de diffuser notre questionnaire. Ces communications, centrées vers le domaine sportif, peuvent expliquer la surreprésentation des MK possédant la carte d'éducateur sportif dans notre étude. En multipliant les modes de diffusion nous nous exposons au risque d'obtenir des doublons. C'est un risque mesuré que nous acceptons.

Biais lié aux questions fermées :

Afin d'obtenir le plus grand nombre de répondants possible et de faciliter l'analyse de nos résultats, la majorité des interrogations étaient des questions fermées. Ce type de questions limite la personnalisation de la réponse : certains répondants peuvent ne pas trouver la solution qu'ils souhaitent dans les propositions. Pour réduire cet effet, nous avons proposé dès que cela était possible, un choix de réponse « autre » pour permettre aux MK de soumettre des réponses auxquelles nous n'avions pas pensé.

Biais de primauté et de récence :

Lorsqu'un participant répond à une question, il peut avoir tendance à choisir parmi les premières options (biais de primauté) ou à l'inverse parmi les dernières propositions puisque ce sont celles dont il se souvient le mieux (biais de récence). Pour éviter cela, il suffit de proposer les choix de réponses de manière aléatoire. Nous avons pris le parti de ne pas le faire pour que les propositions apparaissent dans le même ordre pour chaque répondant. Cela permet d'avoir une meilleure reproductibilité interindividuelle et de standardiser le plus fidèlement possible les réponses aux questions.

Biais de formulation

Nous mettons aussi en évidence un biais de formulation. Certaines de nos questions n'ont pas permis d'obtenir les réponses souhaitées. Par exemple à la question « Où effectuez-vous cette collaboration

¹² Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP)

? », le choix de réponses n'était pas pertinent puisqu'ils sont plusieurs à avoir proposé d'autres possibilités auxquelles nous n'avions pas pensé. Une question ouverte aurait été plus pertinente.

Biais de suggestibilité

Certaines de nos questions orientent le choix de réponses des répondants. Ainsi, à la question « *Pour vous, quels sont les 3 professionnels qui sont les plus habilités pour encadrer des séances d'APA ?* », il est nécessaire pour le participant de sélectionner 3 professionnels alors qu'il peut ne vouloir en choisir que deux. De plus, certaines formulations expriment déjà une opinion, comme à l'interrogation suivante « *Pensez-vous que l'enseignant en APA à sa place dans l'activité physique adaptée ?* ». Ce type de question peut entraîner un biais de suggestibilité ou d'acquiescement ou le répondant est orienté vers le sens de l'opinion exprimée dans la question.

Biais de désirabilité sociale :

Lors d'un questionnaire, l'enquêté a une tendance naturelle à se valoriser aux yeux de l'enquêteur et à projeter l'image la plus valorisante, même s'il ne connaît pas ce dernier et bien que les réponses soient anonymes. Dans ce cas, on parle de biais de désirabilité sociale. Cette dernière est définie comme « *le processus psychologique, conscient ou non, par lequel l'individu essaye de contrôler son image afin de se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs* » (CAMBON, 2006, p.126). L'interrogé peut donc manquer de justesse dans sa réponse. Ainsi, à la question « *Aviez-vous déjà entendu parler du dispositif de sport sur ordonnance ?* » ou « *Avez-vous rencontré des difficultés pour prendre en soin ce(s) patient(s) ?* » le MK peut amplifier ou surestimer sa réponse. Le test relatif aux connaissances des MK sur le dispositif permet d'obtenir des réponses objectives et de limiter ses effets de valorisation.

Effet de halo :

Il existe un effet de halo lorsque les réponses à certaines questions peuvent être influencées par la réponse à une question précédente. Le répondant, veut rester en accord avec ses précédents choix et agit en conséquence. Afin de limiter cet effet, nous avons posé les questions portant sur les connaissances en premier et celles relatives aux opinions des MK en dernier pour ne pas que des éléments de réponses présents dans d'autres questions ne viennent augmenter le score des MK au test. Toutefois, l'effet de halo a pu se produire entre les questions « *Vrai ou faux : Le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant APA peuvent accueillir leur patientèle respective dans une même salle d'attente au même moment* » et « *L'accueil des patients se fait-il dans une salle d'attente commune ?* ». Cet effet est contrebalancé par l'espacement entre les questions, qui ne se suivent pas.

5.3.2. Les biais de résultats

Dans l'analyse de nos résultats, nous avons réalisé pour chaque répondant un score relatif aux connaissances des MK sur le dispositif. Nous nous sommes appuyés sur le décret pour établir les réponses correctes (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017). Toutefois, en fonction des régions, le dispositif peut varier par rapport au texte national. De ce fait, cela peut fausser le score. Par exemple à la question « *Selon vous qui peut prescrire des séances d'APA ?* » l'affirmation correcte est « *les*

médecins traitants ». Dans certaines régions, tous les médecins sont habilités à prescrire l'APA. Par conséquent, le répondant se voit attribuer un « 0 » alors qu'en réalité il a la bonne réponse. Pour limiter ce biais nous avons réalisé à postériori une nouvelle analyse en créant un nouveau score qui prend en compte les spécificités de chaque région. Finalement, cela ne change en rien les résultats que nous avons obtenus (la médiane et les quartiles restent les mêmes). Toutefois, les données et les éventuels liens d'association que nous avons obtenus à ce sujet sont à prendre avec précaution. En effet, bien que nous ayons pris en compte les spécificités de chaque région, les modalités du dispositif peuvent varier au sein d'une même région.

Notre étude comporte une seule variable continue, « l'année d'obtention du diplôme des MK ». Les autres variables sont catégorielles ou nominales. Par conséquent, cela limite fortement l'analyse des statistiques inférentielles. Au moyen du test de khi-deux, nous pouvons montrer une association significative entre deux variables. En revanche, il ne nous ait pas possible d'établir de corrélations et de relations de cause à effet entre celles-ci. Ce n'est toutefois pas le but de cette étude qui tente de réaliser un état des lieux de la pratique du sport sur ordonnance chez les MK libéraux.

5.4. Perspectives

5.4.1. Former et informer

Peu de temps après la sortie du décret, le rapport de l'ONAPS (2019) avait mis en avant que le manque d'information auprès des acteurs était une des principales limites du dispositif. Malgré la volonté de la stratégie nationale de sport-santé (2019), de mettre l'accent sur la formation et l'information, force est de constater qu'aujourd'hui encore, ce frein perdure.

Chez les médecins, le manque de connaissance sur le dispositif constitue un obstacle majeur à la prescription d'APA (DUBOIS, 2020; BONNET et RISTOVSKI, 2021). Pourtant, certaines études ont montré qu'une formation dans le domaine des APA permettait d'augmenter le taux de prescription dans ce domaine (RUCAR et BACQUAERT, 2018).

Chez les MK libéraux, notre étude révèle ce même constat (cf 5.1.3.1). Pourtant, nous avons montré que ceux qui ont recours à la pratique d'APA, ont une meilleure connaissance du dispositif ($n=579$, $p=0.023$). Le fait de posséder la carte d'éducateur sportif est associé à un meilleur niveau de connaissances ($n=579$, $p<0.01$). À propos de celle-ci, tous les MK peuvent l'obtenir sur simple demande à la préfecture (MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2017). Pour autant, la posséder ne garantit pas d'avoir recours au sport sur ordonnance (72 % de ceux qui encadrent l'APA ne la possède pas dans notre étude). En revanche, il est probable que ceux qui l'ont, soient plus susceptibles d'être intéressés par l'APA et par conséquent sont plus au courant du dispositif.

De la même manière, les MK qui ont réalisé une formation dans le domaine du sport-santé ont un meilleur niveau de connaissances ($n=579$, $p=0.01$). Si avoir fait une formation complémentaire ne garantit pas de pratiquer l'APA, elle l'influence indirectement : 60 % de ceux qui ont recours au dispositif ont déjà réalisé une formation dans le domaine.

La formation dans le domaine de l'APA et l'information sur le dispositif influencent donc indirectement la pratique du sport sur ordonnance. Pourtant, si l'AP est présente tout au long de la formation initiale des MK, l'APA et ses modalités sont relativement peu enseignées et ceux, malgré la réforme des études en 2015 (A., 02 sept. 2015, relatif au DE de MK). Ces faits sont étonnantes sur deux raisons. La première est que depuis cette réforme, les IFMK ont la volonté de se rapprocher d'un modèle de fonctionnement similaire à celui des universités, mettant la recherche universitaire au cœur de l'enseignement supérieur. Celle-ci, en s'appuyant sur des laboratoires de recherche composés d'enseignants-chercheurs, est le meilleur moyen de faire évoluer la profession vers une expertise scientifique et d'apporter aux étudiants des connaissances en accord avec les derniers savoirs. L'obtention du grade master, possible depuis août 2021 est un premier pas vers l'universitarisation des études de kinés (D. n° 2021-1085). La seconde, est que depuis quelques années, l'ensemble de la profession s'oriente vers un modèle d'Evidence Based Practise (EBP), où les preuves scientifiques font partie d'un des trois piliers de cette approche (PALLOT, 2019). Au vu de ces constats, il est étonnant de ne pas observer un plus grand volume horaire consacré à l'APA et à son organisation, tant les preuves scientifiques à ce sujet ne sont plus à démontrer sur les pathologies chroniques (INSERM, 2019).

Ainsi, il nous paraît important d'enseigner dans le cursus initial des MK, un nombre d'heures consacré aux APA plus conséquent qu'il ne l'est actuellement. Aborder les spécificités et les modalités d'AP pour les pathologies chroniques les plus communes nous semble essentiel. Une présentation du dispositif de sport sur ordonnance et du rôle du MK au sein de celui-ci l'est aussi. Dans une vision presque utopique, il peut être intéressant de réaliser des enseignements communs entre les MK et les EAPA pour favoriser l'interdisciplinarité et permettre une meilleure coordination entre les acteurs du dispositif. Pour l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, le déploiement à l'échelle régionale, d'une plaquette d'information sur le dispositif, ses modalités (bénéficiaires, prescripteurs, dispensateurs) et le réseau qui s'articule autour, peut être intéressant pour promouvoir le sport sur ordonnance en tenant compte des spécificités territoriales. Informer les MK libéraux sur les moyens de collaboration possibles avec les autres professionnels du sport peut aussi favoriser l'interdisciplinarité.

5.4.2. Réduire les inégalités territoriales

Le décret fixe le cadre légal de portée nationale. Chaque région, peut dans des conditions bien précises, modifier certaines modalités du dispositif (liées au financement, aux bénéficiaires ou aux prescripteurs). Certaines appliquent le décret à la lettre : c'est le cas en Hauts-de-France et en Bretagne par exemple. D'autres s'en éloignent : en Ile-De-France et en Nouvelle-Aquitaine, il est possible pour tous les médecins de prescrire de l'APA. Dans le Pays-De-La-Loire, et le Grand-Est, les bénéficiaires ne sont pas nécessairement atteints d'une ALD, ils peuvent souffrir d'autres pathologies chroniques comme l'obésité. En Bourgogne-Franche-Comté le dispositif s'ouvre à des patients sédentaires ou inactifs. En Auvergne-Rhône-Alpes, les personnes âgées avec une fragilité peuvent bénéficier d'une APA. Ces disparités témoignent de la complexité qui réside autour du décret (ONAPS, 2019).

En France, ce sont les ARS et les DRJSCS qui gèrent le fonctionnement du sport sur ordonnance à l'échelle régionale. Ces instances sont gestionnaires de plateformes recensant l'offre en matière d'APA.

Certaines se contentent d'y répertorier les créneaux de sport-santé présents sur leur territoire tandis que d'autres vont plus loin et référencent aussi les médecins prescripteurs et les dispensateurs de l'APA, en précisant s'il s'agit d'un professionnel du sport ou de santé (ONAPS, 2019). Ce mode de fonctionnement est intéressant puisqu'il permet aux patients de trouver facilement un médecin, et à ce dernier d'orienter aisément son patient vers le professionnel le plus adapté en tenant compte de ces limitations (minime, modérée, sévère). D'autres régions ne possèdent pas encore de plateforme en ligne (*ibidem*). Par ailleurs, si le décret ne prévoit pas de participation financière de l'APA, dans certaines régions comme c'est le cas dans le Grand-Est, le régime local d'assurance maladie participe financièrement au dispositif. Dans cette même région, l'ARS est aussi fortement impliquée ce qui n'est pas le cas partout en France (PRESCRIMOUV, 2018).

Les inégalités sont aussi présentes à l'échelle infrarégionale, au sein d'une même région. Dans le Grand-est par exemple, le dispositif « Prescrimouv », lancé en 2018 propose la gratuité (contact téléphonique, bilan) à l'exception des séances d'APA (PRESCRIMOUV, 2018). Il s'appuie sur 8 réseaux de professionnels dont fait partie la ville de Strasbourg. Cette dernière, pionnière dans le domaine, propose du sport sur ordonnance depuis 2012. Les séances d'APA sont gratuites la première année (VILLE DE STRASBOURG - SERVICE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA PERSONNE, 2016). Le dispositif « Prescrimouv » a accueilli 210 patients en 2019, quand celui de Strasbourg en compte 1400 depuis son lancement. Ces inégalités peuvent être un frein à la pratique d'APA.

Le mode de fonctionnement du dispositif, tel qu'il est proposé dans le décret, souffre d'inégalités territoriales. Au vu de la situation actuelle, réduire les disparités intrarégionales nous paraît être la priorité pour faciliter la coordination des acteurs à l'échelle locale. Proposer un dispositif unique, qui s'applique à toute une région, peut-être une des solutions pour faciliter la compréhension auprès des acteurs locaux (bénéficiaires, prescripteurs, dispensateurs). Réduire les inégalités interrégionales, est aussi important pour promouvoir le sport sur ordonnance sur tout le territoire. Pour cela, il est nécessaire d'avoir une implication égale des organismes publics de l'état (CPAM, ARS) dans toute la France. De plus, un référencement identique et le plus complet possible, répertoriant l'ensemble des acteurs sur une plateforme, peut-être un moyen de réduire ces inégalités interrégionales.

Dans notre étude, nous avons montré chez les MK libéraux que selon la région d'exercice le niveau de connaissances sur le dispositif varié ($n=579$, $p=0.045$). Le lieu où ils exercent leur activité a aussi une influence sur le fait d'avoir recours ou non à la pratique du sport sur ordonnance ($n=579$, $p=0.039$). En d'autres termes, il est probable que dans les régions où la pratique d'APA est le plus développée, les MK libéraux ont de meilleures connaissances du dispositif et sont donc plus susceptibles d'avoir recours à cette pratique. En réduisant les inégalités territoriales, on peut espérer augmenter les connaissances des MK sur le sujet (dans les régions où l'APA est moins développée) et ainsi favoriser leur implication dans le sport sur ordonnance.

En 2021, une proposition de loi qui vise à démocratiser le sport, à vue le jour. Elle propose d'élargir l'APA à d'autres maladies chroniques non ALD et de laisser la possibilité pour tous les médecins de la prescrire (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2021). Cette loi, si elle aboutit, permettra de réduire certaines inégalités territoriales que nous venons d'aborder.

5.4.3. Les maisons de sport-santé : objectif 500 ?

Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Sport-Santé 2019-2024, une des mesures phare était la création de 500 Maisons de Sport-Santé (MSS) pour l'horizon 2022. Le contrat est presque rempli puisqu'au 14 Janvier 2022, 436 structures de ce type sont présentes sur le territoire français (MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS, 2022). L'objectif de ses MSS est d'intégrer la pratique d'AP quotidienne au plus grand nombre de personnes, pour améliorer l'état de santé de la population. Elles s'adressent à tout type de public, en particulier aux personnes inactives qui souhaitent pratiquer de l'AP, et aux personnes souffrantes de maladies chroniques (ALD ou non) et pour qui une APA est recommandée (*ibidem*). Leurs principales missions sont de renseigner sur les offres d'AP disponibles localement, d'informer et de conseiller sur les bienfaits de la pratique d'une AP régulière, et d'orienter le public vers les professionnels adaptés (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ et MINISTÈRE DES SPORTS, 2021). Ces espaces, peuvent être des plateformes en ligne ou des structures physiques intégrées au sein d'un hôpital, d'un établissement sportif, d'une salle de sport privée ou d'une association, etc. (MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS, 2022).

Ces MSS jouent un rôle majeur dans le développement du sport sur ordonnance. Elles servent de relais entre le patient et les acteurs du dispositif. De plus, elles réunissent des professionnels de santé (médecins, MK) et du sport (éducateurs sportifs, EAPA) (MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS, 2022). Un patient atteint d'ALD peut s'y rendre pour obtenir des informations sur l'APA ou connaître les acteurs locaux qui la dispense. Dans la majorité de ces MSS, un bilan des capacités fonctionnelles du patient est proposé, voire même des séances d'APA (*ibidem*). Le MK, en tant qu'acteur du dispositif, justifie pleinement sa place dans ces structures.

Depuis la création des premières MSS, deux années pleines se sont déroulées. Les résultats sont très prometteurs puisqu'elles ont accompagné 360 000 personnes (MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS, 2022). En 2021, 285 structures de ce type étaient présentes sur le territoire français, employant 1034 personnes dont 525 emplois temps plein (MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS, 2021). Pourtant, notre étude montre que seuls 4 MK libéraux sur les 579 interrogés collaborent au sein d'une MSS. Cette minorité peut s'expliquer par notre population cible, les MK libéraux. En effet, la moitié de ces structures est issue du monde associatif et beaucoup d'entre elles salariant des professionnelles (*ibidem*).

Les MSS sont relativement récentes et à notre connaissance aucune étude n'a réalisé un état des lieux à ce sujet. Pourtant, il serait intéressant de le faire pour comprendre leur fonctionnement, les difficultés rencontrées, mais aussi pour référencer les professionnels qui travaillent dans ces structures. Cela permettrait de connaître la place des MK au sein de celles-ci. Il semble que les MK libéraux y soient minoritaire, ce qui n'est peut pas le cas des MK salariés, mieux disposés à s'intégrer dans le modèle des MSS. En effet, à l'heure actuelle, il n'est pas possible pour un cabinet libéral d'être labellisé « MSS » (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ et MINISTÈRE DES SPORTS, 2021). Pourtant, avec plus de 80 % des MK qui exercent en libéral, il serait intéressant à l'avenir d'ouvrir cette possibilité (OMK, 2021). Un état des lieux de ces MSS dans les prochaines années, pourrait permettre d'identifier les freins et les leviers, pour continuer de promouvoir le sport-santé en France.

5.4.4. Le MK, un interlocuteur entre le monde sportif et médical ?

- Un tandem MK - Professionnels du sport :

Les études portant sur l'interprofessionnalité entre les MK et les professionnels du sport sont rares. Dans le milieu du salariat, la collaboration entre le MK salarié et l'EAPA est en plein essor : elle a souvent lieu dans des structures telles que les centres hospitaliers, les EHPAD ou les SSR (PERRIN, 2016). En libéral, une étude a mis en évidence que ce type de collaboration peut aussi se faire, mais reste limitée (MICHELON, 2020). Notre enquête montre qu'il est rare mais possible pour le MK libéral de collaborer avec l'EAPA au sujet du sport sur ordonnance. Le manque de connaissances des MK sur les différents moyens de collaboration possibles entre lui et les autres acteurs du sport limitent cette interprofessionnalité. Une meilleure connaissance de la profession à ce sujet faciliterait ce type d'association. De plus, mieux connaître les métiers respectifs de chacun peut aussi être un élément facilitateur (NY AVANA, 2021). Des études complémentaires, portant sur la collaboration entre ces professionnels sont nécessaires pour appréhender les difficultés qu'ils rencontrent et comprendre comment ses acteurs peuvent s'organiser autour d'un projet commun. Des entretiens semi-directifs auprès des MK et des professionnels du sport qui ont recours à ce type de collaboration est peut-être le meilleur compromis pour répondre à ces interrogations. À l'avenir, nous avons la conviction que le MK et l'EAPA peuvent avancer ensemble autour d'un unique but, celui de promouvoir le sport-santé.

- Un tandem MK - Médecins :

L'interprofessionnalité entre les médecins et les MK est une histoire de longue date. Depuis la création du diplôme d'état en 1946, la masso-kinésithérapie est sous tutelle médicale. Sans prescription de la part des médecins, l'activité des MK serait quasiment inexistante (MACRON, 2015). Depuis 2000, ce dernier à l'obligation de communiquer avec le médecin, les informations sur le patient qu'ils jugent utiles dans le diagnostic médical ou dans l'adaptation du traitement (D. n° 2000-577, 2000). Cet échange se fait notamment par le BDK, obligatoire depuis 1996 (D. n° 96-879, 1996). Celui-ci permet de faciliter la communication avec le médecin. Il doit être transmis au médecin dès lors que le nombre de séances est supérieur à 10. En 2018, il a été revalorisé pour inciter les MK à y avoir recours (AVENANT 5, 2018).

Cette dernière décennie, des actions ont été mises en place pour améliorer cette collaboration, encore jugée insuffisante (TATIN, 2017). Depuis 2008, le système de soins incite les MG à ne plus mentionner le nombre de séances sur l'ordonnance. Récemment, la loi RIST permet au MK, dans certaines conditions, de renouveler une ordonnance quantitative datant de moins de 1 an « *si l'état du patient le justifie* » (L. n° 2021-502, 2021). Au fil du temps, les MK ont gagné de la confiance et de la reconnaissance auprès du corps médical et des instances publiques. Il y a désormais une volonté de soulager les médecins et d'améliorer la communication entre ces deux professionnelles. Les expérimentations sur des protocoles d'accès direct à la masso-kinésithérapie, en cours depuis 2020, en sont le parfait exemple (ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, 2020).

Les politiques de santé actuelles œuvrent dans le sens de la transdisciplinarité entre les professionnels de santé (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2017). Les MSP répondent à cette

demande. Ce sont des groupements de professionnelles de santé qui vise l'exercice coordonné en lien avec un projet commun. Elle comporte à minima deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, MK, etc.). Mise en place en 2007, on n'en dénombre pas moins de 1900 à l'heure actuelle (MSS, 2021). Ces MSP sont les témoins que l'interprofessionnalité MK-MG évolue dans le bon sens. Une relation de confiance se met peu à peu en place (TATIN, 2017). Des efforts réciproques sont nécessaires pour que celle-ci perdure et continue de s'améliorer dans le temps.

- **Les MK : un interlocuteur privilégié du sport sur ordonnance ?**

Nous avons vu que la collaboration entre le MK et les professionnels du sport était relativement récente contrairement à celle avec les médecins qui existent depuis de nombreuses années. Finalement, dans le cadre du sport sur ordonnance, le MK ne peut-il pas être un interlocuteur privilégié ?

Les médecins sont les spécialistes du corps humain. Personne ne viendra contredire leur rationalisme médical et le savoir scientifique dont ils disposent. Pour faire face aux maladies, ils s'appuient sur une expertise multimodale inégalée (clinique, physiopathologique, pharmacologique, etc.) (KLEIN, 2014).

Les professionnels du sport, particulièrement les EAPA, disposent de connaissances sur les APA leur permettant d'adapter les modalités de l'AP (FITT : Fréquence, Intensité, Temps, Type) en fonction des limitations du patient (SFP-APA, 2016).

Durant leur formation initiale, les MK ne peuvent pas se targuer d'un volume horaire consacré à l'AP aussi conséquent. Il n'en reste pas moins que ce sont des experts du mouvement qui utilisent des thérapies actives (comme l'AP) et passives (comme la thérapie manuelle) pour rendre ce mouvement possible. Dans les IFMK, le raisonnement clinique est fortement enseigné depuis la réforme des études de 2015. Face à un patient, ils sont ainsi capables d'éliminer les « drapeaux rouges » et de faire valoir leurs connaissances physiopathologiques et anatomiques pour élaborer un diagnostic kinésithérapique, retranscrit au travers du BDK (A., 02 sept. 2015, relatif au DE de MK, 2015). Le MK dispose de compétences à mi-chemin entre le domaine médical et sportif. C'est d'ailleurs ce qui lui permet d'être à la fois un professionnel de santé et un éducateur sportif (C. sport, ann. II, art. A. 212-1, 2021).

L'URPS des MK libéraux des Hauts-De-France (2019) a proposé un modèle théorique qui vise à faciliter le maillage entre les acteurs du dispositif. Dans celui-ci, le médecin traitant prescrirait un bilan et des séances d'APA. Contrairement au décret, ce serait le MK qui effectuerait le bilan d'APA afin d'établir les limitations fonctionnelles du patient. Pour effectuer celui-ci, le MK pourrait s'appuyer sur la notice d'utilisation que l'ordre a créée à la sortie du décret (OMK, 2017). Dans ce modèle, le MK serait un interlocuteur entre le médecin et les professionnels du sport (URPS HAUT-DE-FRANCE, 2019).

Dans les pays nordiques, où la prévalence de l'inactivité et de la sédentarité est la plus faible du monde, les professionnels paramédicaux occupent une place importante au sein des dispositifs de sport sur ordonnance (DG EAC, 2017). En Suède, le programme FaR, lancé en 2001, donne la possibilité pour les MK, les infirmières, les ergothérapeutes, les sage-femmes, ou encore les médecins, de prescrire une AP aux patients inactifs et/ou atteints de pathologies chroniques (PROFESSIONAL ASSOCIATIONS FOR PHYSICAL ACTIVITY (SUÈDE), 2010).

Les résultats prometteurs de ce dispositif montrent un taux d'observance similaire à celui d'un traitement médicamenteux, après 6 mois de prise en charge (KALLINGS, LEIJON, et al., 2009). De plus, on observe une croissance du nombre de prescriptions : 17 000 en 2007, 50 000 en 2010 (KALLINGS, 2012). Ainsi, donner la possibilité aux professionnels de santé de prescrire de l'APA pourrait être une avancée considérable. Cette idée reste cependant complexe à mettre en place au vu du système de santé français, bien différent de nos homologues suédois, notamment sur l'accès direct.

Récemment, dans le cadre de la proposition de loi visant à démocratiser le sport, il a été proposé que le MK puisse renouveler et adapter les prescriptions médicales initiales d'APA (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2021). Cette nouvelle mesure, si elle aboutit, conforterait le rôle du MK dans le dispositif et ferait de ce dernier un intermédiaire privilégié entre les médecins et les professionnels du sport.

5.4.5. Quel financement à l'avenir ?

Le manque de financement reste un point noir dans le dispositif et touche l'ensemble des acteurs (ONAPS, 2019). Les médecins regrettent de ne pas avoir une cotation spécifique dédiée à la prescription d'APA. Ils citent le manque de financement comme un des principaux freins (RUCAR et BACQUAERT, 2018). C'est aussi une des raisons qui poussent les patients à ne pas pratiquer une APA (CHEVALLIER et BULTEZ, 2017). Les professionnels de santé et du sport, dispensateurs de l' APA, sont aussi impactés par cet obstacle (NY AVANA, 2021). Dans notre étude, le manque de financement est mentionné par 50 % (n=579) des répondants.

Pour rappel, on note une absence de financement national. Seules certaines mutuelles et collectivités prennent en charge le remboursement des séances d'APA, dans une certaine mesure et pas toujours égales selon le territoire (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017). Le reste à charge pour le patient est élevé. Pourtant, l'AP est reconnue comme une thérapie non-médicamenteuse validée depuis 2011 (HAS, 2011). L'absence de financement de l'assurance maladie peut donc poser question. D'autant plus que la pratique d'AP peut faire économiser beaucoup d'argent. Une étude d'envergure, publiée dans la revue *The Lancet* a montré que l'inactivité physique a coûté 67,5 milliards de dollars dans le monde en 2013¹³ (DING et al., 2016). En réalité, ces chiffres sont beaucoup plus élevés : en Europe, l'inactivité physique induirait une dépense de plus de 80 milliards d'euros par an (INTERNATIONAL SPORT AND CULTURE ASSOCIATION, 2015). En France, une personne ne respectant pas les recommandations mondiales d'AP coûte 250 euros de plus qu'une personne qui les respectent. Ainsi, si 5 % des personnes inactives en France changeaient leur comportement, une économie de 500 millions d'euros annuelle serait réalisée auprès de l'assurance maladie (CNAPS, 2007). Actuellement, un tiers des Français est inactif. En extrapolant une étude autrichienne, le Bureau de l'Économie du Sport (2018) a chiffré à 7.7 milliards d'euros, l'économie réalisée si l'ensemble de la population française était active.

¹³ Inactivité estimée concernant 5 maladies : maladie coronarienne, AVC, diabète de type 2, cancer du sein et du côlon.

L'assurance maladie commence à se rendre compte du rapport bénéfice/cout de santé (en faveur du premier) que l'APA pourrait apporter. La loi de financement de la sécurité sociale a introduit depuis 2018, l'article 51, qui donne la possibilité d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. Plusieurs expérimentations, financées par l'assurance maladie, sont en cours (D. n° 2018-125, 2018). Depuis 2020, le projet « As du cœur » est en test dans 5 régions dont la Bretagne. Au total, 1200 patients atteints de maladies cardio-vasculaires vont pouvoir bénéficier d'une prise en charge d'APA de 5 mois, financée par la sécurité sociale à hauteur de 592 euros par patient (A., 27 mai 2020). Il existe aussi un forfait de 180 euros, proposé pour le parcours des patients post-cancers, qui ont déjà reçu un traitement. En fonction des besoins du patient, il peut bénéficier de séances d'APA, ou d'un suivi diététique ou psychologique (A., 24 dec. 2020).

Ces essais sont prometteurs et permettront peut-être dans un avenir proche de démocratiser le sport sur ordonnance. À petite échelle, le plan « As du cœur », a montré qu'après un programme de 5 mois, l'économie réalisée est de 1300 euros par patient (A., 27 mai 2020). Au vu des effets bénéfiques, l'argent investi par l'assurance maladie permettrait en fait, une économie réelle.

En matière de santé, les Français sont habitués à être, tout ou partie, remboursés de leurs frais de santé. Certains peuvent penser « déraisonnable » l'idée que l'assurance maladie puisse rembourser des séances d'APA. Pourtant, à court terme, cela peut permettre aux pratiquants souffrants d'une maladie de renouer avec l'AP. À l'heure actuelle, un programme de réhabilitation cardiaque de 4 semaines permet déjà d'obtenir des bénéfices sur l'hypertension artérielle, l'IMC ou encore le taux de cholestérol. Toutefois, 1 an après, peu de patients continuent de pratiquer une AP suffisante (DENOLLE et al., 2017). Les bénéfices acquis à court terme en centre de réhabilitation, ont du mal à perdurer dans le temps (KOTSEVA et al., 2016). Une prise en charge financière national du sport sur ordonnance pourrait permettre de maintenir ces effets et d'accompagner les patients vers un retour à l'AP à long terme, adapté à leur pathologie. Le plan « As du cœur », a montré que 18 mois après l'arrêt du programme, 75 % des patients ont continuer de pratiquer une AP (A., 24 dec. 2020).

En Allemagne, où le régime de la sécurité sociale est similaire à celui de la France, un dispositif de sport sur ordonnance a été mis en place en 2011. Les séances d'APA sont financées par cette dernière à hauteur de 50 séances sur une période de 18 mois. Chaque patient bénéficie d'une seule prescription, renouvelable dans de rares cas (BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ, 2016). Ce mode de fonctionnement peut donner des idées aux politiques de santé française. C'est une alternative qui peut être une solution pour que les changements de comportements liés à l'AP deviennent un mode de vie.

5.4.6. Paris 2024 : la médaille d'or du sport-santé

Le sport sur ordonnance a été le fil conducteur de notre mémoire. Nous avons choisi ce sujet d'actualité, pour confronter la théorie à la pratique en s'appuyant sur le cadre législatif national. Toutefois, il est nécessaire de prendre de la distanciation et de ne pas oublier que le sport sur ordonnance ne représente qu'une sous-partie du sport-santé. Il s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire et tertiaire.

Pourtant, nous avons tous conscience qu'il vaut « mieux vaut prévenir que guérir » (ROCHFORD, 2016). L'AP est la 4^{ème} cause mortalité dans le monde (KATZMARZYK et al., 2022). Respecter les recommandations mondiales d'AP permet de réduire le risque de mortalité toutes causes confondues de 30 % (INSERM, 2019). Agir en prévention primaire pour prévenir l'apparition des maladies plutôt que d'en réduire les complications est devenu un enjeu de santé publique majeur. C'est d'ailleurs un des 4 principaux objectifs de la stratégie nationale de sport-santé : « *Encourager l'AP pour tous, à tous les âges de la vie de manière régulière, durable et adaptée, et lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne* ». (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS, 2019). C'est aussi l'accent mis par les politiques de santé actuelles (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2017).

Démocratiser l'AP auprès de toute la population permet de réduire l'impact financier des coûts de santé liées à l'inactivité physique et à la sédentarité (CNAPS, 2007). Elle va même bien au-delà, et permet aussi d'augmenter la productivité dans les entreprises. Ainsi, on estime qu'un salarié sédentaire qui se met à pratiquer régulièrement une activité physique et sportive, peut voir sa productivité croître de 6 à 9 % (BUREAU DE L'ÉCONOMIE DES SPORTS, 2018).

Dans deux ans, il sera temps de faire un état des lieux de l'inactivité physique et de la sédentarité en France et de constater si les objectifs fixés par la stratégie nationale de sport-santé 2019-2024 ont été atteints. D'ici-là, les Jeux olympiques de Paris 2024 ne sont-ils pas un tremplin idéal pour promouvoir le sport pour la santé, à toutes les échelles, et auprès de toute la population ?

Tony ESTANGUET, président du comité d'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024, pense que « *Paris 2024 est une opportunité unique pour mettre en mouvement tous les Français* » (2019, p.1). À ce sujet, plusieurs objectifs ont été fixés par le comité interministériel des JO et Jeux paralympiques : celui de généraliser 30 minutes d'APS à l'école, mais aussi celui de promouvoir le sport-santé (COMITÉ INTERMINISTÉRIEL AUX JEUX OLYMPIQUES ET PARALYMPIQUES DE PARIS 2024, 2021).

L'avenir nous dira si les politiques de santé actuelles auront réussi à créer un réseau pour augmenter l'AP des Français et réduire la sédentarité. D'ici là, le MK s'inscrit comme un acteur légitime, autant dans la prévention secondaire et tertiaire, en tant que dispensateurs de l'APA sur ordonnance, que dans la prévention primaire, qui fait partie de ces compétences depuis 2004 (CSP, ART. L. 4321-1). Dans les IFMK, la kinésithérapie préventive est de plus en plus enseignée. Elle a pris un tournant depuis la réforme des études (A., 02 sept. 2015, relatif au DE de MK, 2015).

Il est alors légitime de se demander si à l'avenir les MK resteront des spécialistes de la « rééducation » ? Ou au contraire arriveront-ils à s'inscrire comme des « préveteurs » à part entière ?

6. Conclusion

Dans les années 90, un certain Nelson Mandela prônait en faveur de l'activité physique à travers cette citation devenue célèbre : « L'exercice est la clé, non seulement de la santé physique, mais aussi de la tranquillité d'esprit » (MANDELA, 2011). Trente ans après, en 2022, l'inactivité physique n'en reste pas moins la 4^{ème} cause de mortalité dans le monde et tue chaque année, 4 millions de personnes (KATZMARZYK et al., 2022). Un tiers de la population mondiale n'atteint pas les recommandations d'AP préconisées par l'OMS (WHO, 2020). Pourtant, les bienfaits de celle-ci sur notre santé ne sont plus à démontrer, tant sur le plan de la prévention primaire, que secondaire et tertiaire (ACSM, 2021).

Face à ce constat, la promotion de l'AP est devenue un enjeu de santé publique majeur. Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont instauré un dispositif de sport sur ordonnance, de portée nationale. Depuis mars 2017, un décret permet aux médecins traitants de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'ALD (D. N° 2016-1990). Les professionnels de santé et du sport sont habilités à la dispenser (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017).

Ce dispositif semble, au premier abord, être une avancée considérable dans la promotion de l'AP pour la santé. Pourtant, le rapport de l'ONAPS en 2019, met en évidence certaines difficultés depuis sa mise en application (ONAPS, 2019). Cinq ans après ses débuts, notre étude fait un état des lieux de cette pratique dans la profession des masseurs-kinésithérapeutes.

Les résultats de notre étude montrent que l'AP fait partie intégrante du quotidien des MK dans la prise en soins des patients atteints de maladies chroniques. En revanche, seule une minorité d'entre eux a recours à la pratique du sport sur ordonnance. Le manque de temps, de financement, de connaissances sur le dispositif et les APA, ainsi que les difficultés administratives, sont les principaux freins qui peuvent limiter leur implication dans le dispositif. Promouvoir la formation de l'APA et l'information sur le dispositif semble nécessaire pour démocratiser cette pratique chez les MK ainsi qu'à l'ensemble des acteurs.

À ce jour, dans un contexte d'APA, la collaboration entre le MK et les autres professionnels du sport et de la santé est extrêmement rare. Elle reste néanmoins possible, et peut se faire avec un médecin et/ou un professionnel du sport. Lorsqu'il s'agit d'un EAPA, la collaboration a surtout lieu avec un auto-entrepreneur, au sein d'un cabinet libéral. Peu de MK libéraux encadre l'APA au sein d'une maison de sport-santé. Il est vrai que le fonctionnement de ces structures, tel qu'il est proposé actuellement, est moins propice au secteur libéral. Ces MSS, en plein essor, peuvent dans les années à venir, devenir le moyen privilégié pour favoriser l'interprofessionnalité entre les MK et les autres professionnels du sport.

La mise en place de la prescription d'APA est un premier pas vers la promotion du sport sur ordonnance en France. Il reste néanmoins des points à améliorer, tant sur le financement et l'information que sur l'organisation générale. Réduire les inégalités territoriales est essentiel. Faciliter le maillage et la coordination entre les acteurs (prescripteurs, financeurs, bénéficiaires, dispensateurs) l'est tout autant. Les MSS peuvent répondre à ces demandes. L'exercice coordonné, qui fait partie d'une des priorités des politiques de santé actuelles, est déterminant si l'on veut promouvoir le sport-santé à long terme et à grande échelle. À l'heure actuelle, si les résultats sont prometteurs, ils restent insatisfaisants.

Le dernier rapport de l'ANSES, publié en février 2022, fait un constat édifiant « **95 % de la population française adulte est exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou un temps trop long passé assis** ». Combattre l'inactivité physique et la sédentarité doit constituer une priorité des pouvoirs publics dans les prochaines années ». (ANSES, 2022, p.84).

Le 24 février 2022, est une date qui rentrera peut-être dans l'histoire géopolitique de ce XXI siècle. De notre côté, nous préférerons nous en rappeler pour une tout autre raison. En effet, ce fût l'ultime jour où nous avons rédigé les dernières lignes de ce mémoire, clôturant 18 mois de recherche sur un thème d'actualité en constante évolution. Et pour cause, le 24 février est aussi la date à laquelle le texte définitif, relatif à la proposition de loi visant à démocratiser le sport en France, a été adopté (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2022).

Désormais, tous les médecins (traitants ou non) pourront prescrire de l'APA. De plus, le dispositif va s'étendre à d'autres maladies chroniques (hors ALD) et à des personnes en perte d'autonomie, ou présentant des facteurs de risques. Avant septembre 2022, il est aussi exigé par l'Assemblée nationale, qu'un rapport sur la prise en charge de l'APA par l'assurance maladie soit établi (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2022). L'ensemble de ses mesures ne peut que faciliter la promotion du sport sur ordonnance en France et permettre de réduire certains freins qui étaient jusqu'ici présents.

Cette loi, vient conforter la place légitime qu'occupe le MK dans le dispositif. Il lui sera désormais possible de renouveler les prescriptions médicales initiales d'APA, sous certaines conditions qui seront précisées dans un futur décret (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2022). Cette avancée majeure pour la profession, pourrait permettre au MK de s'imposer comme un interlocuteur privilégié entre le monde médical et sportif, et justifier pleinement sa place dans le dispositif.

En attendant la promulgation de cette loi dans le journal officiel de la république française, l'ensemble des acteurs, de près ou de loin, ne peuvent que se réjouir de ces nouvelles mesures. L'avenir nous dira si la promotion du sport-santé permettra de réduire les coûts de santé en France et de diminuer l'inactivité physique et la sédentarité chez les Français, encore très présentes en 2022.

7. Bibliographie

- A., 02 SEPT. 2015, RELATIF AU DE DE MK (2015) *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute (JORF no 0204 du 4 septembre 2015)*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/> [Consulté le 22/02/22].
- A., 5 SEPT. 1989 (1989) *Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006104712/1989-09-08/> [Consulté le 29/01/22].
- A., 8 NOV. 2018 (2018) *Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée - Légifrance*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037658253/> [Consulté le 09/10/21].
- A., 24 DEC. 2020 (2020) *Arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer*.
- A., 27 JUIN 2019, AVENANT 6 (2019) *Arrêté du 27 juin 2019 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007*.
- A., 27 MAI 2020 (2020) *Arrêté du 27 mai 2020 relatif à l'expérimentation d'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires « As du Cœur »*.
- ACSM (2021) *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Eleventh edition. Philadelphia : Wolters Kluwer.
- AINSWORTH, Barbara E. et al. (2011) 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(8), p. 1575-1581.
- AITTASALO, Minna et al. (2007) From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion programme in Finland. *Health Promotion International*, 22(1), p. 19-27.
- ALBARELLO, Luc, ETIENNE, BOURGEOIS et JEAN-LUC, GUYOT (2002) *Statistique descriptive*. Bruxelles : De Boeck.
- AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (2018) Physical activity and the risk of cancer. p. 64.
- AMYOTTE, Luc et PÉPIN, Jean-Nicolas (2017) *Méthodes quantitatives 4e ed. - Amyotte/Pépin - Renouveau Pédagogique - Grand format - Le Hall du Livre NANCY*.
- ANSES (2016) *Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective*. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf> [Consulté le 06/08/21].
- ANSES (2022) *Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique*. Disponible sur : [https://www.anses.fr/fr/content/manque-d'E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique](https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique) [Consulté le 24/02/22].
- ART. 14, A., 23 MAI 1997 (1997) *Arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives*.

ASSEMBLÉE NATIONALE (2022) *PROPOSITION DE LOI visant à démocratiser le sport en France.* Texte définitif. *TEXTE ADOPTÉ n° 816.* Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15t0816_texte-adopte-provisoire.pdf [Consulté le 24/02/22].

ASSEMBLÉE NATIONALE (2021) *Proposition de loi n° 3808 visant à démocratiser le sport en France.* Assemblée nationale. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/democratiser_sport_france [Consulté le 23/02/22].

ASSURANCE MALADIE (2020) *Effectif, prévalences et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019.* Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019> [Consulté le 07/10/21].

ASSURANCE MALADIE (2022) *Affection Longue Durée (ALD).* Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique> [Consulté le 21/02/22].

AUBERT, Salomé, ROUTHIER, François et CHAPUT, Jean-Philippe (2022) *Consensus Definitions (French Translation).* The Sedentary Behaviour Research Network (SBRN). Disponible sur : <https://www.sedentarybehaviour.org/sbrn-terminology-consensus-project/french-translation/> [Consulté le 19/02/22].

AVENANT 5 (2018) *Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée.*

BACHELET, Rémi (2014) *Recueil, analyse & traitement de données : Le questionnaire.* Disponible sur : http://rb.ec-lille.fr/l/Analyse_de_donnees/Methodologie_Conception_et_administration_de_questionnaires.pdf [Consulté le 05/04/21].

BAR (2011) Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. p. 18.

BARISIC, Andriana, LEATHERDALE, Scott T. et KREIGER, Nancy (2011) Importance of Frequency, Intensity, Time and Type (FITT) in Physical Activity Assessment for Epidemiological Research. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 102(3), p. 174-175.

BARTHEL, Emeline (2018) Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique. p. 112.

BESSIÈRE, Céline et HOUSEAUX, Frédérique (1997) Suivre des enquêteurs. *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 29(1), p. 100-114.

BIZE, Raphaël (2012) *Promotion de l'activité Physique au cabinet médical: manuel de référence à l'attention des médecins.* Disponible sur : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_0C29BD431D2F.P001/REF.pdf [Consulté le 16/03/21].

BONNET, Valentine et RISTOVSKI, Marianne (2021) *Le médecin généraliste et l'activité physique adaptée (APA) : de la formation initiale à la prescription en cabinet.* Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298100/document> [Consulté le 29/01/22].

BOOTH, Frank W., ROBERTS, Christian K. et LAYE, Matthew J. (2012) Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), p. 1143-1211.

BOUQUET, Brigitte et JAEGER, Marcel (2013) Les mémoires de recherche, révélateurs du questionnement professionnel sur les effets des lois, les problèmes sociaux et les pratiques. *Vie sociale*, N° 1(1), p. 175-194.

BOYD, Kenneth M. (2000) Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), p. 9-17.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (2016) *Ergänzende Leistungen*.

BUREAU DE L'ÉCONOMIE DES SPORTS (2018) *Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques*. Disponible sur : https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf [Consulté le 14/02/22].

C. SPORT, ANN. II, ART. A. 212-1 (2021) *Article Annexe II-1 (art. A212-1) - Code du sport - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042269397/ [Consulté le 01/12/21].

CAMBON, Laurent (2006) Désirabilité sociale et utilité sociale, deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité. *Revue internationale de psychologie sociale*, 19(3), p. 125-151.

CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E. et CHRISTENSON, G.M. (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), p. 126-131.

CEDIP (2014) *Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information en matière de recueil d'information*. Disponible sur : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf.

CHAKRAVARTHY, Manu V. et BOOTH, Frank W. (2004) Eating, exercise, and « thrifty » genotypes: connecting the dots toward an evolutionary understanding of modern chronic diseases. *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md.: 1985)*, 96(1), p. 3-10.

CHARVIEUX, Baptiste (2019) *Freins à la mise en place du dispositif sport sur ordonnance en Haute-Savoie: regard croisé entre médecins généralistes et enseignants en activité physique adaptée*. Thèse d'exercice. Lyon, France : Université Claude Bernard.

CHAU, Josephine Y. et al. (2013) Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *PloS One*, 8(11), p. e80000.

CHEVALLIER, Elise et BULTEZ, Julie (2017) Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients. p. 186.

CIRC., 24 DÈC., 2012 (2012) *Circulaire relative à la mise en oeuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et à développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/36363> [Consulté le 14/02/22].

CNAPS (2007) Rapport du Conseil national des activités physiques et sportives (CNAPS).

CNIL (2018a) *Le règlement général sur la protection des données - RGPD*. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees> [Consulté le 12/02/22].

CNIL (2018b) *Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187498> [Consulté le 13/02/22].

CNIL (2019) *Les Méthodologies de Référence (MR)*. Disponible sur : https://documentation-snds.health-data-hub.fr/fiches/methodologies_de_reference.html#champs-d-application [Consulté le 12/02/22].

CNOMK (2016) AVIS – CNO n° 2016-03 DEONTOLOGIE AVIS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DU 24 MARS 2016 RELATIF A LA MISE EN ŒUVRE D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE PAR UN KINESITHERAPEUTE. 24 mars.

COCHRAN, William G. (1977) *Sampling Techniques* 3e. 3rd Edition. New York : John Wiley & Sons.

COLBERG, Sheri R. et al. (2016) Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11), p. 2065-2079.

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL AUX JEUX OLYMPIQUES ET PARALYMPIQUES DE PARIS 2024 (2021) *Comité interministériel aux Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024*. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/partage/12539-comite-interministeriel-aux-jeux-olympiques-et-paralympiques-de-paris-2024> [Consulté le 05/02/22].

COOK, J.L. et al. (2016) Revisiting the continuum model of tendon pathology: what is its merit in clinical practice and research? *British Journal of Sports Medicine*, 50(19), p. 1187-1191.

CSP, ART. L. 1172-1 (2016) Article L1172-1 - *Code de la santé publique - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031920541/ [Consulté le 21/02/22].

CSP, ART. L. 4321-1 (2022) Article L4321-1 - *Code de la santé publique - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031/2020-08-05/ [Consulté le 18/02/22].

CSP, ART. R. 4321-13 (2004) Article R4321-13 - *Code de la santé publique - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913995 [Consulté le 01/12/21].

CSP, ART. R. 4321-51 À R. 4321-145 (2022) Section 4 : *Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes (Articles R4321-51 à R4321-145) - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000019726923/ [Consulté le 23/02/22].

CSP, ART. R. 4331-1 (2004) Article R4331-1 - *Code de la santé publique - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006914146 [Consulté le 01/12/21].

CSP, ART. R. 4332-1 (2004) Article R4332-1 - *Code de la santé publique - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006914164 [Consulté le 01/12/21].

CSS, A., 10 MAI 2007 (2007) *Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie - Légifrance*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000822193/> [Consulté le 23/02/22].

CSS, ART. D. 322-1 (2011) Article D322-1 - *Code de la sécurité sociale - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024267096/2011-06-27/ [Consulté le 21/02/22].

D. N° 96-879 (1996) *Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*.

D. N° 2000-577 (2000) *Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*.

D. N° 2016-1990, JORF (2016) *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.*

D. N° 2018-125 (2018) *Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.*

D. N° 2020-1663, 22 DEC. 2020 (2020) *Décret n° 2020-1663 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et relatif notamment à leur communication professionnelle.*

D. N° 2021-1085 (2021) *Décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute conférant le grade de master.*

DENOLLE, T. et al. (2017) Contrôle des facteurs de risque chez les patients coronariens un an après une réadaptation cardiaque. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 66(3), p. 135-139.

DG EAC (2017) *Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity: report.* LU : Publications Office of the European Union.

DGS (2018) *Priorité Prévention: rester en bonne santé tout au long de la vie 2018-2019.* Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnsp_2018_2019.pdf.

DIDIER DELIGNIÈRES (2016) *STAPS/Kiné : La guerre des territoires.* L'Université, les STAPS, l'Education Physique et Sportive. Disponible sur : <http://blog.educpros.fr/didier-delignieres/2016/03/26/stapskine-la-guerre-des-territoires/> [Consulté le 07/01/21].

DING, Ding et al. (2016) The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), p. 1311-1324.

DRAG'N SURVEY (2022) *Créer un questionnaire en ligne.* Disponible sur : <https://www.dragnsurvey.com/> [Consulté le 12/02/22].

DRESS (2020) *Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle.* Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER1159.pdf> [Consulté le 29/01/22].

DRESS (2021) *Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures.* Disponible sur : https://www.maisondeskines.com/_upload/ressources/ka/pdf/drees_ald.pdf [Consulté le 07/10/21].

DUBOIS, Lucie (2020) *Facteurs limitant la prescription du "sport sur ordonnance" de Caen et pistes d'amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes.* Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02472839/document> [Consulté le 29/01/22].

DUCLOS, M. et al. (2019) Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur l'activité physique chez les patients avec un diabète de type 1. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 13(6), p. 483-535.

EKELUND, Ulf et al. (2016) Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet (London, England)*, 388(10051), p. 1302-1310.

ESTANGUET, Tony (2019) *Bouger plus.* Paris 2024. Disponible sur : <https://www.paris2024.org/fr/bouger-plus/> [Consulté le 27/02/22].

FFMKR (2018) *LES ACTES HORS CONVENTION*. Disponible sur :
https://www.maisondeskines.com/_upload/ressources/mdk/forum/ATELIER_9.2_FFMKR_LR_Actes_hors_conventions.pdf [Consulté le 05/02/22].

FRÉMONT, Pierre, FORTIER, Michelle et FRANKOVICH, Renata J. (2014) L'outil Prescription d'exercices et demande de consultation pour faciliter les brefs conseils aux adultes en soins primaires. *Canadian Family Physician*, 60(12), p. e591-e592.

GÉRIN, C. et al. (2015) Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science & Sports*, 30(2), p. 66-73.

GILLET, Paul-Emile (2020) *La carte professionnelle d' éducateur sportif pour les masseurs-kinésithérapeutes*. Rennes : Institut de Formation en Masso Kinésithérapie de Rennes (IFMK).

GRÉGORY NINO (2020) *JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DE LA PRESCRIPTION EN PREMIÈRE INTENTION DE PROGRAMMES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE DANS LES MALADIES CHRONIQUES*. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/justification-scientifique-de-la-prescription-en-premiere-intention-de-programmes-d-activite-physique-a-visee-therapeutique-dans-les-maladies-chron> [Consulté le 01/04/21].

GRUEST, JEAN-PIERRE (2019) SPORT SUR ORDONNANCE LES KINÉS TROP SOUVENT OUBLIÉS. p. 5.

GUTHOLD, Regina et al. (2018) Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet. Global Health*, 6(10), p. e1077-e1086.

HAMLIN, M.J. et al. (2016) Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. *Public Health*, 140, p. 102-108.

HANSSON, Lena (2019) *Physical activity on prescription: Exporting 20 years of Swedish experience*. EuroHealthNet Magazine. Disponible sur : <https://eurohealthnet-magazine.eu/physical-activity-on-prescription-exporting-20-years-of-swedish-experience/> [Consulté le 15/03/21].

HAS (2011) *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf [Consulté le 07/02/20].

HAS (2017) *Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Mode d'emploi*. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_646948/fr/epruves-classantes-nationales-ecn-mode-d-emploi [Consulté le 15/10/21].

HAS (2019a) *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf [Consulté le 07/02/20].

HAS (2019b) *Guide du parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_guide_bpco_actu_2019_vf.pdf [Consulté le 28/01/22].

HAS (2019c) *Prescription d'activité physique et sportive Accidents vasculaires cérébraux*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_avc_vf.pdf [Consulté le 28/01/19].

HAS (2019d) *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf [Consulté le 28/01/22].

HCSP (2009) *Dossier de presse complet*. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/info?clef=93> [Consulté le 29/09/21].

HÉBERT, Emily T., CAUGHEY, Margaret O. et SHUVAL, Kerem (2012) Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46(9), p. 625-631.

IFPEK (2018) *Procédure Interne Ethique Recherche Etudiante* [Consulté le 12/02/22].

IGAS et IGJS (2018) *Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*. Disponible sur : <https://www.sports.gouv.fr/autres/RapportIGASIGJSAPSMars2018.pdf> [Consulté le 15/10/21].

INSERM (2008) *Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations*. Les éditions Inserm.

INSERM (2019) *Activités physiques : Prévention et traitement des maladies chroniques*. EDP Sciences.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (2017) *Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer, des connaissances scientifiques aux repères pratiques - Synthèse*. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Benefices-de-l-activite-physique-pendant-et-apres-cancer-des-connaissances-scientifiques-aux-reperes-pratiques-Synthese> [Consulté le 06/02/20].

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE (2017) *INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_activite_physique_adaptee.pdf [Consulté le 07/02/20].

INTERNATIONAL SPORT AND CULTURE ASSOCIATION (2015) *The economic cost of physical activity in Europe : an ISCA/CEBR report*. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. Dans : *The economic cost of physical activity in Europe : an ISCA/CEBR report*.

IRBMS (2017) *Prescrire le Sport Santé sur ordonnance | Formations Sport Santé*. Disponible sur : <https://www.mooc-sportsante.com/course/prescrire-le-sport-sante-sur-ordonnance/> [Consulté le 15/10/21].

JETTÉ, M., SIDNEY, K. et BLÜMCHEN, G. (1990) Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clinical Cardiology*, 13(8), p. 555-565.

JØRGENSEN, Tanja K., NORDENTOFT, Merete et KROGH, Jesper (2012) How do general practitioners in Denmark promote physical activity? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(3), p. 141-146.

JULL, Gwendolen et MOORE, Ann (2012) Hands on, hands off? The swings in musculoskeletal physiotherapy practice. *Manual Therapy*, 17(3), p. 199-200.

KALLINGS, Lena Viktoria, LEIJON, Matti E., et al. (2009) Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *Journal of Physical Activity & Health*, 6(4), p. 483-492.

KALLINGS, Lena Viktoria, SIERRA JOHNSON, Justo, et al. (2009) Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation: Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 16(1), p. 80-84.

KALLINGS, Lena Viktoria (2012) Fysisk aktivitet på recept – en underutnyttjad resurs. p. 3.

KATZMARZYK, Peter T. et al. (2022) Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *British Journal of Sports Medicine*, 56(2), p. 101-106.

KHAN, Karim M. et al. (2012) Sport and exercise as contributors to the health of nations. *Lancet (London, England)*, 380(9836), p. 59-64.

KLEIN, Alexandre (2014) La figure du bon médecin. *Recherche et formation*, (76), p. 61-78.

KOTSEVA, Kornelia et al. (2016) EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(6), p. 636-648.

L. N° 2016-41 (2016) *LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* (1).

L. N° 2021-502 (2021) *LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification* (1).

LE GOUALHER, Lou (2020) Evaluation du dispositif « Sport sur Ordonnance » au sein de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes en France. p. 70.

LECOINTRE, Guillaume, GUYADER, Hervé Le et VISSET, Dominique (2006) *Classification phylogénétique du vivant*. 3e édition. Paris : Belin.

LEITZMANN, Michael et al. (2015) European Code against Cancer 4th Edition: Physical activity and cancer. *Cancer Epidemiology*, 39, p. S46-S55.

LESAGE, Charles (2016) *Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance : enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire*. Disponible sur : [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_LesageCharles.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theeses/2016_Medecine_LesageCharles.pdf) [Consulté le 29/01/16].

LETRILLIART, Laurent et al. (2014) ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer, la revue Française de médecine générale*, 25, p. 148-157.

LIVIAN, Yves (2015) INITIATION A LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE EN SHS. p. 80.

LLUCH GIRBÉS, E. et al. (2015) Balancing « hands-on » with « hands-off » physical therapy interventions for the treatment of central sensitization pain in osteoarthritis. *Manual Therapy*, 20(2), p. 349-352.

MACRON, Alain (2015) La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946: genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée. p. 722.

MANDELA, Nelson (2011) *Pensées pour moi-même. Le livre autorisé de citations*. Paris : La Martinière.

MESRI (2018) *Insertion professionnelle des diplômés de licence professionnelle 2018*. Disponible sur : https://dataesr.fr/fichiers/tableaux_synthese_LP_21.pdf [Consulté le 29/01/22].

MESRI-SIES (2021) *La licence générale STAPS, un diplôme professionnalisant*. Disponible sur : https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2021/34/3/NI_2021_02_staps_num_1388343.pdf [Consulté le 30/12/21].

MICHELON, Raphaël (2020) *Intérêt d'un exercice collaboratif entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA*. Disponible sur : <https://kinedoc.org/work/kinedoc/653a27c5-8d65-41e2-9a5d-bdf19ef90bbd.pdf> [Consulté le 17/10/21].

MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS (2021) *Les Maisons Sport-Santé: Un outil de santé publique*. Disponible sur : https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/dp_maisons_sport_sante__2021.pdf [Consulté le 17/10/21].

MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS (2022) *Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son déploiement*. Disponible sur : https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/sportsante_dp2022_v8.pdf [Consulté le 02/02/22].

MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (2017) *Réglementation applicable aux éducateurs sportifs*. Disponible sur : https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_educateurs_sportifs_06-03-2017.pdf [Consulté le 11/10/21].

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2017) *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier sns_2017_vdefpost-consult.pdf [Consulté le 01/10/21].

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS (2019) *STRATÉGIE NATIONALE SPORT SANTÉ 2019-2024*. Disponible sur : https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snss_2019-2024_cs6_v5.pdf [Consulté le 12/08/21].

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ et MINISTÈRE DES SPORTS (2021) *APPEL À PROJETS(AAP) RELATIF AUX «Maisons sport-santé»*. Disponible sur : https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_des_charges_mss.pdf [Consulté le 30/01/22].

MOK, Alexander et al. (2019) Physical activity trajectories and mortality: population based cohort study. *The BMJ*, 365, p. I2323.

MSS (2021) *Les maisons de santé*. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889> [Consulté le 04/02/22].

MVJS (2015) *Atlas 2015 des éducateurs sportifs déclarés*. Disponible sur : https://www.sports.gouv.fr/autres/atlas2015_educateurs.pdf [Consulté le 05/01/22].

NY AVANA, Lova (2021) État des lieux de la pratique de l'activité physique adaptée à travers le regard du Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État et de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée : questionnaire pour analyse. p. 118.

OMK (2015) *Sport sur ordonnance : Non à une kinésithérapie à deux vitesses !*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/sport-sur-ordonnance/> [Consulté le 07/01/21].

OMK (2017) *Notice de mise en œuvre de l'Activité physique adaptée*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/notice-de-mise-en-oeuvre-de-lactivite-physique-adaptee/> [Consulté le 03/01/21].

OMK (2021) *RAPPORT 2020 SUR LA DÉMOGRAPHIE*. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf> [Consulté le 09/09/21].

ONAPS (2017) *ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA SÉDENTARITÉ EN FRANCE MISE À JOUR DE L'ÉDITION 2017*. p. 32.

ONAPS (2019) *L'Activité Physique sur Prescription en France: Etat des Lieux en 2019*. Disponible sur : <https://onaps.fr/lactivite-physique-sur-prescription-en-france-etat-des-lieux-2019/> [Consulté le 08/03/21].

ONERUP, Aron et al. (2019) Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(6), p. 383-388.

ORD. N° 2006-596 (2006) *Ordonnance n° 2006-596 du 23 mai 2006 relative à la partie législative du code du sport*.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS (2020) *Avec les premiers protocoles de coopération, l'accès direct au kinésithérapeute bientôt possible*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-lacces-direct-au-kinesitherapeute-bientot-possible/> [Consulté le 04/02/22].

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS (2021) *CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE*. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> [Consulté le 09/10/21].

PAGAC (2018) *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. p. 779.

PALLOT, Adrien (2019) *Evidence Based Practice en rééducation : Démarche pour une pratique raisonnée*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

PATEL, Alpa V. et al. (2010) Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults. *American Journal of Epidemiology*, 172(4), p. 419-429.

PEDERSEN, B.K. et 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 Suppl 3, p. 1-72.

PELLICCIA, Antonio et al. (2021) *2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease: The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC)*. *European Heart Journal*, 42(1), p. 17-96.

PÉRONNET, F. (2009) Kino-Québec : le programme québécois de lutte contre la sédentarité. *Science & Sports*, 24(2), p. 79-83.

PERRIN, Claire (2016) Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Sante Publique*, S1(HS), p. 141-151.

PERWEZ, Thomas (2018) Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes en Picardie. p. 96.

PORTAL, Stéphanie et al. (2010) *Dossier de presse: maladies chroniques*. p. 43.

PRESCRIMOUV (2018) *Qui sommes-nous ? | Prescrimouv*. Disponible sur : <https://www.prescrimouv-grandest.fr/qui-sommes-nous> [Consulté le 01/12/21].

PROFESSIONAL ASSOCIATIONS FOR PHYSICAL ACTIVITY (SUÈDE) (2010) *Physical activity in the prevention and treatment of disease*. Stockholm : Professional Associations for Physical Activity.

PROFESSIONAL ASSOCIATIONS FOR PHYSICAL ACTIVITY (SUÈDE) (2017) *Chapters in FYSS / Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Disponible sur : <http://www.fyss.se/in-english/chapters-in-fyss/> [Consulté le 15/03/21].

REMONDIERE, Rémi (1994) L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques. Archives*, (12).

REZENDE, Leandro Fórrias Machado et al. (2016) All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(2), p. 253-263.

ROCHFORD, Léa (2016) Contrepoint – « Il vaut mieux prévenir que guérir ! » aphorisme et vertu universels. *Informations sociales*, 192(1), p. 21-21.

ROQUE, Pauline (2019) Etat des lieux de la pratique de l'activité physique sur prescription, dispensée par les masseurs-kinésithérapeutes en France F. DUZOU & UNIVERSITE DE LIMOGES. INSTITUT LIMOUSIN DE FORMATION AUX METIERS DE LA READAPTATION, (éd.).

RUCAR, Benjamin et BACQUAERT, Patrick (2018) Sport santé sur ordonnance: analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription.

SANTE PUBLIQUE FRANCE (2020) Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition. p. 58.

SFP-APA (2015) Note d'information relative à l'adoption de l'amendement sur la prescription d'activité physique. nov.

SFP-APA (2016) *RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉ ET DE COMPÉTENCES DE L'ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE*. Disponible sur : <https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/1146/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20M%C3%A9tier%20Enseignant%20en%20APA.pdf> [Consulté le 09/02/20].

SFP-APA (2018) *Code de déontologie de l'enseignant en activité physique adaptée*. Disponible sur : https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/2819/Code_de_deontologie_Enseignant%20en%20APA_SFP-APA.pdf [Consulté le 04/04/21].

SFP-APA (2021) *Communiqué du Groupe National Activité Physique - Santé L'enseignant en APA – EAPA*. Disponible sur : https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/3964/Consortium%20APA_L'enseignant%20en%20APA_2021.pdf [Consulté le 31/12/21].

SFP-APA (2022) *Adhérent SFP-APA*. Disponible sur : <https://www.sfp-apa.fr/adherer.html> [Consulté le 26/01/22].

SINGLY, François de (2016) *Le questionnaire*. 4e édition. Paris : Armand Colin.

SPORMED (2022) *l'équipe de Spormed*. Disponible sur : <https://www.spormed.fr/savoir-faire/5/l-equipe/> [Consulté le 02/02/22].

SPRUIT, Martijn A. et al. (2013) An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), p. e13-e64.

STAMATAKIS, Emmanuel et al. (2019) Sitting Time, Physical Activity, and Risk of Mortality in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(16), p. 2062-2072.

TATIN, Marion (2017) Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : élaboration d'un outil de communication. p. 90.

TERRET, Thierry (2007) Définition et délimitation. *Que sais-je?*, (337), p. 3-10.

TISSOT, Florian et PERDRIX, Corinne (2018) Prescription d'activité physique à Villeurbanne: proposition d'un dispositif par la ville après recueil des besoins des médecins libéraux villeurbannais.

TOUSSAINT, Jean-François (2008) RETROUVER SA LIBERTÉ DE MOUVEMENT. p. 295.

TREMBLAY, Mark S. et al. (2017) Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), p. 75.

UNCAM (2022) *NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP) RESTANT EN VIGUEUR DEPUIS LA DECISION UNCAM DU 11 MARS 2005*. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/ngap-assurance-maladie-06012022_0.pdf [Consulté le 29/01/22].

URPS HAUT-DE-FRANCE (2019) *Le Bilan kiné - Prise en charge d'un patient en ALD*. URPS MK HDF. Disponible sur : <http://www.urps-mk-hdf.fr/bilan-kine-prise-charge-dun-patient-ald-3/> [Consulté le 08/01/21].

VILATTE, Jean-Christophe (2007) Méthodologie de l'enquête par questionnaire. p. 56.

VILLE DE STRASBOURG - SERVICE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA PERSONNE (2016) Sport-santé sur ordonnance: rapport d'activité.

WHO (1984) *Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes no. 1 à 8*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

WHO (2010) *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Genève : OMS.

WHO (2012) *Maladies cardiovasculaires : définition et principaux faits*. Disponible sur : https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/ [Consulté le 02/04/21].

WHO (2013) *Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020)*. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_7-fr.pdf?ua=1 [Consulté le 09/02/20].

WHO (2015) *Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025*. Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/283807/65wd09f_PhysicalActivityStrategy_150474_withCover.pdf [Consulté le 09/02/20].

WHO (2018a) *Maladies non transmissibles: principaux faits*. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Consulté le 09/02/20].

WHO (2018b) *Organisation mondiale de la Santé- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT)*, 2018. Disponible sur : https://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1 [Consulté le 08/02/20].

WHO (2020) *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

WHO (2021a) *Maladies Respiratoires: définition*. Disponible sur : https://www.who.int/topics/respiratory_tract_diseases/fr/ [Consulté le 02/04/21].

WHO (2021b) *Cancer: définition*. Disponible sur : <https://www.who.int/topics/cancer/fr/> [Consulté le 03/04/21].

WHO (2021c) *Diabète : définition*. Disponible sur : https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/ [Consulté le 04/04/21].

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2006) *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : la liste des 29 ALD (CSS, ART. D. 322-1, 2011)

Initialement, il y avait 30 affections. On appelle donc cette liste ALD 30. L'hypertension artérielle a été retiré de cette liste depuis 2011. La liste des affections est la suivante (CSS, ART. D. 322-1, 2011) :

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Maladie coronaire : infarctus du myocarde
- Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)
- Paraplégie
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose idiopathique structurale évolutive
- Spondylarthrite grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)

8.2. Annexe 2 : Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une ALD (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017)

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire neuro	Normale	Altération minime de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction articulaire ostéo	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexé})$, avec sexé=0 pour les femmes, sexé=1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.

Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensitives perçues et localisées	Stimulations sensitives perçues mais mal localisées	Stimulations sensitives perçues mais non localisées	Stimulations sensitives non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

8.3. Annexe 3 : Tableau des professionnels habilités à dispenser l'APA selon le décret (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE, 2017)

Métiers	DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
	Limitations	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++	
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++	
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++	
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés	
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés	
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés	

¹ Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

8.4. Annexe 4 : Le questionnaire final

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Page 1 / 7

Avant-propos

Bonjour,

Je suis actuellement étudiant en 4ème année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Rennes.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je m'intéresse à la manière dont les masseurs-kinésithérapeutes libéraux intègrent la prescription d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) dans leur pratique courante et aux différents moyens de collaboration à leur disposition pour favoriser la pratique du sport sur ordonnance.

Ce questionnaire s'adresse à tous les masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant sur le territoire français.

Les réponses seront anonymes. Ce questionnaire vous prendra **moins de 10 minutes** pour y répondre.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à ce questionnaire, n'hésitez pas à le partager.

Valider

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Page 2 / 7

Informations générales.

1) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous?

- Sélectionnez ou commencez à saisir
- Entre 20 et 29 ans
 - Entre 30 et 39 ans
 - Entre 40 et 49 ans
 - Entre 50 et 59 ans
 - 60 ans et plus

3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de masseur-kinésithérapeute?

Saisissez votre texte ici

4) Dans quelle région exercez-vous?

Sélectionnez ou commencez à saisir

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand-Est
- Guadeloupe
- Guyane
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- La Réunion
- Martinique
- Mayotte
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays-de-la-Loire
- Provence-Alpes-Côte-d'Azur

5) Avez-vous déjà effectué une formation complémentaire dans le domaine du sport et/ou des activités physiques adaptées ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

6) Possédez-vous ou avez-vous déjà possédé la carte d'éducateur sportif ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

7) Dans quel milieu exercez-vous votre profession?

- Libéral
- Salarial
- Mixte

Valider

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Page 3 / 7

Que savez-vous à propos du sport sur ordonnance?

En décembre 2016, un décret relatif à la prescription d'activité physique adaptée (APA) a vu le jour. Depuis cette date, le sport sur ordonnance tend à se développer sur tout le territoire français, impliquant de nombreux acteurs. Les questions suivantes sont relatives au dispositif de sport sur ordonnance. Pour des raisons de simplicité nous utiliserons les termes "sport sur ordonnance" et "prescription d'activité physique adaptée" comme des synonymes.

8) Aviez-vous déjà entendu parler du dispositif de sport sur ordonnance?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

**9) Selon vous qui peut prescrire des séances d'activité physique adaptée ?
(Plusieurs réponses sont possibles).**

- Tous les professionnels du sport-santé.
- Tous les médecins.
- Tous les professionnels de santé.
- Tous les médecins traitants.
- Les masseurs-kinésithérapeutes.
- Certains médecins spécialistes (pneumologues, cardiologues...).
- Les enseignants en activité physique adaptée (APA).
- Aucun des professionnels cités n'est habilité à prescrire une APA.
- Je ne sais pas.

10) Parmi les propositions suivantes, quels professionnels sont habilités à dispenser des séances d'APA? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Les enseignants APA.
- Les masseurs-kinésithérapeutes.
- Les psychomotriciens.
- Les ergothérapeutes.
- Les orthophonistes.
- Les médecins.
- Les pharmaciens.
- Les titulaires d'un diplôme en APA et Santé.
- Les militaires qualifiés en la matière.
- Je ne sais pas.

11) Répondez par vrai ou faux.

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
La sécurité sociale peut participer financièrement au remboursement de certaines séances d'APA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certaines mutuelles peuvent participer financièrement au remboursement de certaines séances d'APA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une personne atteinte d'une affection de longue durée (ALD) peut potentiellement bénéficier d'une prescription d'APA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une personne atteinte d'une maladie chronique peut potentiellement bénéficier d'une prescription d'APA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une personne de + de 65 ans, ne souffrant ni d'ALD, ni de pathologie chronique peut dans certains cas bénéficier d'une prescription d'APA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toutes les personnes atteintes d'une pathologie chronique peuvent bénéficier d'une prescription d'APA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toutes les personnes atteintes d'une pathologie aiguë peuvent bénéficier d'une prescription d'APA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans le cadre du dispositif de sport sur ordonnance, le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en activité physique adaptée ont la possibilité de collaborer ensemble (sous certaines conditions).

12) A propos de cette collaboration entre les enseignants en APA et les masseurs-kinésithérapeutes : (Répondez par vrai ou faux)

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
Le masseur-kinésithérapeute peut salarier un enseignant APA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le masseur-kinésithérapeute peut collaborer avec un enseignant APA auto-entrepreneur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant APA peuvent exercer dans la même structure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant APA peuvent accueillir leur patientèle respective dans une même salle d'attente au même moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant APA peuvent exercer en même temps dans une salle commune (à condition que la surface de celle-ci soit d'au moins de 50 m ²).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le masseur-kinésithérapeute peut obtenir le statut d'auto-entrepreneur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Dans votre pratique professionnelle, vous a-t-on déjà adressé un ou plusieurs patient(s) se présentant avec une prescription d'activité physique adaptée (APA)?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Valider

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Page 4 / 7

État des lieux du sport sur ordonnance chez les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

14) Avez-vous pris en soin au moins un de ce(s) patient(s)?

- Oui
- Non

15) Pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Manque de connaissances théoriques sur les APA.
- Manque de temps.
- Contraintes administratives (cotation de l'acte, hors nomenclature...).
- Concurrence trop élevée dans ce domaine.
- Infrastructures inadaptées (espace insuffisant, salle d'attente inadaptée...).
- Manque d'intérêt pour ce domaine.
- Manque de matériels.
- Contraintes législatives (respect du code de déontologie, du secret professionnel...)
- Manque de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA.
- Autres.

16) Avez-vous redirigé ce(s) patient(s) vers un autre professionnel?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

17) Vers quel professionnel l'avez-vous adressé?

- Un enseignant en APA.
- Un médecin.
- Un autre masseur-kinésithérapeute.
- Un autre professionnel de santé (autre qu'un MK).
- Un professionnel du sport (préparateur physique...).
- Autres.

18) Collaborez-vous régulièrement avec ce professionnel dans le cadre du sport sur ordonnance?

- Oui
- Non

19) Avez-vous rencontré des difficultés pour prendre en soin ce(s) patient(s)?

- Oui
- Non

20) Quelles difficultés avez-vous rencontré? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Cotation de l'acte.
- Manque de motivation du patient.
- Tarification de la séance.
- Matériels ou infrastructures inadaptées.
- Gestion de l'emploi du temps.
- Respect de la législation/du code de déontologie.
- Organisation de la séance (contenu, durée...).
- Autres.

21) Dans votre pratique professionnelle, à quelle fréquence avez-vous recours à ce dispositif de prescription d'APA ?

- Tout le temps (tous les jours).
- Très souvent (plusieurs fois par semaine).
- Souvent (plusieurs fois par mois).
- Occasionnellement (plusieurs fois par an).
- Rarement (moins d'une fois par an).
- Jamais.

22) Parmi l'ensemble de vos prises en soins, quelle est la proportion des patients qui viennent avec un motif de prescription d'activité physique adaptée ?



23) Comment prenez-vous en soins ces patients ?

- Majoritairement en séances individuelles.
- Majoritairement en séances collectives.
- Autant en séances individuelles que collectives.

24) Où encadrez-vous les séances de sport sur ordonnance?

- Au sein du cabinet libéral ou vous exercez.
- Au sein d'une association.
- Au sein d'un hôpital, d'un centre de rééducation.
- Au sein d'une maison de sport santé.
- Au sein d'une salle de sport.

Autres.

-

25) Dans le cadre de la prescription d'activité physique adaptée, vous arrive t'il de collaborer avec d'autres professionnels du sport et/ou de la santé ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Valider

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Page 5 / 7

Dans le cadre du sport sur ordonnance, comment collaborez-vous?

26) Avec quel(s) type(s) de professionnel(s) collaborez-vous (autre masseur-kinésithérapeute, enseignant en APA, médecin, entraîneur, préparateur physique...) ?

Saisissez votre texte ici

27) Où effectuez-vous cette collaboration ?

- Au sein d'un cabinet libéral dont vous êtes le propriétaire.
- Au sein d'un cabinet libéral dont vous n'êtes pas le propriétaire.
- Au sein d'une association.
- Au sein d'un hôpital, d'un centre de rééducation.
- Au sein d'une salle de sport.
- Au sein d'une maison de sport-santé.
- Autres.

28) Comment effectuez-vous cette collaboration?

- Vous salariez ce professionnel.
- Vous êtes associés avec ce professionnel.
- Vous faites appel à un auto-entrepreneur.
- Autres.

29) Comment vous organisez-vous?

- Vous exercez dans la même salle/pièce à des horaires communes.
- Vous exercez dans la même salle/pièce à des horaires différentes.
- Vous exercez dans une salle/pièce différente au sein d'une même structure.
- Vous exercez dans une structure différente.

30) L'accueil des patients se fait-il dans une salle d'attente commune?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Valider

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Page 6 / 7

La place de l'activité physique dans votre pratique professionnelle.

31) Lorsque vous prenez en soin des patients atteints de maladies chroniques, à quelle fréquence utilisez-vous l'activité physique comme moyen de rééducation ?



32) Conseillez-vous à ces patients la pratique d'activité physique en dehors des séances de masso-kinésithérapie ?



33) Seriez-vous intéressé pour développer la pratique d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) dans votre cabinet ?

- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas

34) A l'heure actuelle qu'est-ce qui vous en empêche ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Manque de connaissances théoriques sur les APA.
 - Manque de temps.
 - Contraintes administratives (cotation de l'acte, hors nomenclature...).
 - Concurrence trop forte dans ce domaine.
 - Difficultés pour développer un réseau dans ce domaine.
 - Infrastructures inadaptées (espace insuffisant, salle d'attente inadaptée...).
 - Manque de matériels.
 - Contraintes législatives (respect du code de déontologie, du secret professionnel...).
 - Manque de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA.

Autres.

10

35) Pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Manque de connaissances théoriques sur les APA.
- Manque de temps.
- Contraintes administratives (cotation de l'acte, hors nomenclature...).
- Concurrence trop forte dans ce domaine.
- Difficultés pour développer un réseau dans ce domaine.
- Infrastructures inadaptées (espace insuffisant, salle d'attente inadaptée...).
- Manque d'intérêt pour ce domaine.
- Manque de matériels.
- Contraintes législatives (respect du code de déontologie, du secret professionnel).
- Manque de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA.
- Autres.

Valider

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Page 7 / 7

Votre avis personnel sur le sport sur ordonnance.

36) Pour vous, quels sont les freins au développement du sport sur ordonnance chez les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Manque de financement du sport sur ordonnance.
 - Infrastructures inadaptées (espace restreints, manque de matériels).
 - Manque de temps dans l'agenda des masseurs-kinésithérapeutes.
 - Difficultés pour développer un réseau dans ce domaine (site internet, publicité...).
 - Manque de connaissances théoriques sur les APA.
 - Difficultés administratives (cotation de l'acte, hors nomenclature...).
 - Difficultés législatives (respect du code de déontologie, du secret professionnel).
 - Concurrence trop élevée dans ce domaine.
 - Manque de connaissances sur le dispositif de prescription d'APA.
 - Je ne sais pas.
- Autres.
-

37) Quel(s) élément(s) jugez-vous favorable(s) au développement du sport sur ordonnance chez les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- La possibilité pour les professionnels de santé de prescrire de l'activité physique adaptée.
- La possibilité pour les MK de se créer un réseau via un site internet.
- La possibilité pour les MK de se créer un réseau via d'autres moyens de communication (flyers, réseaux sociaux).
- Le financement total du sport sur ordonnance par des organismes (sécurité sociale, mutuelles...).
- Une meilleure connaissance des principes de prise en charge du sport sur ordonnance de la part des MK.
- Une plus grande laxité du code de déontologie.
- Une tarification unique pour tous les professionnels impliqués dans le sport sur ordonnance.
- Je ne sais pas.

Autres.

-

38) Pour vous, quels sont les 3 professionnels qui sont les plus habilités pour encadrer des séances d'APA ?

- Les enseignants en APA.
- Les masseurs-kinésithérapeutes.
- Les ergothérapeutes et les psychomotriciens.
- Les médecins.
- Les entraîneurs et les préparateurs physiques.
- Les professeurs d'éducations physique et sportive (EPS).
- Les infirmiers.
- Les pharmaciens.
- Je ne sais pas.

Autres.

-

39) Pensez-vous que le masseur-kinésithérapeute à sa place dans l'activité physique adaptée?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

40) Pensez-vous que l'enseignant en APA à sa place dans l'activité physique adaptée?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

41) Durant votre formation initiale de masseur-kinésithérapeute, pensez-vous avoir été suffisamment formé à l'activité physique adaptée?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

42) Des entretiens seront réalisés pour approfondir certains domaines relatifs au sport sur ordonnance. Si vous y êtes favorables, je vous remercie par avance de me laisser un contact.

Téléphone:

Saisissez un nombre

E-mail:

example@email.com

Valider

LE SPORT SUR ORDONNANCE CHEZ LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire !

Téléchargez vos réponses