

La lettre du Collège

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE ET PRÉVENTION

Actes de la 28^e Conférence thématique du 26 novembre 2024

SOMMAIRE

Introduction	
■ Éric Chenut et Florence Jusot	4
TABLE RONDE 1	
Activité physique et sportive et prévention : Pourquoi ? Pour qui ?	
■ Marlène Guillon	5
■ Alexis Ridde	6
■ Olivier Obrecht	8
■ Stéphane Suzzoni	10
■ Questions/réponses	
Modératrice : Marlène Guillon	12
TABLE RONDE 2	
Activité physique et sportive et prévention : Comment ? Par qui ?	
■ Benoît Dervaux	18
■ Camille de Combarieu	19
■ Anne-Gisèle Privat	19
■ Caroline Izambert	22
■ Questions/réponses	
Modérateur : Benoît Dervaux	25
Le mot de la fin	
■ Thomas Barnay	29

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Face au déficit de la Sécurité sociale, il est un domaine où des gains importants de santé et d'efficience sont à trouver : **la maladie rénale chronique**. Elle touche aujourd'hui 5,9 millions de Français, soit plus que le diabète ou les cancers réunis. Elle deviendra d'ici 2040 la cinquième cause de décès mondiale, et la survie à 5 ans en dialyse est actuellement inférieure à la survie à la plupart des cancers. Avec un coût de plus de 63 000 euros par patient et par an, la dialyse représente la prise en charge la plus coûteuse de l'Assurance maladie. La prise en charge des 100 000 patients dialysés et greffés coûte ainsi 4,4 milliards d'euros, dont 82 % pour la seule dialyse.

Le premier gain d'efficience possible réside dans la transplantation. Contrairement à nos voisins européens, la France priviliege encore massivement la dialyse

(56 % des patients) au détriment de la greffe (44 %). Cette inversion coûte cher : un patient greffé coûte 190 000 euros de moins sur cinq ans qu'un patient dialysé, et la qualité de vie des patients greffés est considérablement améliorée.

Quelles leçons tirer de la science économique pour augmenter les dons d'organes, de donneurs vivants ou décédés ?

L'économie expérimentale et les travaux des prix Nobel de 2002, Kahneman et Tversky, sur les biais de statu quo et l'aversion à la perte, ont déjà été mobilisés pour augmenter le nombre de donneurs décédés. On est ainsi passé d'un système où chacun était présumé non donneur à un système où chacun est présumé donneur, sauf à avoir exprimé

(Suite page suivante)

ÉDITORIAL

La France accuse un retard patent en matière de prévention primaire, c'est-à-dire de comportements d'autoprotection qui réduisent le risque d'apparition des maladies. Sur le plan économique, ce déficit s'explique notamment par un problème d'« aléa moral » et par une demande insuffisante : les individus n'adoptent pas spontanément les comportements de santé les plus vertueux. Leur rationalité limitée se traduit par une forte préférence pour le présent (myopie), liée à des comportements d'addiction ou de mimétisme, à un manque d'information sur les risques encourus, mais aussi à un système de santé historiquement tourné vers le soin curatif plutôt que vers la prévention.

Les chiffres sont éloquents et préoccupants. La France se situe parmi les mauvais élèves en matière de tabagisme, avec 25 % de fumeurs quotidiens, contre seulement 16 % en moyenne dans l'OCDE. La consommation d'alcool demeure élevée, à 10,5 litres d'alcool pur par habitant et par an, contre 8,6 litres dans l'OCDE (OCDE, 2023). Malgré un dépistage gratuit, seules 47 % des femmes de 50 à 69 ans ont réalisé une mammographie au cours des deux dernières années, soit 8 points de moins que la moyenne de l'OCDE. En dépit de la mobilisation des pouvoirs publics et des professionnels de santé, les incitations

(Suite page 3)

Le mot de la présidente (suite)

son refus explicitement de son vivant. Cependant, le nombre de greffes reste insuffisant en France, en raison du manque des organisations des hôpitaux et quelques résistances familiales. En Espagne, cette réforme a aussi été mise en place depuis longtemps, mais elle a été accompagnée d'une politique volontariste impliquant fortement le système de soins pour organiser les dons et solliciter les familles. Et cela a considérablement augmenté les dons.

Tirole, prix Nobel en 2014, s'est interrogé sur les motivations des donneurs et des familles des donneurs. La décision repose sur des motivations extrinsèques, comme les rémunérations et autres incitations monétaires, mais surtout sur leurs motivations intrinsèques. Celles-ci recouvrent des motivations altruistes (pour sa famille ou des inconnus) mais aussi des motivations plus personnelles, comme la bonne image de soi. C'est pourquoi une récompense pourrait être plus efficace qu'une rémunération monétaire directe, qui pourrait paraître immorale pour certains. L'anonymat du don interdisant les remerciements publics, une solution pourrait être de pleinement dédommager les donneurs vivants et d'offrir, dans le cas des donneurs décédés, une participation à la prise en charge des obsèques afin d'honorer le défunt donneur. Bien évidemment, cela réduirait le coût des obsèques pour les familles mais pourrait paraître acceptable.

Alvin Roth, Prix Nobel d'économie en 2012, s'est également interrogé sur le faible nombre de donneurs vivants et a développé une approche innovante pour résoudre ce problème spécifique

de "marché répugnant". Un marché est dit répugnant lorsqu'il existe des biens pour lesquels certains souhaitent réaliser des transactions (les offrir, les demander) alors que d'autres désaprouvent ces transactions pour des raisons éthiques alors même qu'elles ne les affectent pas directement. La vente d'organes en fait partie. Mais interdire la rémunération crée un marché où le prix est fixé à zéro, générant pénurie d'organes et listes d'attente interminables. Sa solution réside dans un système d'échange "rein contre rein" : si A a besoin d'un rein mais que son proche B ne peut lui donner (incompatibilité), et que C se trouve dans la même situation avec son proche D, alors B donne son rein à C et D donne le sien à A. Cette "chaîne d'échange" contourne l'incompatibilité sans rémunération, multipliant les possibilités de greffe tout en respectant les principes éthiques. Mettre en place ce type de marché impose toutefois d'élargir l'ensemble des donneurs potentiels à des personnes non proches, ce qui est aujourd'hui interdit.

Un second levier est évidemment la prévention primaire et secondaire. De nouveaux traitements permettent de ralentir la progression de la maladie rénale. Mais 10% seulement des malades rénaux connaissent leur maladie en France. Il est donc temps aussi de véritablement organiser le dépistage de la maladie rénale. ■

Florence Jusot
Présidente du Collège
des économistes de la santé

Collège des économistes de la santé
CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse Bâtiment 15/16
16, avenue Paul Vaillant Couturier – 94807 Villejuif cedex
E-mail : ces@ces-asso.org Site internet : www.ces-asso.org

Directrice de rédaction : Florence Jusot, assistée de Thomas Barnay
Secrétariat de rédaction : Géraldine Ragaru

IRDES **Conception maquette :** Franck-Séverin Clérembault (Irdes), Anne Evans (Irdes)
Mise en page : Damien Le Torrec (Irdes) - **ISSN :** 2266-7857

Comité de coordination scientifique :
Thomas Barnay, Sandrine Bourguignon, Carine Franc, Marlène Guillou, Florence Jusot

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

ÉDITORIAL, suite...

financières via la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) ne semblent pas en mesure de faire infléchir les pratiques. La vaccination antigrippale est en recul : seuls 54,3 % des 65 ans et plus sont vaccinés, et la couverture des personnes à risque chute à 25,2 %. En matière de dépistages, le cancer du col de l'utérus recule (-2,7 points), tandis que ceux du sein et du colorectal restent stables. Enfin, les indicateurs de iatrogénie médicamenteuse ne progressent pas : 4,2 % des plus de 75 ans (hors ALD psychiatriques) reçoivent toujours des psychotropes, et 45 % des généralistes dépassent encore l'objectif cible (Assurance maladie, 2025).

Face à ces constats, un levier de prévention primaire, accessible et relativement peu coûteux, apparaît sous-exploité : la pratique physique et sportive. Ses bénéfices sur la santé physique, la santé mentale, la productivité et la qualité de vie sont largement documentés. Si la France se compare honorablement à ses voisins européens en termes de pratique globale, le gradient social y reste très marqué. Seuls 34 % des travailleurs indépendants déclarent pratiquer régulièrement une activité physique et sportive contre 45 % des ouvriers et 48% des cadres. Les personnes au foyer (83 %), les chômeurs (79 %) et les personnes de plus de 55 ans (67 %) sont surreprésentées parmi les non-pratiquants (Eurobaromètre « Activité physique et sport », 2022). Les obstacles sont multiples : manque de temps, manque de motivation, coût, accessibilité inégale aux équipements. La sensibilisation aux vertus préventives du sport reste insuffisante, alors même que l'activité physique pourrait constituer un outil majeur de lutte contre les maladies chroniques.

Conscients de ces enjeux, les pouvoirs publics ont accru leurs efforts. L'État consacre environ 6,7 milliards d'euros par an au sport, dont 5,7 milliards via l'Éducation nationale pour les enseignants et la formation, et 1 milliard via le Ministère des Sports (dont 461 millions versés à l'Agence nationale du sport). En 2023, 2 010 projets sportifs ont bénéficié de 212 millions d'eu-

ros de subventions, générant 1,2 milliard d'euros d'investissements, tandis qu'un plan de 300 millions d'euros est programmé sur 2024-2026 pour renforcer les équipements sportifs.

Mais au-delà de l'investissement matériel, l'État a également reconnu la valeur thérapeutique du sport à travers l'Activité physique adaptée (APA). La loi de 2016 a instauré le « sport sur ordonnance », permettant aux médecins de prescrire une APA aux patients atteints d'affections de longue durée. Depuis 2022, ce dispositif a été élargi : il s'adresse désormais aussi aux personnes souffrant de maladies chroniques, de facteurs de risque ou en perte d'autonomie, et peut être prescrit par tout médecin, avec un renouvellement possible par les kinésithérapeutes. Les maisons Sport-Santé, désormais inscrites dans le Code de la santé publique, jouent un rôle clé en structurant et en encadrant cette offre pour la rendre plus accessible.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la 28^e Conférence thématique du Collège des Économistes de la Santé, organisée avec la Mutualité Française. Elle ambitionne d'explorer comment l'activité physique peut devenir un véritable pilier de la prévention en santé publique, en contribuant à réduire les risques de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'obésité et même de certains cancers. À travers deux tables rondes – « Pourquoi ? Pour qui ? » (Table 1) et « Comment ? Par qui ? » (Table 2) – chercheurs, experts, acteurs institutionnels et professionnels de santé sont invités à réfléchir collectivement aux leviers et aux actions concrètes permettant de promouvoir la pratique physique et sportive dans une démarche de prévention efficace, équitable et durable. ■

Thomas Barnay,
Professeur des Universités, UPEC,
Vice-Président du Collège des Économistes de la Santé
en charge des affaires scientifiques

Cette Conférence thématique du Collège a été organisée
à la Mutualité Française, le 26 novembre 2024
Elle s'est tenue en présentiel et en visio-conférence.



Introduction

Éric Chénut et Florence Jusot

Eric Chénut *Président de la Mutualité Française*

Nous sommes heureux de vous accueillir dans nos nouveaux locaux pour cette conférence. Pour nous, ce partenariat avec le Collège des économistes de la santé est important, car nous croyons à l'intérêt des travaux scientifiques (qu'il s'agisse des travaux universitaires ou des recherches) pour nourrir la réflexion en amont de l'élaboration des politiques publiques et de leur évaluation. Cela nous permet de tendre vers des politiques publiques plus efficientes, et plus appréciables aussi par nos concitoyens. Cela permet donc, dans ce cadre-là, de nous situer dans une approche plus démocratique, s'appuyant sur le débat politique, parlementaire et citoyen, notamment sur les sujets de santé.

Le thème que vous avez choisi nous parle. Les enjeux autour du Sport-Santé, de l'activité physique et de l'alimentation font partie des déterminants majeurs de santé. Notre pays reste dans une culture curative, non préventive, et encore moins de santé publique. C'est regrettable. La crise sanitaire a révélé notre retard par rapport à d'autres pays. Cependant, quand nos concitoyens comprennent les enjeux, ils adoptent les bons gestes. Cela doit nous encourager. Il ne suffit pas que l'on ajoute le terme « prévention » dans l'intitulé du Ministère de la Santé, il faut surtout que cela se traduise dans les politiques publiques et dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Depuis 2022, cela n'a pas été totalement formalisé. Mais cela commence : cette année, les complémentaires santé travaillent avec les syndicats médicaux et l'Assurance maladie sur la prévention bucodentaire : c'est un engagement concret, une avancée nécessaire, mais insuffisante. Il faut aussi progresser sur l'alimentation et la prévention de la sédentarité.

En prévention, nous avons de grandes attentes. Il faut donner aux organismes complémentaires d'Assurance maladie la capacité d'être plus actifs. Cela nécessite de la confiance pour utiliser les données et gérer le risque, mais aussi pour permettre que la prévention soit recon-

nue comme une prestation en nature, intégrée aux contrats complémentaires. Cela résoudra des problèmes liés à la Cnil, au RGPD et à d'autres règlements. Il y a aussi une question fiscale prégnante : aujourd'hui, les mutuelles sont taxées à 35 % pour les actions de prévention, avec 14 % de taxe additionnelle sur l'assurance et 20 % de TVA. Comme elles ne récupèrent pas la TVA, la situation est aberrante. Un hamburger dans un fast-food bénéficie d'une TVA réduite. Il y a donc une incohérence flagrante dans l'attribution de la fiscalité.

Pour finir, quelques mots sur le coût humain, économique et social de l'inactivité physique et de la mal-alimentation. Depuis 2010, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité importante sont devenues les premières causes de mortalité évitables. C'est donc un enjeu fondamental en France, en Europe et dans le monde, d'agir dans ce domaine.

En France, le coût pour l'Assurance maladie est considérable : 140 milliards d'euros pour la sédentarité, et plus de 100 milliards d'euros pour les maladies cardiovasculaires et les pathologies chroniques. Compte tenu de l'état très difficile des finances publiques, il est nécessaire d'agir ensemble de manière pluriannuelle et programmée, sous l'égide de l'État, avec une collaboration entre l'Assurance maladie, les complémentaires santé, l'État et les collectivités territoriales. L'État ne peut pas tout faire seul, surtout pour atteindre les populations les plus éloignées.

Les inégalités économiques et sociales s'ajoutent aux inégalités face aux déterminants de santé. Pour une approche cohérente, il est important d'agir sur tous les déterminants de santé : éducation, conditions de travail, logement, transports et infrastructures sportives. Une action concertée et pluriannuelle associant tous les acteurs est nécessaire pour être efficace. C'est ce que nous portons à travers l'Observatoire Sport-Santé publié cette année par la Mutualité Française. ■

Florence Jusot *Présidente du Collège des Economistes de la Santé*

Merci pour cette introduction. Nous sommes également convaincus que notre système manque sérieusement de prévention. C'est pourquoi nous avons choisi de travailler avec vous sur cette question. Cela soulève aussi des questions sur les frontières de la solidarité, que ce soit pour l'Assurance maladie obligatoire ou les complémentaires, et sur les instruments à mettre en place pour promouvoir cette prévention.

Il faut aussi se demander pour qui l'activité physique doit être pensée comme un moyen de prévention, et où se

situe la limite entre le sport pour le loisir et pour la santé. Est-ce que cela concerne uniquement les populations déjà malades, ou aussi celles en bonne santé ? C'est pour cela que nous avons choisi ce sujet.

Nous aurons deux Tables rondes. La première définira notre objet et de quoi nous parlerons aujourd'hui. La seconde portera sur les moyens mis en œuvre pour leur efficacité. ■

TABLE RONDE 1

Activité physique et sportive et prévention : Pourquoi ? Pour qui ?

Marlène Guillon
Maître de conférences, Université de Montpellier

Aujourd'hui, nous avons trois intervenants : Monsieur Ridde du Ministère des Sports, Monsieur Obrecht de l'Assurance maladie et Monsieur Suzzoni qui dirige la maison Sport-Santé Mon Stade à Paris.

On introduction va définir certains termes et expliquer pourquoi l'activité physique est importante pour la prévention et quel type de prévention. Ensuite, chaque intervenant se présentera et présentera son institution, l'enjeu de l'activité physique au sein de celle-ci, et les dispositifs et initiatives déjà en place. Nous aurons ensuite une session de questions-réponses structurée autour de trois questions, suivie d'une discussion avec la salle.

Tout d'abord, de quoi parle-t-on ? La sédentarité correspond au temps passé assis ou allongé en dehors du sommeil, que ce soit au travail, à l'école, devant des écrans ou lors de déplacements. L'activité physique, quant à elle, inclut tout mouvement corporel qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du repos. Cela inclut l'activité sportive, mais ne s'y limite pas. L'activité physique peut se faire pendant les loisirs, au travail, lors de déplacements actifs, et dans les activités quotidiennes.

La sédentarité et l'activité physique ont toutes deux des impacts négatifs sur la santé, et leur combinaison peut aggraver ces effets. Par exemple, pour les personnes très sédentaires, pratiquer une activité physique en dehors des heures de travail ne compense pas entièrement la sédentarité. Il est donc crucial d'agir sur ces deux leviers : réduire la sédentarité et augmenter l'activité physique.

Enfin, nous parlerons de l'APA (Activité physique adaptée), qui est plus récente. Il s'agit de programmes structurés et limités dans le temps, avec des exercices dispensés par un professionnel de l'APA. Ces programmes accompagnent souvent des patients atteints de maladies chroniques dans un cadre sécurisé. Depuis 2016, l'APA peut être prescrite aux patients en affection de longue durée et a été élargie à tous les patients présentant des pathologies chroniques.

Quelques mots sur les recommandations en France concernant la sédentarité et l'activité physique. Pour la sédentarité, le Ministère de la Santé recommande de réduire au maximum le temps passé assis, et de se lever au moins toutes les 2 heures pour se mettre en mouvement.

Pour l'activité physique, les recommandations varient selon l'âge. Pour les adultes, il est conseillé de pratiquer 30 minutes d'activité physique modérée au moins 5 fois par semaine, soit 150 minutes par semaine, comme recommandé par l'OMS. En plus, il est recommandé de faire des activités de renforcement musculaire, d'assouplissement ou d'équilibre au moins 2 fois par semaine.

Pour les enfants et adolescents, les recommandations sont doublées : 60 minutes d'activité physique au moins 5 fois par semaine, soit 300 minutes par semaine, avec des activités intenses au moins 3 fois par semaine.

En France, selon l'étude Inca 3 menée en 2017 par l'Anses, 38 % des adultes passent plus de 8 heures par jour dans un comportement sédentaire. Il n'y a pas de différence par sexe, mais les jeunes adultes (18-44 ans) sont plus sédentaires que les 45-64 ans. Il existe aussi un gradient social : les personnes plus diplômées passent plus de temps en sédentarité totale (7h30) que celles moins diplômées (6h20).

Cependant, la composition du temps sédentaire varie beaucoup en fonction du niveau d'éducation. Si on regarde le temps hors écrans de loisirs, les personnes les plus diplômées (Bac+4 et plus) passent entre 3 heures et 3 heures 40 en sédentarité, contre moins d'une heure pour celles avec un niveau d'étude le plus faible (< Baccalauréat). Cela s'explique par le fait que les emplois des moins diplômés sont moins souvent dans le tertiaire, devant un ordinateur, etc. Cependant, les moins diplômés passent plus de temps devant des écrans de loisirs (5h30) que les plus diplômés (moins de 4h). Il ne suffit donc pas de regarder les temps totaux, il faut aller plus loin dans la décomposition de ces temps de sédentarité. C'est là que l'on voit apparaître des inégalités.

Pour l'activité physique, 58 % des adultes atteignent le seuil de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine. Cependant, il y a une différence importante par sexe : 70 % des hommes atteignent ce seuil, contre seulement 41 % des femmes. Contrairement à la sédentarité, il n'y a pas de différence par âge.

On observe un gradient social dans l'activité physique, influencé par le niveau d'éducation. La durée totale d'activité physique ne varie pas beaucoup selon le diplôme, mais sa composition diffère. Les personnes les plus éduquées (Bac +4 et plus) passent plus de temps à pratiquer du sport et à utiliser des transports actifs. En revanche, les moins éduquées (< Baccalauréat) ont plus d'activité physique liée au travail, aux loisirs et aux tâches domestiques.

Pour les enfants, les chiffres sont préoccupants. Selon l'observation nationale de l'activité physique et sportive, 19 % des garçons et 25 % des filles de 6 à 17 ans passent au moins 2 heures par jour devant un écran. De plus, 37 % des enfants de 6 à 10 ans et 73 % des jeunes de 11 à 17 ans n'atteignent pas les recommandations d'activité physique pour leur âge.

Pourquoi l'activité physique est-elle importante en prévention ? Les bénéfices pour la santé sont bien établis, tant en prévention primaire (prévenir les maladies)

Table ronde 1

Marlène Guillon

qu'en prévention tertiaire (limiter les complications et rechutes). Ces bénéfices concernent les maladies métaboliques (diabète), les maladies cardiovasculaires (AVC, insuffisance cardiaque), les maladies respiratoires (asthme, BPCO), les pathologies ostéoarticulaires (lombalgies, arthrose, rhumatismes inflammatoires), les cancers et les pathologies psychiques (dépression, schizophrénie). Cependant, en prévention primaire, le rapport risques/bénéfices est moins favorable pour certaines populations, comme les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées, en raison des risques de blessures et de l'exposition à la pollution.

En plus des bénéfices sanitaires, il y a des avantages économiques directs (réduction des dépenses de santé) et indirects (limitation des pertes de productivité). En prévention tertiaire, les programmes d'APA sont efficaces pour traiter de nombreuses pathologies, comme les troubles musculosquelettiques, les pathologies ostéoarticulaires et les maladies cardiovasculaires. Les preuves sont moins solides – bien que des éléments existent, mais les études soient moins nombreuses et les résultats plus divergents – pour les troubles neurologiques, les maladies mentales, les maladies respiratoires et le diabète. Ces programmes sont souvent protéiformes et à composantes multiples, ce qui rend difficile l'isolement de l'effet pur de l'activité physique.

En prévention primaire, le caractère coût-efficace des interventions d'activité physique est moins clairement établi qu'en prévention tertiaire, en raison d'abord de la diversité des programmes. En prévention tertiaire, les programmes d'APA sont très structurés. En prévention primaire, les interventions peuvent inclure des programmes similaires, mais aussi des conseils en activité physique, des campagnes médiatiques de masse et des aménagements du territoire pour favoriser les déplacements actifs... Donc étant donné cette diversité dans les

programmes proposés, on retrouve une hétérogénéité plus importante dans l'efficience de ces programmes.

De plus, la prévention primaire cible une population plus large, allant des enfants aux personnes âgées, et varie selon les facteurs de risque. Certains programmes ciblent des individus à risque, d'autres l'ensemble de la population. Le niveau d'efficience n'est donc pas le même.

La littérature fournit des éléments sur l'efficience des programmes d'activité physique en prévention primaire en fonction du type de population. Chez les adultes, il a été clairement établi que les interventions brèves comme les conseils, les programmes de marche non supervisés et les programmes avec podomètres sont efficaces. En revanche, les interventions de professionnels ou les programmes d'activités physiques supervisés ont un niveau de preuve insuffisant.

Chez les enfants et adolescents, les interventions en milieu scolaire sont efficaces, mais celles dans les milieux de vie disposent d'un niveau de preuve plus faible.

Pour les personnes âgées, les programmes de prévention des chutes sont reconnus comme très efficaces. Cependant, les programmes de conseil en activité physique supervisée nécessitent encore des évaluations supplémentaires.

Pour la population générale, les campagnes médiatiques à grande échelle sont efficaces car elles sont peu coûteuses, même si leur effet n'est pas énorme. La modification de l'environnement pour favoriser les déplacements actifs est également très efficiente. En revanche, les programmes à composantes multiples, incluant des éléments nutritionnels, ont un niveau de preuve moins bon en raison de leur hétérogénéité. ■

Alexis Ridde

Ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative

Je travaille au Ministère des Sports, où je suis responsable de l'accès aux pratiques sportives tout au long de la vie.

Le Ministère des Sports soutient certes la performance et les résultats sportifs, mais il cherche aussi à développer la pratique du sport pour tous, à tout âge. Mon bureau est responsable de ces politiques publiques. Depuis le début des années 2000, nos politiques s'intéressent de plus en plus à l'impact de l'activité physique sur la santé et intégrer une approche de santé publique dans le développement de la pratique sportive.

Aujourd'hui, nous avons une politique publique de développement du Sport-Santé. Cette politique évolue

constamment avec de nouvelles initiatives et jalons. Par exemple, il y a des rapports, comme ceux de l'Inserm ou de la Haute Autorité de Santé, et des plans de politique publique comme en 2012, où le premier grand plan national sur le Sport-Santé et le bien-être a été lancé par le Ministère des Sports et le Ministère de la Santé, avec des stratégies régionales. En 2019, une stratégie nationale du Sport-Santé a été mise en place.

Nous organisons aussi régulièrement des opérations et des communications pour sensibiliser la population à l'importance de l'activité physique pour la santé. La crise du COVID-19 a joué un rôle important dans cette prise de conscience. Les personnes les plus actives ont été moins durement touchées, tandis que la sédentarité due

aux confinements a eu des effets négatifs. Cela a permis à la population de mieux comprendre et ressentir l'importance de l'activité physique pour la santé.

En 2024, année des Jeux Olympiques et Paralympiques, il y a eu une forte communication sur l'importance du sport et de l'activité physique. Nous avons profité de cet élan pour faire de l'activité physique et sportive la grande cause nationale 2024, en mettant l'accent sur la santé publique. De nombreuses activités et partenariats ont été mis en place, notamment avec l'Assurance maladie, pour mieux sensibiliser et communiquer avec la population sur ces sujets.

Nous avons aujourd'hui une politique interministérielle en matière de Sport-Santé, copilotée par le Ministère des Sports et le Ministère de la Santé, et impliquant presque tous les autres ministères. L'Éducation Nationale, l'Enseignement Supérieur, la Fonction Publique, le Travail, chacun porte des actions dans son domaine. Cette stratégie est mise en œuvre par tous ces acteurs, en coopération avec les collectivités territoriales, les acteurs privés, le mouvement associatif et le mouvement sportif.

L'idée de cette stratégie était d'avoir l'approche la plus large possible, puisqu'il s'agissait de la première stratégie nationale sur le Sport-Santé. **L'objectif était d'inclure toutes les actions de promotion de l'activité physique et sportive pour promouvoir la santé et le bien-être par le sport.** Dans ce cadre-là ont donc été incluses toutes les politiques publiques de développement de la pratique, comme le sport à l'école, en entreprise, pour les personnes en situation de handicap... Toutes les stratégies qui existent déjà et qui sont pilotées par le Ministère des Sports ont vocation à contribuer à cette stratégie nationale du Sport-Santé, soit directement par des références explicites et des projets spécifiques, soit indirectement en contribuant au développement et à l'augmentation de la pratique.

Un deuxième axe de cette stratégie visait l'activité physique adaptée. L'idée est de développer le recours à l'activité physique adaptée à travers des initiatives pour sensibiliser les acteurs de la santé à l'importance de l'activité physique et sportive – et notamment les médecins à la prescription – et le mouvement sportif à l'importance de développer une offre spécifique, puisqu'en France, les fédérations sportives sont centrées sur la performance, les championnats, et le calendrier sportif. Il est important pour notre ministère d'accompagner le mouvement sportif vers des activités axées sur la santé et le bien-être en plus des actions axées sur la performance. Aujourd'hui, la plupart des fédérations sportives ont pris ce virage, certaines de manière très spécifique, d'autres de façon plus générale.

Le troisième axe de la stratégie nationale concerne la santé des sportifs, un aspect du Sport-Santé.

Le quatrième axe porte sur la connaissance, la sensibilisation et l'information du grand public. Plusieurs campagnes ont été développées dans ce cadre-là.

Au cœur de cette stratégie, il y a un programme spécifique développé à partir de 2019 appelé « maisons Sport-Santé ». L'idée était de créer, dans un champ en perpétuel développement et dans un écosystème relativement complexe, des points focaux, c'est-à-dire des lieux où tous les acteurs pourraient se retrouver et où la complexité du champ serait prise en charge. Nous avons d'abord lancé un appel à projets, puis nous avons labellisé certains acteurs du Sport-Santé dans le cadre de ce programme. L'idée n'était pas de créer un modèle national et de l'implanter sur le territoire, mais de faire émerger des projets des territoires et de leur accorder un label, et désormais une habilitation après vérification du respect d'un cahier des charges précis.

Aujourd'hui, les maisons Sport-Santé, qui sont plus de 500 en France, sont habilitées au niveau régional par les ARS et les DRAJES. Elles ne dépendent pas directement du Ministère des Sports. Ces structures peuvent être variées : associations, collectivités, organisations à but lucratif, clubs sportifs, établissements de santé. Elles doivent respecter un cahier des charges et accueillir tout le monde. N'importe qui peut aller dans une maison Sport-Santé pour obtenir des informations, être orienté ou pris en charge. Beaucoup proposent aussi une prise en charge directe.

Ce réseau est essentiel car il est au cœur de la stratégie nationale Sport-Santé. Vous entendrez tout à l'heure un témoignage d'une maison Sport-Santé spécifique. Dans les années à venir, nous voulons consolider et renforcer ce réseau. Actuellement, le principal problème de cette stratégie est le financement des structures, notamment des maisons Sport-Santé. Le financement varie selon la nature et la localisation de chaque maison. Le Ministère des Sports assure un financement minimal, mais les maisons Sport-Santé se développent grâce à des projets et des financements multiples selon les acteurs locaux.

Un autre enjeu est la prise en charge de l'activité physique adaptée. C'est un sujet en débat depuis quelques années avec plusieurs initiatives et expérimentations, mais nous n'avons pas encore de modèle fiable. Ce sont les perspectives à moyen terme de la stratégie nationale Sport-Santé.

À court terme, nous travaillons sur une nouvelle stratégie car l'actuelle se termine en 2024. Nous préparons la prochaine. **En 2025, la grande cause nationale sera la santé mentale, succédant à l'activité physique.** Ce passage est intéressant car il y a des liens forts entre les deux. Nous voulons faire reconnaître le rôle de l'activité physique et sportive sur la santé mentale. Il y aura donc un axe fort sur le sport et la santé mentale l'année prochaine. Voilà le cadre général de la stratégie Sport-Santé. ■

Table ronde 1

Olivier Obrecht

Olivier Obrecht

Assurance maladie

Quand on invite l'Assurance maladie, c'est souvent pour parler d'argent, mais on ne va pas en parler tout de suite. Je vais d'abord expliquer **pourquoi on s'intéresse à ce sujet**. Environ 60 % des dépenses de santé sont dues aux maladies chroniques. En 2022, cela représentait environ 112 milliards d'euros. Les maladies cardiovasculaires, la santé mentale et les cancers représentent presque 80 % de ces dépenses, soit environ 100 milliards d'euros pour ces trois grands groupes de pathologies.

Cette concentration des dépenses sur quelques maladies nous interpelle. Même si l'Assurance maladie en France s'est construite autour de la prise en charge de la maladie – ce n'est pas un hasard si elle s'appelle « Assurance maladie » et non « Assurance santé », c'est le fruit de notre histoire – notre système de santé est principalement axé sur la prise en charge du malade, et donc sur la réparation du risque survenu, plutôt que sur sa prévention. Cela le différencie de certains autres systèmes de santé avec une logique beaucoup plus bürgerdien, où une plus grande importance est accordée au maintien de la santé plutôt qu'à sa restauration.

Cela signifie que **notre système de prise en charge est très largement structuré autour du soin curatif**. Avec le vieillissement de la population, nous faisons face à un mur de pathologies dans les 10 à 15 prochaines années. Il est crucial de prévenir et dépister les maladies chez les personnes en bonne santé et d'éviter l'aggravation chez les malades. Cela introduit la notion de prévention, qui est au cœur de notre discussion aujourd'hui sur l'APA (Activité physique adaptée).

Nous avons eu pendant un bref moment un Ministère de la santé et de la prévention. Néanmoins, cela ne veut pas dire que le sujet n'est plus à l'ordre du jour, bien au contraire. Tout le monde a bien compris que la façon d'éviter le terrible écart que nous avons depuis plusieurs années entre l'argent que notre système de santé vote au Parlement comme consacré à la santé (l'Ondam) et les dépenses réelles constatées – il y a aujourd'hui un écart important, mis à part les années COVID, mais même depuis le post-COVID 2022, 2023, 2024, le déficit annuel de l'Assurance maladie dépasse largement 10 milliards d'euros. On voit bien que cette pente n'est pas tenable très longtemps, surtout avec la doxa de notre pays qui est la non-augmentation des prélèvements sociaux, donc la non-augmentation des ressources du système.

D'un côté, on a un système avec des ressources finies votées par le Parlement, et de l'autre, un système ouvert économiquement, c'est-à-dire qu'on ne peut pas définir *a priori* les dépenses finales de l'année en cours. Pour 2024, ce sont près de 14 milliards de déficit annoncé.

Pourquoi dire tout cela en préambule ? L'enjeu est de mettre l'accent sur la prévention secondaire et tertiaire. La prévention secondaire n'est pas le sujet aujourd'hui. Il s'agit de faire en sorte que tous nos concitoyens déjà à risque le prennent mieux en compte dans leur vie. L'hypertension artérielle est souvent négligée, l'hypercholestérolémie est ignorée, le diabète est minimisé. Combien de fois entend-on : « *Il a un petit diabète* ». Mais il a un gros risque d'AVC, d'infarctus et autre maladie rénale. Donc, l'axe fort que l'Assurance maladie promeut dans son rapport « Charges et Produits » annuel depuis plusieurs années, c'est le dépistage renforcé de ces facteurs de risque méconnus.

Nous avons un outil magique dont j'espère que les Français se saisiront, même s'il faut encore en assurer la promotion. C'est à nous de le renforcer, il s'agit de « **Mon Bilan Prévention** ». Ces consultations sont prévues à certains moments clés de la vie : 18-25, 45-50, 60-65, 70-75. Ce sont les quatre temps importants de la vie. Nous avons l'intention de commencer cette année par le diabète et de continuer l'année prochaine avec les maladies rénales chroniques, en ayant une politique proactive de repérage de ces risques au moment du bilan de milieu de vie, c'est-à-dire le bilan 45-50. Cela ne veut pas dire que les autres ne sont pas utiles, mais en cas de facteur de risque cardiovasculaire et de modification attendue ou souhaitable du mode de vie, c'est le bon moment pour se poser des questions sur sa consommation d'alcool, de tabac, sa sédentarité, et éventuellement l'opportunité de se remettre à faire de l'activité physique, voire du sport pour les plus motivés. En tout cas, ce sont ces moments-clés que nous souhaitons promouvoir.

Ensuite, la prévention tertiaire que vous avez évoquée concerne la prévention de l'aggravation des maladies. On sait que dans de nombreux domaines, la Haute Autorité de Santé a montré qu'une activité physique adaptée apporte un bénéfice direct. Le domaine des maladies cardiovasculaires est particulièrement emblématique, mais aussi le cancer, notamment pour les femmes atteintes de cancer du sein. Par exemple, le tir à l'arc, mais pas seulement... Des activités physiques ont clairement démontré qu'elles améliorent le pronostic et la qualité de vie des personnes concernées.

Vous pourriez me demander pourquoi tout cela n'est pas pris en charge. Il existe plusieurs raisons. **Tout d'abord, il faut être capable de « normer » la prise en charge**. Il faut définir les bons protocoles pour les bonnes personnes avec des acteurs formés pour cela. Monsieur Ridde a signalé que la création des maisons Sport-Santé est un immense pas en avant. Cela nous donne l'opportunité d'avoir des lieux repérés où des professionnels qualifiés exercent et peuvent mettre en œuvre des bilans et orienter les personnes avec un certain nombre d'opérateurs formés, qu'il s'agisse de fédérations sportives ou

de maisons Sport-Santé elles-mêmes qui ont des programmes spécifiques d'APA.

La seconde condition est de continuer à évaluer les dispositifs que l'on met en place. Mettre en place un programme d'APA est une chose, mais il faut savoir s'il y a un bénéfice individuel direct pour les personnes après six mois, un an ou deux ans. Actuellement, nous sommes en cours d'évaluation. Vous savez qu'il y a un certain nombre d'expérimentations appelées Article 51, une possibilité ouverte par la LFSS en 2018 pour construire des programmes dérogatoires sur le plan de la prise en charge, permettant un financement opérationnel pour mettre en place beaucoup de choses en dehors de l'APA. Sur la centaine de programmes en cours d'évaluation, 27 comprennent une dimension avec une activité physique adaptée, dont 9 ont pour objectif principal la mise en place de l'APA. L'un d'eux, dont l'évaluation vient de s'achever, montre des résultats positifs. Ce programme, appelé « As du cœur », montre que pour des patients ayant eu un événement cardiaque et passant par un SMR (service de réadaptation), ceux qui entraient dans un programme structuré d'APA ont gardé une autonomie un an et demi après le programme. Ils ont maintenu une activité physique, ce qui est un vrai avantage pour l'Assurance maladie, car ces personnes ont une bonne probabilité de ne pas récidiver ou de ne pas s'aggraver à court terme, au regard de leur maladie chronique déjà constituée.

À partir de là, nous travaillons avec le Ministère de la Santé, car les programmes Article 51 sont copilotés par l'Assurance maladie et le Ministère de la Santé. Nous devons trouver un financement pérenne pour ce genre de programme.

Aujourd'hui, en France, rien que pour les maladies cardiovasculaires, environ 8,5 millions de patients sont concernés, hors hypertension artérielle. Cela inclut les personnes avec une maladie coronarienne, une insuffisance cardiaque, une BPCO, un diabète, une insuffisance rénale. Cela représente 8,5 millions de malades. On sait qu'un programme structuré d'APA dans les programmes Article 51 est généralement financé entre 250 et 400 euros par personne, disons 300 euros. Si on multiplie par 8,5 millions, cela fait 2,5 milliards d'euros. Si demain on décidait de financer tous les malades chroniques cardiovasculaires, sans parler des malades atteints de cancer ou de troubles de la santé mentale, on voit bien que ce n'est pas possible. D'abord, parce qu'on n'a pas les structures pour le faire, ensuite parce qu'on n'a pas assez de professionnels formés. Enfin, compte tenu du contexte économique évoqué précédemment, il est évident qu'on ne peut pas aujourd'hui abonder à cette hauteur-là.

Pour autant, si on considère qu'on a environ un million de nouveaux patients chaque année atteints d'une maladie cardiovasculaire chronique, multiplié par 300, ça fait 300 millions. Et cela correspond à des dépenses de santé dans un contexte structuré et protocolisé avec une participation des assureurs complémentaires. Cela signifie

qu'on doit encore progresser sur l'organisation du secteur. Je m'arrête là sur la partie théorique.

En pratique, on a profité des Jeux Olympiques pour relayer le message de la puissance publique en direction du « bouger ». On s'est associé dans des actions régionales montées avec les DRAJES, les ARS. L'Assurance maladie était présente à chaque fois pour sensibiliser l'ensemble de la population mondiale, là on a vraiment un enjeu éthique, un enjeu social, qu'on doit partager.

Le deuxième élément, c'est que nous avons profité de la re-labellisation des 492 maisons Sport-Santé françaises pour les faire connaître aux prescripteurs. Nous avons informé par nos outils habituels tous les médecins, infirmières, pharmaciens et sage-femmes de France, de la possibilité d'avoir recours à une maison Sport-Santé dans leur territoire. Nous leur avons également diffusé le site du ministère qui référence toutes les maisons Sport-Santé.

Nous avons rencontré les médecins prescripteurs, notamment les 50 000 généralistes français, pour leur porter ce message et les aider à prescrire l'APA, grâce aux informations de la HAS disponibles, sur leur espace professionnel. Nous leur avons aussi donné l'adresse de toutes les maisons Sport-Santé. Lors d'une enquête BVA sur la promotion du sujet, nous avons découvert que **les médecins ne prescrivent pas pour deux raisons**. La première est qu'ils rencontrent encore des difficultés à faire comprendre ce qu'est l'APA par rapport à leurs prescriptions, par exemple pour une personne atteinte d'insuffisance respiratoire. La seconde raison est qu'ils ne savent pas où envoyer les personnes.

Comme nous tous, un prescripteur déteste être mis en échec dans son activité professionnelle. S'il prescrit une activité physique et que la première question du patient motivé est : « Où dois-je aller docteur ? » et que le docteur n'a pas la réponse, il ne prescrira plus la prochaine fois.

Nous avons donc pris cet élément en compte pour informer tous les prescripteurs des modalités de la prescription et des relais possibles sur leur territoire. Ce n'est pas encore parfait, surtout dans les zones rurales où la maison Sport-Santé est à une demi-heure du domicile de la personne. Mais on peut espérer que cela permettra de donner une ouverture au sujet. On attire également l'attention sur le fait qu'il y a des programmes pour l'enfance que l'Assurance maladie a structurés et généralisés depuis plusieurs années. Le programme s'appelle « **Mission retrouve ton cap** », qui permet à tous les praticiens, notamment les médecins généralistes, d'adresser un enfant en surpoids ou en obésité à une organisation territoriale spécialisée. Cela permet un financement dérogatoire avec l'accès à un psychologue, un diététicien, un EAPA... Ces professionnels, qui ne sont pas toujours conventionnés, permettent une prise en charge coordonnée et protocolisée de ces enfants en surpoids. Nous savons qu'il est crucial de remettre la jeunesse en mouvement. Ainsi, les maires contribuent largement aussi à la

Table ronde 1

Olivier Obrecht

santé publique et au Sport-Santé en éclairant le stade le soir, en faisant des pistes cyclables et en ayant un *skatepark* dans leur commune. Pour que les jeunes sortent de

leur canapé et lèvent le nez de leurs écrans, il faut aussi leur donner la possibilité de faire des activités en dehors des heures scolaires et ouvrables.

Stéphane Suzzoni

Mon Stade (Groupe MGEN), maison Sport-Santé

Les diaporamas de cette présentation sont disponibles sur :

<https://www.mutualite.fr/actualites/le-sport-allie-dune-bonne-sante-le-nouvel-episode-de-la-serie-ensemble/>

Je vais ajouter un témoignage en tant qu'opérateur de services d'activité physique adaptée, et essayer de contribuer à la réflexion sur l'accessibilité de ce soin, reconnu comme une thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé depuis 2011.

Mon Stade est une maison Sport-Santé. Nous prenons en charge 2 000 personnes par an : 1 500 dans notre centre à Paris 13^e, et 500 en milieu professionnel, chez des employeurs qui utilisent l'activité physique pour la prévention santé et l'amélioration de la qualité de vie au travail. Pour cela, nous avons une équipe d'une dizaine d'enseignants en activité physique adaptée. Mon discours se concentrera sur la prévention tertiaire, comme vous l'avez définie. Notre objectif est de limiter les risques d'aggravation ou de complication des pathologies chroniques installées.

Aujourd'hui, Mon Stade est bien établi, mais je vais partager un témoignage de « pionnier ». En 2012, il n'y avait que quelques structures d'APA, principalement des réseaux associatifs comme « Siel Bleu », ou des intervenants présents dans des centres de soins de suite et de réadaptation. À l'époque, l'APA n'était pas encore reconnue comme une thérapeutique à part entière, comme elle peut l'être aujourd'hui.

Lorsque nous avons lancé cette aventure entrepreneuriale en 2012, il n'y avait pas encore de soutien du Ministère de la Santé, ni les actions des Ocam ou du régime obligatoire pour promouvoir l'activité physique. Nous avons donc dû réfléchir par nous-mêmes. Mon associé de l'époque, le docteur Krzentowski, et moi venions tous deux d'établissements de santé. Nous avons imaginé ce qui nous semblait être le meilleur parcours de prise en charge, non pas basé sur les recommandations de la HAS, inexistantes à l'époque, mais sur la littérature internationale et certains guides de bonnes pratiques anglo-saxons. **Notre objectif était d'installer l'activité physique comme un soin efficace, produisant des effets bénéfiques pour le patient sans effets délétères.**

Quel est notre métier ? D'une part, améliorer la condition physique, et d'autre part, modifier durablement les habitudes de vie de nos patients pour les inscrire dans une activité physique conforme aux recommandations.

Nos interventions visent à encourager l'activité physique quotidienne régulière, en limitant les temps de sédentarité et en augmentant les temps actifs, conformément aux recommandations. « Être assis moins » et « Bouger plus » sont les 2 premiers modes d'administration de ce « médicament ». Le troisième est le « Bouger mieux » : l'amélioration de la condition physique.

La littérature scientifique montre que l'amélioration des capacités cardiorespiratoires, des capacités musculaires et de la composition corporelle engendre des mécanismes moléculaires complexes qui aident à lutter contre les symptômes de certaines pathologies comme le diabète, le cancer, et les troubles anxieux ou dépressifs par exemple (il y a plus d'une trentaine de pathologies pour lesquelles il existe des effets positifs probants de l'activité physique). L'activité physique agit comme un médicament, et comme tout médicament, elle doit être dosée correctement. L'effet dose-réponse de l'activité physique demande, outre la définition du type d'exercice, d'être précis sur le dosage de son intensité, de sa fréquence, et de sa durée.

Dans notre logique d'offrir un soin, nous avons donc voulu être le plus précis possible dans la dose individuelle administrée au bénéficiaire. Cela passe par une évaluation préalable fine de la condition physique, avec une analyse des capacités cardiaques et musculaires, ainsi que de la composition corporelle. Nous avons investi dans ce qui nous semblait être les standards en termes de matériel et de compétences, avec la présence d'un cardiologue au sein de la structure.

C'est ainsi que Mon Stade s'est développé. Dans le bilan initial, puisque notre objectif est d'agir sur le comportement, nous sommes là non seulement pour améliorer la condition physique, mais aussi pour mieux connaître la personne que nous allons accompagner.

Nous sommes dans un processus d'éducation thérapeutique, visant à comprendre les leviers et motivations de chaque individu pour l'accompagner dans un programme limité dans le temps. Cela est important, notamment si l'on considère le financement de ces parcours. La plupart des maisons Sport-Santé proposent des programmes de 12 à 16 semaines, avec deux séances par semaine. Cette durée permet de modifier la composition corporelle, les

capacités musculaires et cardiaques, ainsi que d'engager le changement de comportement.

Mon Stade a un modèle qui repose sur cette approche. Notre expérience initiale dans la santé au service du sport de haut niveau a influencé cette approche : un patient mérite la même précision dans l'évaluation et l'individualisation de la préparation physique qu'un sportif. C'est pourquoi nous traitons chaque personne « comme un champion ».

Depuis notre création en 2012, nous constatons un impact significatif sur les indicateurs de condition physique. Peu de surprise de ce côté-là, mais juste la confirmation de ce que l'état des connaissances démontre déjà. Il est évident que lorsqu'une personne avec un niveau très faible suit notre programme, ses capacités s'améliorent à court terme, à condition qu'elle soit adhérente au programme proposé et maintienne une activité régulière.

C'est pourquoi nous sommes aujourd'hui beaucoup plus attentifs à la modification durable des comportements, en intégrant l'amélioration de la condition physique et l'activité physique quotidienne dans les déplacements, la vie professionnelle, les loisirs et la pratique sportive.

Mon Stade, dont je suis directeur et cofondateur, est aujourd'hui une filiale de la MGEN. Nous avons rencontré la MGEN dès les années 2000, car elle était impliquée dans la promotion de l'activité physique, notamment en prévention primaire en direction de la communauté éducative. Et à l'époque, nous avions lancé des projets dans ce domaine.

La MGEN s'est engagée dans la promotion de l'activité physique pour tous les publics, en étant partenaire d'actions en milieu scolaire, en accompagnant des sportifs de haut niveau, véritables ambassadeurs des modes de vie actifs qui peuvent inspirer, en organisant des événements grand public comme les Fitdays, etc. De plus, l'activité physique est intégrée dans les parcours de soin dans les établissements sanitaires de la MGEN, où l'activité physique adaptée est présente.

Aujourd'hui, la MGEN nous soutient dans un projet de recherche appelé Sésame. L'étude Sésame, financée par la MGEN, nous permet de suivre près d'un millier de patients jusqu'à présent, avec deux objectifs principaux.

Le premier objectif est d'étudier l'observance au traitement : est-ce que les patients suivront les 16 semaines d'entraînement que nous proposons, à raison de deux séances par semaine ?

Le deuxième objectif concerne la trajectoire des patients. C'est une étude observationnelle sur 5 ans, et nous reconvoquerons les patients après leur stage initial pour voir s'ils ont maintenu leurs acquis et s'ils ont intégré une activité physique quotidienne pour les conserver.

Le deuxième volet de l'étude, qui est médicoéconomique, vise à étudier l'impact de ce programme sur les événements de santé et la consommation de soins. Le troisième volet, tout aussi intéressant, concerne les pratiques médicales des médecins qui nous envoient des patients, notamment pour savoir si ces médecins sont prescripteurs d'activité physique.

Cette étude aborde plusieurs sujets et pourra aider, comme d'autres expérimentations en cours, à éclairer les décisions des autorités sur l'efficacité et l'accessibilité de l'activité physique comme soin. Il faut agir pour créer de la confiance chez les utilisateurs, qu'ils soient patients ou médecins prescripteurs. C'est pourquoi, en tant qu'offreur de services, je souhaite pouvoir évoluer dans un marché plus et mieux régulé et structuré par les actions des pouvoirs publics. Nous, maisons Sport-Santé, nous devons travailler avec les Autorités sur la standardisation de nos prises en charge, pour offrir des parcours homogènes et de qualité, quel que soit l'endroit où ce service est fourni. Comme les établissements sanitaires, nous devons entrer dans des démarches d'évaluation de la qualité pour faire croître la confiance dans nos compétences et nos services.

Du côté de la demande, le médecin prescripteur doit bien sûr être sensibilisé, sinon formé, mais il doit aussi savoir comment son patient sera pris en charge lorsqu'il oriente un patient vers une maison Sport-Santé. Je salue l'initiative de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) qui engage ses délégués à sensibiliser les médecins. En effet, jusqu'à présent le paradoxe est que notre « médicament », l'activité physique, a des preuves d'efficacité et des évidences scientifiques sur les symptômes, la condition physique et la qualité de vie. Pourtant, c'était le seul médicament sans force de vente, contrairement aux molécules promues par l'industrie pharmaceutique. Aujourd'hui, avec les délégués de la Cnam, nous avons une « force de vente » capable de promouvoir ce médicament auprès des médecins prescripteurs.

Du côté des patients, l'enjeu est d'élargir le nombre de bénéficiaires. Même si 47 % des patients de notre population Sésame présentent des caractéristiques de précarité, je suis frappé de voir que seulement 8 % des bénéficiaires sont fumeurs... alors que les fumeurs représentent 30 % de la population générale. Cela montre que nous touchons des personnes déjà convaincues, qui ont changé un de leurs comportements de santé et sont prêts à agir sur les autres. L'enjeu est d'aller vers les personnes qui sont les plus éloignées de la pratique d'activité physique et, plus généralement, des actions de prévention.

Il faut travailler sur l'incitation à des changements de comportement globaux. Comme le disait Éric Chenut, **la santé repose sur des comportements : bien manger, bien bouger, bien dormir.** Cette éducation doit être renforcée pour que l'activité physique trouve sa place auprès du plus grand nombre. ■

TABLE RONDE 1 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modératrice : Marlène Guillon
Maître de conférences, Université de Montpellier

Marlène Guillon : Merci beaucoup pour vos propos introductifs. Ils ont abordé plusieurs questions dont nous allons discuter maintenant. J'ai organisé la discussion autour de trois grandes questions.

La première question concerne le bilan et les leçons tirées de la prescription du sport sur ordonnance pour les patients en ALD. Il s'agit de faire un état des lieux : combien de patients ont été concernés jusqu'à présent, et quels types de patients ? On sait que l'efficacité dans des essais randomisés est souvent différente de celle observée en vie réelle. Quel est donc le retour d'expérience sur l'efficacité de ces programmes en vie réelle, et quelles difficultés d'implémentation ont été rencontrées ?

Pour l'instant, nous avons principalement prescrit à des patients en ALD. La population cible des malades chroniques est beaucoup plus large. Quelles modalités pratiques et financières peut-on envisager pour généraliser cette prescription à une population cible plus importante ? Vaste programme !

Alexis Ridde : Voici quelques éléments de réponse. La prescription de l'activité physique n'est pas incluse dans les objectifs du médecin, donc elle n'est pas suivie en tant que telle. Nous n'avons pas de chiffres sur le nombre de prescriptions faites. Les chiffres disponibles concernent l'activité des maisons Sport-Santé et le public accueilli dans ces maisons.

Sur un échantillon de moins de 500 maisons Sport-Santé l'année dernière – aujourd'hui, il y en a environ 520 – environ 200 000 personnes ont été accueillies, dont 60 000 avec une prescription. Ce n'est qu'un petit échantillon, mais ce sont les chiffres dont nous disposons. C'est important pour nous que ces personnes ayant une prescription de sport soient effectivement accueillies et orientées.

Ensuite, elles ne sont pas toutes prises en charge par une maison Sport-Santé. Certaines sont accueillies par un club sportif qui les inscrit dans une activité dédiée. D'autres suivent un programme d'APA, avec un bilan de condition physique, un programme de trois, quatre, voire six mois, et un bilan de fin de programme. Aujourd'hui, je pense que c'est encore une minorité de personnes qui en bénéficient.

Nous avons mis en place avec l'Onaps, observatoire nationale de l'activité physique et de la sédentarité, un suivi des activités des maisons Sport-Santé pour ce public. Cela permet de faire remonter les données issues des bilans de conditions physiques. C'est la première

année que nous avons pu le faire à grande échelle et remonter les informations. Nous n'avons pas encore les résultats, mais nous les aurons début 2025. Pour nous, il est important de s'appuyer sur ces évaluations pour développer le programme.

Nous suivons également attentivement les résultats des expérimentations Article 51. Au-delà des preuves scientifiques de l'impact de l'activité physique sur les pathologies, nous nous intéressons à la dimension médico-économique, notamment les économies de santé générées. Il y a des preuves flagrantes d'une réduction immédiate des dépenses de santé. Ce n'est pas juste à terme, c'est immédiat, il y a un impact. Ces données sont intéressantes et peuvent aider à construire le plaidoyer et l'argumentaire pour une meilleure prise en charge.

Marlène Guillon : Pour la question des populations, vous mentionnez 200 000 personnes, dont 60 000 avec une prescription. Ce que je crains, c'est un effet de sélection massif. Si la majorité des personnes viennent sur la base du volontariat, on a probablement un effet de sélection. Cela est renforcé par le fait que certaines personnes avec une prescription ne vont pas jusqu'à la démarche de la maison Sport-Santé. Est-ce qu'on peut avoir votre retour, Monsieur Suzzoni, sur cette question ?

Stéphane Suzzoni : Nous avons systématisé la demande de présentation d'une prescription par le médecin traitant. C'est une condition d'entrée, car cette prescription nous apporte de nombreuses informations. Il existe un formulaire modèle dans les circulaires qui ont accompagné la loi dite « sport sur ordonnance ». Ce formulaire, enrichi par le travail des maisons Sport-Santé, permet de mieux connaître le patient à son arrivée. Cela complète les bilans. En ce qui concerne la connaissance par le professionnel de l'APA des limitations, des recommandations du médecin et des prises de médicaments, cette prescription est indispensable. Nous avons donc 100 % de patients avec prescription.

La loi sport sur ordonnance de 2016 a été élargie en 2022, incluant désormais des malades atteints de maladies chroniques ou avec des facteurs de risque. Nous avons 50 % de patients avec un statut d'ALD. Le reste sont des patients atteints de maladies chroniques ou avec des facteurs de risque, principalement hypertension et obésité.

Marlène Guillon : Est-ce que vous personnalisez les programmes en fonction de ces différents types de patients ?

Stéphane Suzzoni : C'est une bonne question, parce que c'est un débat au sein de la communauté APA. Notre objectif est d'améliorer la condition physique : le cœur, les muscles et la composition corporelle. Nous adaptons en fonction de l'individu – ses freins, ses barrières – mais peu en fonction de la pathologie, même s'il y a des précautions à prendre pour certaines pathologies et des limitations fonctionnelles, comme celles que peuvent générer l'arthrose, le diabète, l'obésité, ou un traitement médical ou chirurgical. Pour améliorer la condition physique, nous faisons toujours le même travail, adapté à chacun. C'est ainsi que nous personnalisons.

Quand je dis « personnalisation », cela signifie que chaque personne a un plan d'entraînement individualisé. Dans un groupe de six à huit individus travaillant sous la supervision d'un enseignant APA, personne ne fait la même chose en même temps. L'APA passe d'une personne à l'autre pour guider et accompagner dans la réalisation des exercices pendant des séances d'une heure, structurées en 20 ou 25 minutes de travail cardio (sur tapis, vélo, rameur, etc.) en fonction des capacités de l'individu et de son projet d'activité physique. Par exemple, quelqu'un qui aime la marche, mais a arrêté à cause de sa pathologie, sera entraîné sur tapis, tandis que celui qui veut adopter le vélo pour se déplacer sera entraîné sur vélo. Le reste du temps de séance est consacré au renforcement musculaire, à l'amélioration de la souplesse et de l'équilibre, tout cela ciblé en fonction de l'individu.

Olivier Obrecht : Je veux souligner une dimension importante du point de vue de l'Assurance maladie, celle des biais de sélection, et notamment de la façon de faire de l'aller-vers. L'OMS le rappelle depuis 50 ans : toute politique qui ne vise pas explicitement la réduction des inégalités les renforce. Nous avons donc cet enjeu.

Depuis 2008, l'Assurance maladie a mis en place un système appelé Sophia, destiné aux patients diabétiques, avec un aspect motivationnel sur les modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation, nutrition, exercice physique). Aujourd'hui, ce dispositif suit un peu plus de 850 000 diabétiques en France. Par rapport aux 4,5 millions de diabétiques toutes catégories confondues, c'est une minorité, mais tout de même 850 000 personnes.

En examinant la composition de cette cohorte, on constate que la moitié sont en écart aux soins, bien au-delà de la proportion habituelle. D'où l'intérêt des centres d'appels et des infirmiers qui contactent les patients pour les motiver et faire le point sur leur parcours de soins et les difficultés rencontrées. À partir de 2025, nous allons étendre ce dispositif à l'ensemble des maladies cardiovasculaires.

Nous avons la chance en France d'avoir un système national de santé qui couvre 100 % des assurés, avec certes une visibilité imparfaite, mais une traçabilité des parcours des patients dans le système. Pour les patients les plus en écart aux soins, ceux qui ne rencontrent jamais un professionnel de santé, nous allons les appeler. Le contact

tracing COVID nous a donné de nombreuses idées en France, notamment pour structurer de façon massive l'aller-vers.

Depuis cette année, l'assurance maladie a repris le dépistage organisé des cancers. Des opérateurs de l'assurance maladie appellent tous les assurés qui n'ont pas fait leur dépistage dans les temps recommandés pour le cancer du sein, le cancer du côlon et le cancer du col de l'utérus.

On a cette préoccupation centrale, notamment parce que le facteur de risque cardiovasculaire a un très fort gradient social, qu'il s'agisse de l'obésité, du surpoids, de la sédentarité..., on a un traitement de fracture sociale. Et si on se contente de faire des messages descendants, même de grande qualité, il n'en demeure pas moins qu'on a le problème de l'alimentation en amont, c'est-à-dire d'une façon ou d'une autre de recruter les bons patients pour rentrer dans ces dispositifs. C'est très important.

Monsieur Ridde l'a dit avec des chiffres, l'enjeu des Articles 51, même probants, c'est le passage à l'échelle. Les programmes sont souvent construits par des gens motivés, qui se connaissent et veulent démontrer une preuve de concept. Par chance, le concept est parfois au rendez-vous. Cependant, cela ne présage pas toujours de la façon dont on pourra étendre le dispositif dans des contextes et organisations différents, avec notamment sur certains territoires – il faut le rappeler – un problème d'offre. Il faut toujours se préoccuper de la coordination entre les acteurs sur le terrain, encore faut-il que les acteurs existent.

Stéphane Suzzoni : La Mutualité Française avait mis en place dans les années 2000 un dispositif appelé Tensioforme pour les patients atteints d'HTA. La MGEN développe avec Vivoptim un accompagnement et un renforcement motivationnel très importants pour nous dans l'APA, car nous ne voyons le patient qu'une ou deux fois par semaine. Le reste du temps, il faut être là pour l'accompagner dans son changement de comportement d'activité physique, mais aussi d'alimentation et de sommeil. J'insiste sur ce triptyque qui est déterminant. Les dispositifs d'accompagnement, que ce soit à travers des plateformes téléphoniques, ou un peu plus de digital humanisé, renforcent le changement de comportement. C'est notre objectif.

Olivier Obrecht : Pour rebondir là-dessus, le digital dans le motivationnel semble démontrer son efficacité. Il y a plusieurs Articles 51, notamment sur le surpoids et l'obésité, qui s'appuient beaucoup sur des plateformes motivationnelles dématérialisées. Nous avons vraiment l'impression que cela fait levier, surtout pour des patients éloignés géographiquement. Ils peuvent venir une fois par mois au centre pour avoir des contacts physiques avec les autres. Ensuite, pour des programmes structurés d'accompagnement plus motivationnels, cela peut parfaitement être réalisé à distance. Nous ne présumons pas des évaluations qui arriveront en 2025, mais nous avons l'impression que cela fonctionne bien.

Marlène Guillou : Sachant qu'il y a aussi une littérature importante maintenant sur les programmes de télé réhabilitation. Il y a des choses qui peuvent se faire à distance pour pallier le manque d'offreurs de soins dans certains territoires, mais avec un effet de sélection sur les types de patients qui suivent ce programme.

Vous avez évoqué la difficulté de la généralisation en termes pratiques. Actuellement, combien de patients les 500 maisons Sport-Santé peuvent-elles accueillir, et avec quel niveau de protocolisation pour garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité ? Qu'en est-il de la question financière ? Un million de personnes par an, c'est envisageable. Est-ce qu'on va les atteindre ? Si c'est le cas, tant mieux, et si c'est plus, comment fait-on ?

Alexis Ridde : Sur la question des maisons Sport-Santé, c'est un réseau structuré par des initiatives locales. Il n'y a pas de format fixe disant : « On a une maison Sport-Santé pour x milliers d'habitants, donc dans telle zone il en faut 3, 4, 5, 6. » Certaines maisons Sport-Santé couvrent des zones plus ou moins larges, avec des antennes pour d'autres parties du territoire, tandis que d'autres sont dans une logique de proximité des quartiers, etc.

Ce qui est important, c'est que des stratégies régionales, voire locales, soient mises en place pour repérer les territoires où il faut développer une offre plus soutenue, et d'autres où il faut peut-être réguler l'offre, ou mieux coordonner les acteurs. Nous sommes vraiment dans des logiques territoriales. Donc, on ne peut pas dire au niveau national combien de maisons Sport-Santé seront nécessaires à la fin.

Sur la question du modèle économique, nous réfléchissons encore au bon modèle. Des schémas de prise en charge sont imaginés, et des expérimentations sont en cours. Aujourd'hui, l'APA n'est pas un acte médical, donc il n'y a pas de remboursement classique. Cependant, l'intégration de l'activité physique dans des parcours de soins pris en charge est une piste à explorer.

Pour les maisons Sport-Santé, il y a aussi une question de la nature de la structure. Ce ne sont pas des centres de mission ou de santé, et il n'y a pas systématiquement de professionnels médicaux. Certaines en ont, d'autres non. Faut-il évoluer vers une structure santé ou garder une dimension inter partenariale et interprofessionnelle ? Ce sont des réflexions en cours, car la viabilisation du modèle économique de ces maisons est cruciale. Aujourd'hui, presque chaque maison a un modèle différent. Il n'y a pas de modèle type en France.

Stéphane Suzzoni : Je me permets de rebondir sur ce que je disais tout à l'heure concernant notre volonté de créer le parcours de soins idéal par l'activité physique adaptée. Actuellement, nous sommes en période d'adaptation. C'est-à-dire que le coût de ce que nous avons mis en place, avec nos coûts de production, rendait la rentabilité de la structure difficile, car nos tarifs ne rencontraient pas leur public.

Le salaire brut annuel d'un enseignant APA est d'environ 28 000 à 36 000 euros, et le matériel médical coûte entre 10 000 et 60 000 euros pour les évaluations. Nous répercutons donc ces coûts dans notre prix de vente. Aujourd'hui, avec la mise en place des maisons Sport-Santé et la structuration du marché, ainsi que les articles 51 qui montrent les coûts de prise en charge et les économies de santé, nous réorganisons notre offre pour atteindre les 300, 400, 600 euros que cet environnement détermine. Nous réduisons donc nos prix de vente et nos coûts de structure pour nous adapter à ce marché en pleine structuration, et les évaluations successives contribueront à cette mise en place.

Ensuite, il nous restera, en tant qu'acteurs de l'offre, à nous mettre d'accord avec les autorités de contrôle sur les protocoles. Nous sommes tous certains d'obtenir des résultats, mais nous n'obtenons pas tous ces résultats avec les mêmes protocoles.

Olivier Obrecht : Je suis complètement d'accord avec vous. Le système des maisons Sport-Santé, qui prescrit du sport, existe depuis moins de dix ans, environ sept ans. Il n'y a pas beaucoup de secteurs dans le domaine de l'offre de soins qui se soit constitué avec une telle rapidité. Je pense que la volonté de l'ensemble des acteurs est réelle. Je rappelle que constituer des territoires pour l'action, cela fait bientôt dix ans, depuis la loi de janvier 2016. Tout le monde est conscient qu'il faut organiser davantage le système.

Du côté de l'assurance maladie, notre vision est clairement d'un financement de type « éducation thérapeutique » du patient, c'est-à-dire dans des structures identifiées, avec des professionnels reconnus et sur des protocoles définis. L'important, c'est l'évaluation. Si des protocoles légèrement différents aboutissent au même résultat, il n'y a pas de vision totalitaire de la santé publique. En revanche, il faut s'assurer que ce sont bien des professionnels formés, dans des structures identifiées. Un modèle équivalent de l'éducation thérapeutique du patient nous paraît nouveau. Cela existe déjà pour les programmes ayant une composante APA. Si on veut aller plus loin, il faut identifier les professionnels, qu'ils soient référencés quelque part, ou dans des bases nationales, et qu'ils aient un numéro de carte professionnelle.

C'est vrai qu'on parle de ce sujet pendant des heures au niveau national. Par exemple, un EAPA recruté dans un service de rééducation ne pose pas de problème, car il est salarié. En revanche, repérer un EAPA dans une maison Sport-Santé dans un programme Article 51 devient complexe, parce que la maison Sport-Santé n'a pas de numéro Finess et le professionnel APA n'a pas de RPPS (numéro professionnel). Donc, payer des gens dont on ne sait pas où ils travaillent, ni sous quel statut, devient compliqué. Pour l'assurance maladie, c'est vite impossible.

On voit bien que tous ces freins sont repérés, on les traite un par un. De ce point de vue, les évaluations probantes de l'Article 51 sont d'une grande aide, car elles nous

obligent à trouver des solutions. Mais j'ai bon espoir que dans les cinq ans à venir, les choses bougent vraiment. Lorsque l'évaluation est probante, il y a véritablement une réduction des dépenses de santé directes, notamment de l'hospitalisation. Je rappelle que dans le programme « As du cœur » cité, ce sont des patients qui avaient déjà fait un événement cardiaque aigu, et qui étaient passés en rééducation. Ensuite, il s'agit de maintenir les acquis de la rééducation pour qu'ils gardent une pratique d'activité physique régulière.

Stéphane Suzzoni : Pour rebondir là-dessus, il y a effectivement un autre enjeu au-delà de la question de l'APA et de sa prise en charge : la pérennisation et les habitudes modifiées par l'APA. Nous avons un gros travail à faire avec le mouvement sportif, mais pas seulement, pour que ces structures soient capables d'accueillir le public nécessitant un accompagnement particulier et que nous avons « reconditionné ».

Pour capitaliser sur le bénéfice de l'APA à long terme, il faut des structures d'accueil, des équipements en autonomie, et des villes pensées pour favoriser les mobilités actives. Il faut aussi des clubs capables d'accueillir ceux qui en ont besoin dans leur vie.

Marlène Guillou : Oui, c'est un enjeu. Ayant travaillé sur l'évaluation de l'efficience des programmes d'activité physique, on voit souvent des modélisations où le même bénéfice est maintenu sur 10 ou 20 ans. Nous avons donc très peu de réponses à l'heure actuelle, mais cela commence à se former sur la question du maintien à moyen ou long terme de ces nouvelles activités physiques après les programmes d'APA

J'avais deux autres questions. Une que nous avons déjà abordée sur les inégalités sociales à la pratique d'activité physique, et pour laquelle nous avons eu quelques éléments. Et une autre question, plus large, que je vais mentionner sans la poser. Nous avons beaucoup parlé de prévention tertiaire, mais très peu de prévention primaire. Quand on voit le besoin de structuration déjà au niveau de la prévention tertiaire, le programme paraît immense en termes de prévention primaire, d'autant plus qu'il implique une diversité et un nombre important d'acteurs pour se structurer.

Maintenant, on va laisser la parole à la salle, est-ce qu'il y a des questions sur les éléments qu'on a évoqués dans le cadre de cette Table ronde ?

Florence Jusot : Quels sont les professionnels de santé qui prescrivent du Sport-Santé ? Je sais qu'il y a des ateliers d'éducation thérapeutique, mais on n'a jamais évoqué cela, alors même qu'on dit aux patients de pratiquer du sport. Je voulais savoir quel était le réseau, et si les professionnels de santé s'étaient emparés de l'existence de ces structures. Certains disent à leurs patients de pratiquer du sport, sans prescrire sur une ordonnance, et ensuite, indépendamment de la prescription, ils orientent les patients.

La question qui m'interroge est la suivante : vous dites que vous avez des gens avec une ordonnance uniquement pour la partie APA, mais quelqu'un qui arrive en disant : « *Mon médecin m'a dit de faire du sport parce que j'ai de l'hypertension* », pourquoi ne l'accueillerait-on pas ?

Stéphane Suzzoni : On l'accueille bien entendu, mais pour son intérêt et la qualité de l'accompagnement, il faut que son médecin soit au courant de sa démarche. L'activité physique aura le même effet que l'antihypertenseur qu'il prend, donc il faudra ajuster le traitement médicamenteux en fonction de l'activité physique réalisée. Le médecin est donc remis dans la boucle. C'est à ce moment-là que l'échange avec le praticien est créé.

Florence Jusot : Donc, cela veut dire que tous les gens dont le médecin a dit de pratiquer du sport sans vous, on ne réajuste jamais leur traitement ? Cela pourrait intéresser l'assurance maladie, car j'imagine qu'il y a beaucoup de gens qui pratiquent du sport parce qu'on leur a dit d'en faire, même s'ils ne sont pas assez nombreux.

Olivier Obrecht : Je vais vous répondre avec une pirouette : j'ose espérer que le patient qui revoit son médecin traitant lui en parle, et que le médecin traitant, en vérifiant le chiffre tensionnel, va regarder où est le problème. D'où l'idée d'avoir des démarches comme celles évoquées avec le programme Sophia, où l'objectif est d'informer les médecins traitants que leur patient est éligible au dispositif d'accompagnement Sophia. Il leur revient de nous les adresser, le cas échéant, pour un accompagnement motivationnel. L'un des cinq programmes, concerne l'exercice physique.

Dans la prévention primaire que vous évoquez, je pense que c'est un sujet global de société et c'est vraiment notre épée de Damoclès des quinze prochaines années en santé.

Stéphane Suzzoni : Il est important que le médecin ait un discours d'expert sur l'activité physique, et que les démarches d'éducation dans la formation des médecins soient renforcées. Un médecin qui dit à son patient diabétique : « *Faites du sport, ça vous fera du bien* », n'est pas très crédible. Le patient pourrait penser : « *Il ne peut plus rien pour moi* ». Non, l'activité physique se prescrit avec une fréquence, une intensité et un type d'activité spécifiques. Ce sont des professionnels qui prennent en charge cette prescription, et c'est important.

Alexis Ridde : Les missions des maisons Sport-Santé incluent le développement d'un réseau de médecins prescripteurs sur leur territoire et l'orientation des personnes vers ces médecins, qui sont peut-être plus sensibilisés à ces sujets. Ces médecins peuvent également être formés, avec de nombreuses formations en ligne disponibles. Il y a donc des enjeux importants.

Les collectivités ont aussi un rôle essentiel à jouer. Certaines se sont vraiment investies dans ces sujets, en

Table ronde 1
Procès-verbal des questions/réponses

créant des maisons Sport-Santé ou en soutenant celles existantes, et en organisant des réseaux de médecins prescripteurs. Depuis quelques années, nous travaillons également avec le Ministère du Travail, car la médecine du travail peut désormais prescrire. C'est un domaine sur lequel nous comptons beaucoup pour développer ce type d'activité.

Stéphane Suzzoni : Il faut souligner l'accélération de ces dix dernières années. Comme cela a été dit, les formations croisées entre les Staps et les facultés de médecine, ainsi que les outils d'aide à la décision pour les médecins, comme les logiciels, montrent que ce marché se structure véritablement aujourd'hui.

Un intervenant dans la salle : Avec de plus en plus de médecins se dirigeant vers la prescription d'activité physique, j'observe qu'il y a un phénomène de la revalorisation du rôle et de la valeur ajoutée du médecin. On change de paradigme, passant du curatif au conseil. Il faut changer la relation patient-médecin, où le patient attend un médicament curatif – ce qui est parfois anxiogène dans cette relation – en une relation qui valorise le médecin, en tant que conseiller.

Quand on dit à son médecin : « *Je vais lui conseiller l'activité physique, je vais vous en définir les critères, les paramètres dont vous aurez besoin pour accueillir le patient dans la maison Sport-Santé* », on rend le médecin plus intelligent. On dépasse le stade de la signature sur un certificat médical qui se glisse dans un tiroir, et on arrive à une véritable recommandation. Cela doit aussi entrer dans le *cursus* de formation des médecins pour qu'ils s'approprient cette matière, car ce n'est pas inné dans les programmes de formation actuels.

Nous intervenons de plus en plus dans les universités de médecine, et en effet, le sport n'est pas bien connu dans les programmes. Les nouveaux médecins qui arrivent aujourd'hui sont peut-être plus enclins à recommander une activité physique, étant plus sensibles que les anciens, mais c'est une mutation globale. Il faut agir sur tous les paramètres.

Olivier Obrecht : J'ajouterais même, pour aller dans votre sens et au-delà, que ce n'est pas seulement un conseil, mais véritablement une thérapeutique. En effet, dans le cas de l'hypertension artérielle et du diabète, la reprise d'une activité physique organisée, régulière et suivie, peut normaliser la tension et le diabète. C'est donc véritablement un traitement. En revanche, vous avez complètement raison sur le fait que les aspects motivationnels sont encore largement à implémenter dans notre système de santé, où le patient s'attend à une ordonnance avec quelques lignes dessus. On les appelle maintenant « les interventions non médicamenteuses » dans les parcours de soin. Ce n'est pas un supplément d'âme !

C'est vrai que j'ai fait mes études il y a 40 ans, et on disait : « Évidemment... les mesures hygiéno-diététiques », en gros : « N'oubliez pas de manger équilibré et de bouger ».

Aujourd'hui, ce n'est plus ça. On dit d'abord : « Prenez conscience de votre alimentation, remettez-vous en mouvement, et revenez nous voir dans un mois ou deux. Si votre tension est toujours élevée ou si vous avez toujours plus de 1,26 g de glycémie à jeun, alors on envisagera peut-être un palier 2 ». On a complètement inversé le paradigme. Le déclic est en train de se produire.

Un intervenant dans la salle : Mais il faut aussi penser au retour vers le médecin. Ça c'est important (...) Parce qu'une fois qu'ils ont prescrit à leur patient de l'activité physique, ils n'ont pas forcément le retour. Il faut donc réfléchir à cette axe-là.

Florence Jusot : Je pense qu'un des freins à l'application de ces mesures non médicamenteuses est leur prise en charge. Dans l'esprit d'un patient, quand quelque chose est pris en charge, même partiellement, par l'assurance maladie ou sa complémentaire, cela signifie que c'est bon pour sa santé. Je ne dis pas qui doit prendre en charge, mais le fait que cela passe par un « assureur » est un signe de validité pour le patient. Il est vrai que nous ne prenons peut-être pas au sérieux de la même manière les recommandations faites en dehors des prises en charge.

Olivier Obrecht : Vous avez raison, même si je pense qu'il faut distinguer le côté APA structurée qui crédibilise la prescription dans un cadre médical thérapeutique. Cela nécessite une prise de conscience très large de l'importance de l'exercice physique à tout âge. Et à certains âges, il pourrait être protocolisé en cas de maladie ou de besoin spécifique.

J'ajoute que les ministres précédents avaient missionné l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'enseignement supérieur et de la recherche pour faire des propositions pour des modèles de financement des maisons Sport-Santé, et potentiellement des recommandations. Parce qu'il est évident que le financement va être multiple. Ce n'est pas l'Assurance maladie obligatoire ou complémentaire toute seule, ni l'État tout seul, ou les collectivités territoriales, qui vont financer. J'ai visité récemment une maison Sport-Santé de la région parisienne où ce sont l'ARS et le Conseil Départemental qui financent toute la part APA pour les personnes âgées de plus de 65 ans, au titre de leur enveloppe de ce qui s'appelle au niveau local « la conférence des financeurs ». Il y a donc une pluralité de financements et une participation du citoyen. Il n'y a aucune raison qu'il n'y ait pas une participation possible de la personne, à partir du moment où elle a intégré en conscience que c'était un élément important de sa santé.

Stéphane Suzzoni : Je vais quand même ajouter qu'il y a beaucoup de mutuelles qui ont aujourd'hui des forfaits de prise en charge de l'APA. Je pense que l'immense majorité en ont. Il faut également souligner qu'il faut lever tous les freins en même temps. Ce frein-là existe, il est réel, mais il y en a beaucoup d'autres. C'est une partie du problème, sachant que sur la question de l'activité physique

adaptée, on se heurte aussi au frein traditionnel lié à une population réticente à l'activité physique et au sport.

Marlène Guillon : Dans le public, un monsieur parlait de « nouveaux médecins », mais il y a aussi les « anciens patients ». Le point soulevé par Florence est intéressant : il y a des barrières qui ne sont pas seulement financières, mais aussi des effets de signal. La prescription a déjà été un premier signal indiquant que c'est une thérapeutique à part entière. Le financement et le remboursement partiel, une fois le modèle trouvé, seront un signal supplémentaire dans cette direction.

Alexis Ridde : J'ajoute que la perception de l'activité physique par la population, notamment dès l'enfance, et la façon dont les enfants apprennent à bouger et à faire

du sport, est essentielle. Nous n'avons pas parlé de prévention primaire, mais il y a de gros enjeux à ce sujet. Beaucoup de gens aujourd'hui ont été « mal habitués » à l'activité physique. Lorsqu'il faut en faire pour des raisons de santé, cela ajoute des freins. Si nous avons une population généralement plus sportive et active, cela facilitera aussi la mise en place de l'APA.

Stéphane Suzzoni : Parmi nos patients, ceux qui ont pratiqué une activité physique et sportive jeunes sont plus enclins à reprendre à 50 ou 55 ans. Nous sommes entre la prévention primaire et tertiaire.

Marlène Guillon : Ce sont des habitudes de vie. Merci beaucoup. ■

TABLE RONDE 2

Activité physique et sportive et prévention : Comment ? Par qui ?

Benoît Dervaux

Maître de conférences, praticien Hospitalier (Université de Lille)

La deuxième Table ronde aborde les questions du « Par qui ? » et du « Comment ? ». Je ne reviendrai pas sur les éléments déjà largement discutés dans la Table ronde précédente sur l'importance de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité comme facteurs de risque importants et distincts de surmortalité. La France se situe au-dessous de la moyenne des pays européens pour l'activité physique, notamment chez les enfants et les adolescents, selon les données de l'OCDE¹. Cette population-cible est particulièrement importante.

Une revue de littérature récente a mis en évidence deux types d'interventions efficaces pour promouvoir l'activité physique². Le premier type d'interventions concerne les jeunes en milieu scolaire. De ce point de vue, il est assez étonnant que l'organisation de deux heures supplémentaires d'EPS par semaine à l'école ne puisse pas aboutir, malgré l'implication du Ministère des Sports et du Ministère de la Santé. Le deuxième type d'interventions concerne l'aménagement urbain pour encourager la marche et la pratique du vélo.

Bien qu'il existe des interventions efficaces pour promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité, de nombreuses incertitudes demeurent sur la taille et la durabilité de leurs effets. Ces effets varient en fonction de la population visée, et il semble que la prévention tertiaire (population à risque sélectionnée) obtienne de meilleurs résultats que la prévention primaire (population générale).

La politique publique en faveur du sport et de l'activité physique, incarnée notamment par la stratégie Sport-Santé 2019-2024, est en cours de redéfinition pour une prolongation. Cette politique inclut la généralisation de la prescription de l'APA pour les personnes souffrant de pathologies chroniques.

En matière de prévention, les interventions les plus efficaces sont souvent des interventions complexes multi-facettes et multi-acteurs. En général, une intervention isolée est moins efficace qu'un ensemble d'interventions centrées sur une population particulière, combinées et coordonnées entre de multiples intervenants. Comme mentionné lors de la Table ronde précédente, les Ministères du Sport et de la Santé ainsi que l'Assurance maladie sont impliqués, et il est souhaitable que d'autres acteurs, tels que les collectivités territoriales et les organismes complémentaires santé, s'engagent pleinement.

Lors de la première Table ronde, il a été souligné que notre système de santé n'était pas orienté vers la préven-

tion. Une adaptation du cadre législatif et réglementaire est probablement souhaitable. Nous aurons l'occasion de revenir sur l'Article 51 et de découvrir plus en détail les interventions de promotion de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité actuellement évaluées dans ce cadre.

Nous évoquerons également la création des maisons Sport-Santé. Plus de 500 maisons Sport-Santé existent en France. Environ la moitié sont des structures associatives, 29 % sont des sociétés commerciales, 14 % sont gérées par des collectivités territoriales, 3 % par des établissements de santé publique, 1 %, par des établissements de santé privés, 1 % par des mutuelles, et 1 % par d'autres entités (fondations, CAF...)³. Leurs missions, au regard de leur statut, méritent d'être mieux précisées, notamment en tant que possibles têtes de réseau chargées d'organiser les parcours de soins pour des populations précaires. Nous aurons un retour d'expérience des maisons Sport-Santé de Paris, qui se concentrent sur les quartiers populaires et sur la manière de rejoindre des populations plus difficiles à toucher.

Plus globalement, l'accès aux maisons Sport-Santé est une question importante puisque les adhésions annuelles varient entre 65 euros et 260 euros³. Dans ce contexte, l'intervention des organismes de complémentaires santé est cruciale et sera un point important de notre discussion. Nous reviendrons sur les modalités d'intervention des organismes de complémentaires santé, notamment les forfaits et les programmes incitatifs.

Nous avons l'honneur d'accueillir trois intervenantes : Madame Camille de Combarieu, experte en santé publique dans l'équipe de l'Article 51, qui partagera des informations sur les expérimentations en cours et les perspectives ; Madame Anne-Gisèle Privat, conseillère technique spécialisée à la Mutualité Française, qui nous présentera les résultats de l'Observatoire Sport-Santé réalisé par la Mutualité Française ; et Madame Caroline Izambert, cheffe de service Promotion de la santé et réduction des risques à la Ville de Paris.

Comme la première Table ronde, chaque intervenante disposera de 10 minutes pour présenter sa structure et ses expériences. Ensuite, nous engagerons une discussion avec les trois intervenantes.

Nous avons choisi de ne pas utiliser de supports visuels, mais les documents transmis par les intervenantes seront disponibles sur le site du CES. ■

¹ Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the Eu Cycle.

² Gelius P, Messing S, Goodwin L, Schow D, Abu-Omar K. "What are effective policies for promoting physical activity? A systematic review of reviews". *Prev Med Rep*. 2020 Apr 8;18:101095.

³ Oualhaci A. maisons Sport-Santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique. Rapport d'étude de Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), INJEPR-2023/05, Juin 2023, 95 pages + annexes.

Camille de Combarieu
Ministère de la Santé

Les diaporamas de cette présentation sont disponibles sur :
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51>

On a déjà beaucoup parlé de l'Article 51, mais avant de parler de l'APA, je voudrais rappeler de quoi il s'agit. Ce dispositif a six ans et permet de financer des projets portés par des professionnels de santé pour transformer le système de santé. Plus de 150 expérimentations sont en cours, et certaines arrivent à la fin de leur période d'essai. On évalue alors leur intérêt pour les intégrer dans le droit commun.

Chacune de nos expérimentations est évaluée. L'évaluation est assez complète avec une partie qualitative basée sur des entretiens avec des patients et une partie quantitative avec des données d'activité de l'équipe soignante et des données du SDNS. Ce dispositif inclut tous les acteurs du système de santé. Si les résultats sont positifs, « passer dans le droit commun » signifie inscrire l'expérimentation dans la législation pour permettre à tous les professionnels de santé d'y accéder.

L'avis rendu à la fin de l'expérimentation est porté par le comité stratégique de l'innovation en santé, présidé par le ministre de la Santé. Ce comité réunit plus de 60 membres, dont des représentants institutionnels comme la HAS, des présidents de CME, des syndicats, etc. Tous les résultats leur sont communiqués, et ils peuvent donner leur avis sur l'opportunité d'inscrire ces expérimentations dans le droit commun.

On est dans une phase cruciale car les premières expérimentations arrivent à terme, avec des résultats très positifs pour certaines. Une vingtaine d'expérimentations donnent de bons résultats. Nous travaillons donc avec

les équipes du ministère et de la Cnam pour créer les moyens permettant aux professionnels d'y accéder. Cela passe par différentes phases telles une circulaire budgétaire, etc.

Plus de 20 % des expérimentations portent sur l'activité physique adaptée. Dans la plupart des cas, l'activité physique est incluse dans une prise en charge globale. Pour certaines expérimentations, c'est vraiment le cœur du projet. L'APA occupe donc une place très importante. On arrive maintenant à mieux définir ces expérimentations, et on remarque qu'il s'agit plutôt d'une activité éducative qui englobe aussi l'aspect motivationnel et l'éducation thérapeutique. Coacher les patients et les encourager à être acteurs de leur santé passe par la compréhension des barrières, de leur milieu de vie, de leur soutien social, et par l'information sur les bénéfices de prendre en charge sa santé. Cela inclut aussi une bonne compréhension de sa santé avec des supports informatiques et des applications plus attractives. Ces deux dimensions sont incontournables pour intégrer l'activité physique dans le parcours de soins.

Dans les expérimentations, l'APA consiste souvent en des séances collectives en petits groupes, en présentiel, avec parfois la présence d'un diététicien ou d'un psychologue. Il y a aussi une partie individuelle avec des supports web ou des applications pour fournir du contenu et de l'information. Ensuite, il y a toujours un relais vers les structures existantes comme les associations et les maisons Sport-Santé. Je reviendrai plus tard sur le financement. ■

Anne-Gisèle Privat
Mutualité Française

Les diaporamas de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2024/11/Observatoire-sport-sante_MF2024.pdf

Je suis responsable de l'Observatoire de la Mutualité Française. La dernière édition, publiée en juin, était centrée sur l'activité physique et sportive. Les précédents Observatoires portaient sur la santé mentale et la santé au travail. L'idée avec cet Observatoire était de profiter du contexte des Jeux Olympiques et Paralympiques pour mettre en avant le Sport-Santé. Il faut souligner que les mutuelles n'ont pas attendu cet événement pour s'intéresser à la question de l'activité physique et sportive. Elles sont engagées de longue date dans la promotion et la prise en charge de l'activité physique, qui est notamment une priorité des orientations stratégiques en prévention

et promotion de la santé de la Mutualité Française. Les mutuelles gèrent également des maisons Sport-Santé. Elles ont aussi noué des partenariats avec différentes structures du domaine de l'activité physique et sportive, telles que l'Union Nationale des Maisons Sport Santé ou encore l'Association Nationale des Étudiants en Staps.

L'objectif de ma présentation dans le cadre de cette Table ronde est surtout de vous présenter des illustrations d'actions mutualistes sur le terrain. Pour votre information, la publication de notre Observatoire s'accompagne aussi de préconisations de politique publique,

Table ronde 2

Anne-Gisèle Privat

qui pour certaines ont été construites en collaboration avec certains partenaires engagés dans l'activité physique et sportive (Association nationale des étudiants en Staps, Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes...) ainsi qu'en lien avec les recommandations de rapports parlementaires récents.

Traditionnellement, dans nos Observatoires, nous utilisons des données issues de sources publiques, objectives et fiables pour produire des indicateurs nous servant à établir un état des lieux.

En parallèle, nous confrontons les constats obtenus à partir de ces données publiques avec des données de perceptions issues d'une enquête menée en collaboration avec l'institut de sondage Odoxa. Cela nous permet d'établir un ensemble de priorités sur lesquelles il est important d'agir.

Réalisée en avril 2024, cette enquête nous a permis de disposer de données récentes et inédites. Parmi les questions posées, nous avons interrogé à la fois les Français et les médecins sur leurs perceptions relatives à la pratique de l'activité physique et sportive.

Un des chiffres intéressants de notre enquête : 87 % des Français et 92 % des médecins pensent que faire du sport peut être aussi efficace pour la santé qu'un traitement médicamenteux. Cela confirme l'idée que le sport est largement identifié comme un traitement non médicamenteux efficace.

Un autre chiffre : 94 % des médecins interrogés estiment que la pratique sportive de leurs patients est insuffisante. Ainsi, même si les Français considèrent que l'activité physique et sportive est bénéfique pour leur santé, l'état des lieux réalisé dans notre Observatoire révèle un panorama plus nuancé de la pratique de l'activité physique et sportive en France, avec des disparités importantes (territoriales, sociales et de genre).

Notre Observatoire présente aussi des initiatives mutualistes menées sur le terrain à travers des actions concrètes. L'objectif des mutuelles, comme celui des autres acteurs, est de promouvoir l'activité physique et sportive dans une démarche de prévention efficace et durable, c'est-à-dire d'inscrire la pratique dans le quotidien.

Je vais m'appuyer sur nos trois grands axes de propositions, en illustrant à chaque fois les différentes initiatives mutualistes mises en œuvre dans ces domaines.

Le premier axe consiste à « améliorer l'information et promouvoir la pratique de l'activité physique et sportive ». **Le deuxième axe** a pour objectif de « rendre cette pratique plus accessible ». **Le troisième axe** concerne le fait de « favoriser la pratique par des actions ciblées ».

Le premier axe porte sur l'information et la promotion de l'activité physique et sportive. Il est important d'insister sur le lien fondamental entre sport et santé, et

d'informer sur les dispositifs existants, tels que l'activité physique adaptée.

Selon notre enquête, 45 % des Français estiment aujourd'hui que l'information est le moyen le plus efficace de promouvoir le Sport-Santé. En parallèle, seuls 48 % des Français disent avoir entendu parler de l'activité physique adaptée.

Pour illustrer l'ensemble des initiatives visant à améliorer l'information sur l'activité physique et sportive, les mutuelles mènent des actions auprès de différentes populations, notamment les jeunes. Plusieurs unions régionales ont mis en place des programmes à destination des jeunes, tels que « Bouge tes baskets ».

Il s'agit d'un exemple concret d'initiative, menée en milieu scolaire en Nouvelle-Aquitaine, en collaboration avec l'Éducation nationale et l'Agence régionale de santé. Son objectif est de favoriser la pratique physique régulière pour les jeunes scolarisés de 6 à 18 ans. Aujourd'hui, ce programme concerne 600 élèves et 30 classes. D'ici 2026-2027, l'objectif est d'atteindre 1 500 élèves. Le principe consiste à accompagner les élèves pour leur permettre d'acquérir des compétences psychosociales liées à la pratique d'activité physique régulière. Il s'agit de développer la culture du sport, et ce dès le plus jeune âge.

Ensuite, sont mises en œuvre un ensemble d'actions à destination des actifs, principalement en milieu professionnel. Par exemple, « Pour votre cœur, bougez plus ! » est un programme complet, comprenant l'aide au choix d'un sport, l'évaluation du niveau de chacun, des conseils pour débuter (ou reprendre) une activité et se motiver.

Enfin, je souhaiterais vous présenter plus particulièrement une action récente développée par la Mutualité Française à destination des retraités, en partenariat avec l'assurance retraite. Intitulé « Activ&vous », ce programme vise à favoriser le bien vieillir et s'adresse aux retraités de 60 à 75 ans. En collaboration avec l'assurance retraite, les retraités socialement fragiles sont ciblés dans une démarche d'aller vers. Le programme leur propose des ateliers sur l'activité physique et l'alimentation.

Cette initiative connaît un franc succès, avec plus de 2 000 retraités ayant accédé à ces ateliers et adopté des pratiques bénéfiques pour leur santé. Une nouvelle vague d'ateliers s'est terminée le 19 novembre, montrant tout l'intérêt de ces actions et du partenariat avec l'assurance retraite.

Ensuite, sur ce champ de l'information et de la promotion sur l'activité physique et sportive, nous avons formulé plusieurs autres propositions. Pour votre information, l'ensemble de l'Observatoire et des propositions sont disponibles sur le site du Collège des Économistes de la Santé. Pour accompagner et promouvoir le développement du Sport-Santé, notamment auprès des professionnels de santé et du sport, il faut les sensibiliser sur

ce sujet, recueillir l'offre et les services du domaine pour leur donner une meilleure visibilité, et renforcer les liens entre les différents intervenants du sport et de la santé.

Le second axe concerne l'accessibilité au Sport-Santé.

Notre Observatoire présente des éléments sur l'offre en Sport-Santé, tels que les équipements sportifs et la répartition des maisons Sport-Santé. Nous avons également interrogé les Français sur la question de l'accès à ces structures. Près de 80 % des personnes interrogées ne connaissent pas les maisons Sport-Santé.

Un autre chiffre intéressant concerne le frein financier à la pratique : 31 % des personnes considèrent le coût de la pratique sportive comme le principal obstacle. Bien que ce ne soit pas le plus important, car le manque de motivation et les contraintes familiales, professionnelles et scolaires sont plus fréquemment cités, cela illustre l'importance de la prise en charge financière.

Sur ce point de l'accessibilité à l'offre, nous souhaitions aussi rappeler qu'il existe un ensemble de parcours pluridisciplinaires proposés par les services de soins et d'accompagnement mutualistes. Par exemple, le centre de l'Obésité de la Mutualité Française Limousine propose un accompagnement au retour à domicile avec des séances de télé-exercice personnalisables. L'institut MGEN de la Verrière dispense des séances d'activité physique et sportive aux patients atteints de troubles mentaux. Le centre Kerpape, qui accueille des personnes en situation de handicap, dispose d'enseignants en APA qui accompagnent les patients au gymnase et à la piscine.

Outre « Mon Stade », la maison Sport-Santé de la MGEN présentée lors de la Table ronde précédente, notre Observatoire met en avant l'activité de Vyy 3 Bretagne, pionnière en matière de prévention d'activité physique adaptée. Elle a initié un service précurseur de prévention d'activité physique adaptée (Actimut) dès 2005, développe le Sport-Santé dans ses établissements et services de soins et d'accompagnement de proximité, et a ouvert en 2019 une maison Sport-Santé à St Brieuc.

Une autre dimension, outre les parcours au sein des services de soins et d'accompagnement mutualistes, concerne la mise à disposition d'équipements sportifs de proximité par certaines mutuelles. Par exemple, la Mutuelle nationale territoriale propose aux collectivités locales des espaces Sport-Santé avec des séances d'activité sportive encadrées par des professionnels, en partenariat avec la Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV).

Il existe aussi des solutions de sport en entreprise proposées par certaines mutuelles. Elles comprennent l'installation d'une salle de sport en entreprise, l'intervention d'un coach sportif et la création d'événements sportifs. Par exemple, la Matmut propose un programme de prévention pour évaluer la condition physique des salariés et les motiver.

Les mutuelles participent également au financement de la pratique sportive à travers des forfaits de prise en charge de l'activité physique adaptée, mais aussi d'autres catégories d'aides financières. Il peut s'agir de forfaits pour le financement d'une licence sportive, d'un abonnement à une salle de sport ou de séances de sport.

En matière d'amélioration de l'accès, nous avons fait plusieurs propositions, telles que : renforcer l'offre et la diversité des équipements sportifs de proximité, accompagner les collectivités territoriales dans la mise en place d'équipements sportifs, élargir les horaires d'ouverture des installations sportives, ou encore développer et promouvoir les maisons Sport-Santé en sécurisant leur financement.

Une autre proposition importante, en lien avec notre précédent Observatoire sur la santé au travail : le développement du Sport-Santé en milieu professionnel, enjeu majeur. Nous avons repris la préconisation qui consiste à faire du sport en milieu professionnel un élément de négociation de la RSE. Nous avons également proposé la création d'un label « entreprise sportive » et le développement de mesures destinées à soutenir financièrement l'accès à une activité physique et sportive.

Enfin, **le troisième et dernier axe de nos propositions repose sur l'objectif de favoriser l'accès à la pratique par des actions ciblées.** L'observatoire montre des différences de pratique selon le sexe, l'âge ou le handicap. Par exemple, 48 % des personnes en situation de handicap ne pratiquent pas d'activité physique et sportive, contre 34 % de la population générale.

Parmi les actions ciblées, nous pouvons citer une initiative à destination des jeunes intitulée « Bouge avec ta mission locale », destinée à lutter contre les inégalités sociales d'accès à la pratique. En partenariat avec l'association régionale des missions locales, elle vise à lutter contre la sédentarité et à inciter les jeunes à bouger plus, en organisant des ateliers d'activité physique.

Un autre exemple concerne les inégalités de genre. Parmi les préconisations associées à notre Observatoire figure l'objectif de soutenir le sport féminin. Par exemple la MGEN a récemment signé un partenariat avec la Ligue féminine de basket et la Ligue féminine de handball.

Enfin, d'autres initiatives concernent plus spécifiquement les personnes en situation de handicap. À titre d'illustration, développée par la Mutualité Française des Hauts-de-France, l'action « Mille et un défis » s'adresse aux jeunes en situation de handicap accueillis au sein d'instituts médico-éducatifs. Elle vise à renforcer le pouvoir d'agir des jeunes dans la pratique d'activité physique régulière et le choix d'une alimentation équilibrée, en impliquant l'entourage.

Nous avons constaté que les jeunes retirent des bénéfices directs de l'activité physique. Ils prennent plaisir à y participer et acquièrent de nouvelles connaissances sur

Table ronde 2

Anne-Gisèle Privat

l'activité physique et l'alimentation équilibrée. De plus, les professionnels se sont largement appropriés cette

démarche, conduisant 70 % des établissements à pérenniser ce dispositif. ■

Caroline Izambert

*Cheffe de service promotion de la santé et réduction des risques,
Direction de la santé publique, Ville de Paris*

Merci beaucoup pour cette invitation du Collège des Économistes. Elle rejoint nos préoccupations en tant que collectivité locale investie dans le Sport-Santé et l'activité physique adaptée. La Ville de Paris s'engage dans la construction d'un réseau de maisons Sport-Santé publiques, implantées prioritairement dans les quartiers populaires. Il s'agit des quartiers définis par l'État comme Quartier politique de la ville (QPV), élargis dans leur acceptation parisienne pour prendre en compte les fortes différences de richesse au sein de certains quartiers parisiens. Aujourd'hui, deux maisons Sport-Santé sont ouvertes dans le 19^e et 15^e arrondissement et deux autres ouvriront dans les mois à venir¹.

Paris, engagée contre les inégalités sociales de santé

Commençons par rappeler la situation démographique parisienne et les enjeux sanitaires pour la ville en tant que collectivité. On a souvent l'image d'un Paris gentrifié, renforcée par les belles images des Jeux Olympiques et Paralympiques. Cependant, il faut se rappeler que Paris compte 2,1 millions d'habitants, dont environ 130 à 140 000 vivent dans des quartiers politiques de la Ville. Paris reste donc une grande ville populaire, marquée par des inégalités de santé.

On peut identifier trois déclencheurs à un investissement renouvelé de la Ville de Paris dans la lutte contre les inégalités de santé. D'abord, les quartiers populaires parisiens sont des « déserts médicaux » comme les autres, marqués par un déficit croissant de soignants. Ce sont vers les élus locaux que les citoyens se tournent pour partager leurs difficultés d'accès aux soins. Cela a conduit à un investissement de plus en plus en fort des collectivités locales sur les sujets de santé et notamment d'accès aux soins, bien que cela ne fasse pas partie des compétences obligatoires des municipalités. À Paris, depuis 2015, la ville soutient financièrement et accompagnent les professionnels de santé qui s'installent sur le territoire et travaillent en secteur 1 (sans dépassement d'honoraires)².

Ensuite, depuis une quinzaine d'années, les élus parisiens ont pris conscience qu'avec les équipements sportifs, l'urbanisme et les mobilités, ou encore les menus dans les cantines scolaires, ils avaient à leur main de nombreux leviers pour améliorer la santé des habitants et mener des

démarches de prévention efficaces. À Paris, il est désormais inconcevable de lancer un grand projet de rénovation urbaine sans Évaluation d'impact en santé (EIS), ce qui est extrêmement positif.

Enfin, la crise COVID a été une douloureuse prise de conscience sur l'état de santé des Parisiennes et des Parisiens. Qui sont les habitants de Paris qui sont allés en réanimation, et pour certains sont morts, du COVID ? Ce sont en majorité des habitants des quartiers populaires. Des scénarios tragiques se sont trop souvent répétés pendant cette période : des familles où l'on vit à trois ou quatre générations sous le même toit, dans des appartements qui sont généralement plus petits que la moyenne, où les maladies chroniques sont plus répandues que dans le reste de la population, où celles et ceux qui travaillent sont « en première ligne », dans le soin notamment, et donc très exposés au virus. Bien malgré eux, ces travailleurs exposés ont fait entrer le virus dans le foyer, qui a fini par toucher les membres les plus fragiles de la famille.

L'épidémiologie de la crise Covid nous a conduit à approfondir notre action en santé menée en tant que municipalité : poursuivre notre engagement auprès des plus précaires, les personnes à la rue, les usagers de drogue en errance, mais aussi penser à la spécificité des besoins de santé des habitants des quartiers populaires qui vivent, pour une part significative, avec des maladies chroniques qui affectent la qualité et l'espérance de vie. Et nous le savons, l'activité physique adaptée est l'une des réponses les plus pertinentes à proposer à ces personnes.

S'adapter aux contraintes des habitants des quartiers populaires

C'est pourquoi la Maire de Paris a décidé d'implanter des maisons Sport-Santé dans ces quartiers. À Paris, nous avons la chance d'avoir un excellent réseau de maisons Sport-Santé spécialisées à l'hôpital, comme l'a mentionné Mon Stade. Cependant, malgré ce réseau riche, il y avait peu d'offres pour les personnes les plus éloignées de l'activité physique, qui ne sont pas dans une phase aiguë de leur pathologie et qui ont peu de moyens.

Ces populations ont des caractéristiques épidémiologiques, mais sont aussi confrontées à des obstacles particuliers pour pouvoir pratiquer une activité physique.

¹ <https://www.paris.fr/pages/grace-aux-maisons-sport-sante-l-activite-physique-accessible-a-tous-26468>

² <https://www.paris.fr/pages/paris-med-le-dispositif-d-aide-a-l-installation-des-professionnels-de-sante-se-transforme-23132>

Nous avons récemment mené plusieurs "focus group" avec les personnes fréquentant les maisons Sport-Santé et des habitants identifiés par des associations locales. Nous avons été marqués par leur niveau d'information élevée sur les sujets santé. Paris est une ville où beaucoup de gens viennent d'ailleurs et sont très connectés et informés. Nous avons constaté, notamment chez les femmes, une très bonne connaissance des recommandations nutritionnelles, une sensibilité aux enjeux de santé environnementale, comme les méfaits du plastique dans l'alimentation, ou l'importance de l'activité physique.

Les habitants nous ont transmis deux messages. D'une part, ils nous ont demandé de ne pas mettre l'accent sur la diffusion des messages de prévention centrés sur les comportements individuels, car leur quotidien est déjà très fait de nombreuses contraintes. Certaines sont seules avec leurs enfants, tout en cumulant des emplois pour joindre les deux bouts. Parfois le rappel des institutions en fin de journée disant qu'il faudrait « se bouger un peu plus » est de trop. Les gens nous l'ont exprimé gentiment, mais cette phrase revenait souvent : « *Moi, entre le ménage et mes enfants, j'ai ma dose d'activité physique* ». C'est une réalité importante à prendre en compte. Malgré les bonnes intentions, certains messages de prévention peuvent s'avérer culpabilisants, voire contreproductifs.

Le deuxième message que nous avons entendu était : « *Mes contraintes sont matérielles. Je n'ai pas le temps* ». Les vies des plus précaires, des plus fragiles socialement, sont des vies où le temps est très compté. « *Les horaires du club de sport près de chez moi ne sont pas adaptées* ». Il y a évidemment la question du coût : « *Je ne peux pas faire garder mes enfants* ». Nous avons aussi beaucoup entendu : « *Je suis aidant de mon mari qui ne se déplace plus, c'est compliqué pour moi de partir* ». Pour ces personnes, c'est à nous, en tant que service public, de nous adapter, et pas l'inverse. Un autre, et dernier, message qui est beaucoup revenu dans ces groupes de discussion est : « *Ce n'est pas pour moi* ». Il y a un imaginaire autour de l'activité physique dont il est difficile de se défaire. « *Faire du jogging dans l'espace public... avez-vous vu l'état de mon espace public ?* » ; « *Dépenser 60 euros par mois pour un club de sport, faire du yoga... ce n'est pas mon idée de l'activité physique. Et surtout, je ne me sens pas capable. J'ai l'impression que je n'y arriverai pas* ».

Construire des équipements de proximité

Les maisons Sport-Santé sont là pour répondre à ces préoccupations. D'abord, nous avons choisi de créer des petites structures avec trois postes pivots : une accueillante, une médiatrice – aujourd'hui, ce sont exclusivement des femmes qui occupent cette fonction – et un ou une enseignante en éducation physique adaptée. La médiatrice en santé joue un rôle central : elle connaît parfaitement le quartier et ses acteurs, elle va au-devant des personnes qui n'oseraient pas passer la porte du lieu. Elle travaille en collaboration avec l'accueillante et les professionnels de santé, avec une attention particulière au suivi des usager.es de ces Maisons sports santé.

Ensuite, nous nous efforçons de faire de ces maisons Sport-Santé des lieux accueillants, ouverts à tous et toutes. Nous avons donc veillé à ce que rien ne renvoie à un cadre administratif ou bureaucratique, à un « guichet social ». Dans les foyers populaires, la gestion des démarches administratives est une charge lourde : fournir des papiers, remplir des formulaires... Cela peut être épaisant et vécu comme un stigmatisant.

Enfin, nous privilégions l'offre sportive de proximité, avec des éducateurs sportifs de la ville. Nous essayons de susciter des formes d'auto-organisation. Par exemple, se retrouver une fois par semaine devant la maison Sport-Santé pour une heure de marche.

Un enseignement majeur après trois ans de fonctionnement de la MSS du 19^e arrondissement est que les usagers qui se présentent sous-estiment leur capacité à pratiquer une activité physique et sportive. La majorité de nos usagers sont aujourd'hui des femmes entre 50 et 65 ans, avec des maladies chroniques reconnues. L'évaluation révèle le plus souvent qu'elles sont au plus faible niveau de limitation physique et que beaucoup d'activités leurs sont accessibles en toute sécurité.

Nous recueillons régulièrement des témoignages positifs : « *je pensais vraiment que marcher une heure était impossible, faire des squats me paraissait irréalisable...* ». Également, la socialisation est un bénéfice dont nous avions sous-estimé l'importance. Parmi les gens qui viennent à la maison Sport-Santé, la demande exprimée est celle de la santé physique, mais les enjeux de santé mentale ne sont jamais loin. Le sport et le groupe de pairs sont des moyens de retrouver des interactions sociales, qui deviennent elles-mêmes des facteurs d'activité physique.

Quelle évolution pour les maisons Sport-Santé publiques ?

Des questions se posent sur la direction à prendre dans les années à venir. Trois possibilités s'ouvrent à nous : d'une part, des actions à l'échelle des quartiers, qui s'adressent à un public plus large que celui des malades chroniques, en jouant sur l'urbanisme et les événements collectifs, et en envoyant des messages larges. C'est une première possibilité, conforme à ce que nous savons faire au sein des collectivités locales. D'autre part, nous pourrions concentrer notre énergie sur les habitants les plus gravement atteints par les maladies chroniques, qui n'ont pas d'autres options pour l'activité physique que celles offertes par des modèles publics et gratuits. Nous nous demandons si c'est là que nous aurons le maximum d'impact en santé. Nous sommes en réflexion, en lien avec les élus, pour savoir où mettre l'accent.

Une deuxième question se pose pour orienter notre modèle : doit-on aller au-delà de l'activité physique adaptée ? La direction de la santé publique de la Ville de Paris compte 1 400 agents. Nous proposons des soins, de la prévention maternelle et infantile, de la santé scolaire,

Table ronde 2

Caroline Izambert

et bien d'autres services. Nos maisons Sport-Santé pourraient être amenées à évoluer en maisons de la prévention. Tous les agents des maisons Sport-Santé sont déjà formés à sensibiliser sur les trois campagnes de dépistages organisés de cancers (col de l'utérus, colorectal, sein). La logique est celle développée par le National Health Service (NHS) anglais : « chaque contact compte »³. Ou au contraire, devons-nous nous concentrer sur des programmes très spécialisés et protocolisés par pathologie pour une efficacité maximale ? Nous avons besoin d'un accompagnement scientifique et de l'économie de la santé pour orienter le modèle.

Le dernier point concerne la question des financements. C'est le rôle des collectivités locales de dire que nous n'avons pas assez de soutien de l'État dans cette mission, de rappeler que les sommes investies sont des investisse-

ments qui se traduiront à l'arrivée par des économies de dépenses de soins socialisés. Passé ce passage obligé, se pose la question des modalités du financement. Certes, nous constatons que l'activité physique est un médicament, mais le modèle du remboursement individuel n'est peut-être pas le plus pertinent pour ce que nous voulons faire. Nous essayons de nous positionner dans une logique populationnelle, et nous savons que ce financement individuel tend à renforcer les inégalités sociales de santé, car ce sont ceux qui sont assurés, qui ont le bon contrat, et qui ont une démarche proactive qui en bénéficient. Nous aurons certainement besoin de mixer les modèles de financements (à l'action, à la capitation, dans une logique populationnelle). Ces financements doivent pouvoir bénéficier aux acteurs sportifs bien implantés et reconnus par les communautés d'habitants, qui sont déjà des piliers de la vie sociale dans les quartiers populaires. Certains sont déjà engagés dans le Sport-Santé, d'autres sont prêts à sauter le pas, reste à sécuriser le financement de ces activités. ■

³ <https://www.hee.nhs.uk/our-work/population-health/our-resources-hub/making-every-contact-count-mecc>

TABLE RONDE 2 :

PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modérateur : Benoît Dervaux

Maître de conférences, praticien Hospitalier (Université de Lille)

Benoît Dervaux : Merci beaucoup. L'Observatoire complet et tous ses enseignements sont disponibles sur le site du CES. L'Observatoire fournit des informations détaillées sur l'ensemble de ces actions avec toutes les recommandations faites par la Mutualité Française.

L'Article 51 est un dispositif dérogatoire, ce qui signifie que pour que l'expérimentation soit acceptée, elle doit déroger soit au Code de Sécurité sociale, soit au Code de santé publique. Pourriez-vous revenir sur les expérimentations en cours et identifier les freins les plus souvent rencontrés en termes de dérogation ? Et quelle conclusion pouvez-vous tirer concernant l'évolution possible, souhaitable ou attendue du cadre réglementaire dans lequel notre système de santé évolue ?

Camille de Combarieu : Effectivement, l'Article 51 permet de déroger aux codes mentionnés. Dans l'APA, il s'agit de rendre possible la prise en charge d'activités non remboursées comme l'APA, la diététique, et certaines thérapies psychologiques (maintenant remboursées, mais pas au début des expérimentations). Nous travaillons sur ces aspects. Certaines expérimentations avec l'APA arrivent à leur terme.

Nous avons introduit un nouveau dispositif dans l'Article 51, le décret est paru récemment. Cela s'appelle le « parcours coordonné renforcé ». Ce dispositif permet la rémunération des professionnels de santé prenant en charge les patients dans un parcours collectif, avec des paiements réguliers liés à l'épisode de soins. Le parcours coordonné renforcé intègre des activités non conventionnées et non remboursées, comme l'APA.

Les premiers Parcours coordonnés renforcés (PCR) seront déployés à partir de la rentrée 2025. La première expérimentation est prévue pour le printemps, en se concentrant notamment sur la prise en charge de l'obésité et la rééducation respiratoire des patients. L'APA fait partie intégrante de ce parcours global de prise en charge. C'est une étape essentielle pour travailler sur ce sujet et avancer vers le remboursement de l'APA. Cela implique de se pencher sur la prise en charge de l'APA en tant qu'activité physique, ainsi que sur les activités éducatives, qui sont cruciales pour la motivation et l'information des patients.

De plus, il est nécessaire d'aborder la prise en charge de l'éducation thérapeutique. Bien qu'elle soit rémunérée aujourd'hui, elle reste difficile d'accès pour les professionnels en raison de la formation longue et du financement insuffisant. Il est également important de reconnaître que, pour que l'activité physique adaptée soit efficace, elle doit s'inscrire dans la durée.

Les résultats de l'expérimentation « l'As du cœur » montrent que, sur une durée de deux ans, 80 % des patients deviennent autonomes dans leur pratique de l'activité physique, et 60 % souhaitent continuer, intégrant cette pratique dans leur quotidien.

Ce qui est très important, c'est donc l'inscription dans la durée, mais aussi le travail de coordination entre les professionnels de la prise en charge. L'articulation entre l'équipe soignante et les équipes d'APA est essentielle, car pour des prises en charge comme celle de l'obésité, de nombreuses actions sont menées en amont auprès du patient. Le relais assuré par ces équipes permet une meilleure connaissance mutuelle, renforcée par des formations communes. Cela aide à structurer un réseau solide, ce qui est primordial pour que les patients se sentent en confiance et que les messages délivrés soient cohérents et uniformes.

Benoît Dervaux : Cela signifie-t-il que, à la suite des articles 51, il y aura un remboursement d'actes qui ne sont actuellement pas pris en charge ?

Camille de Combarieu : Nous en sommes aux prémisses des travaux, donc ce que je viens d'évoquer est encore en réflexion. Toutefois, il nous semble crucial de pouvoir rembourser les aspects motivationnels et informationnels de l'éducation thérapeutique. Cela pourrait ouvrir la voie à d'autres développements. Concernant les PCR, nous pouvons rembourser des activités non conventionnées et non remboursées, mais la prise en charge reste similaire à celle du droit commun.

Benoît Dervaux : Il faudra que cela s'inscrive dans la durée pour la prise en charge de manière pérenne.

Camille de Combarieu : Dans la mise en œuvre, pour que les professionnels de santé puissent bénéficier de cette prise en charge au parcours, ils doivent répondre à un cahier des charges publié par arrêté, et donc se faire connaître auprès de leur caisse pour dire qu'ils remplissent les conditions de ce cahier des charges et qu'ils souhaiteraient en faire partie. Et à ce moment-là, ils peuvent être remboursés par les caisses primaires d'assurance maladie pour cette prise en charge là. Donc effectivement c'est inscrit de manière pérenne, le parcours est bien là.

Benoît Dervaux : Dans les enquêtes sur les maisons Sport-Santé, on a remarqué que les médecins généralistes méconnaissaient souvent les professionnels du sport, ce qui pouvait affecter leur confiance. Dans l'expérience de l'Article 51, cette situation pourrait être améliorée, car on

Table ronde 2

Procès-verbal des questions/réponses

peut partager une rémunération avec des acteurs avec qui on n'a pas encore construit une relation de confiance.

Camille de Combarieu : Dans un projet d'expérimentation, chaque acteur est engagé et identifié, ce qui rejoint cette question de protocole et de labellisation. Ne pourront intégrer ces PCR et le cahier des charges que les structures qui répondent aux standards.

Benoît Dervaux : Une question pour la mairie de Paris : l'accès aux maisons Sport-Santé est-il gratuit ? Il n'y a pas de participation financière pour les personnes qui s'y rendent ?

Caroline Izambert : Oui, c'est gratuit.

Benoît Dervaux : Cela signifie-t-il que c'est entièrement financé par le budget de la collectivité territoriale, ou y a-t-il des dotations spécifiques de l'État pour ce programme ? Comment cela fonctionne-t-il ?

Caroline Izambert : Aujourd'hui, nous bénéficions de financements de l'Agence régionale de santé, de la DRAJES – donc l'État – et les Jeux Olympiques et Paralympiques, ainsi que tous les programmes d'héritage nous ont permis d'avoir des financements qui devraient se poursuivre l'année prochaine, mais il y a une incertitude après 2025. Nous avons estimé le coût d'une maison Sport-Santé, comme celle de Curial dans le XIX^e arrondissement, qui suit 860 personnes. Le coût salarial se situe entre 150 000 et 200 000 euros par an. Les frais immobiliers sont inclus dans le budget global de la Ville. Environ 40 à 50 % de ce coût est couvert par des subventions. Ce ne sera peut-être pas le cas à l'avenir s'il n'y a pas de changement. Nous devons vraiment examiner si ces dépenses sont efficaces et si nous faisons les bons choix, car nous voulons multiplier ce nombre par 4 d'ici la fin de la mandature municipale.

Ce qui est rassurant c'est que, dans un contexte parisien souvent animé, il y a un consensus politique notable sur ce point. Tous les élus, peu importe leur couleur politique, semblent convaincus que la collectivité locale parisienne doit jouer un rôle. Cela s'explique en partie par le fait que la population parisienne est vieillissante, plus encore que dans le reste de la France, ce qui renforce ce consensus.

Outre la question de l'argent, nous avons aussi celle de l'espace à Paris. D'autres métropoles ont la même problématique. Rien que notre maison Sport-Santé, c'est 100 m², ce n'est pas grand-chose mais nous rencontrons des difficultés à trouver des locaux adaptés en termes d'accessibilité dans des quartiers très dense. Il y a aussi la question des équipements sportifs, c'est la "guerre des créneaux", comme on l'appelle en interne. Beaucoup de gens et beaucoup de clubs sportifs veulent faire des activités à Paris, et c'est aujourd'hui très compliqué. Sur un créneau de baignade, il faut arbitrer entre une classe de scolaires où c'est indispensable pour des raisons de sécurité qu'ils apprennent à nager, et de l'aquagym en

éducation sportive physique adaptée pour un public plus âgé. L'arbitrage pour les villes et l'administration est extrêmement compliqué. Il y a donc le facteur argent, mais aussi le facteur espace et équipement sportif à prendre en compte quand on pense au réseau qu'on essaie de construire.

Benoît Dervaux : Est-ce qu'une collectivité territoriale pourrait bénéficier d'une prise en charge par les acteurs de la complémentaire santé ?

Caroline Izambert : Aujourd'hui, nous ne demandons pas les mutuelles aux personnes. Les maisons Sport-Santé refléchissent actuellement à des critères de sélection à l'entrée en raison de notre succès. Nous envisageons de mesurer le niveau de sédentarité, ou de considérer l'adhésion à la CSS. Les mutuelles sont très impliquées dans la prévention, mais souvent les contrats sont limités, ou les personnes ne sont pas couvertes par la CSS pour l'APA, bien que cela soit prévu prochainement. Nous devons éviter de n'accueillir que ceux qui ont un bon contrat, car ce n'est pas notre public cible. Nous devons également faire attention à ne pas nous transformer en simple guichet.

Voici une autre idée importante : nous faisons également de la réintroduction dans les circuits de soins. Il arrive souvent que des habitants du quartier viennent sans ordonnance. Comme cette étape est nécessaire pour une prise en charge, nous avons des liens très forts avec les CPTS, et aidons les gens à retourner dans le parcours de soins avec leur médecin traitant et éventuellement l'ouverture de droits. Ensuite, les gens reviennent avec leur ordonnance.

Benoît Dervaux : Vous avez répondu à la question suivante : est-ce que l'ACSS prend en charge l'APA ? La réponse est non, mais cela pourrait changer bientôt.

Question pour la Mutualité : avez-vous des données sur le pourcentage de mutuelles qui financent l'APA ?

Anne-Gisèle Privat : C'est une excellente question, à laquelle nous n'avons pas encore la visibilité souhaitée. Pour l'instant, nous avons des informations partielles, car chaque mutuelle propose différentes garanties et forfaits. Toutefois, nous développons actuellement un système d'information plus détaillé qui devrait nous permettre d'obtenir une meilleure visibilité sur ces prises en charge à l'avenir.

Benoît Dervaux : Et dans la recommandation de la Mutualité, y a-t-il une obligation pour toutes les mutuelles du réseau de prendre en charge l'APA ? Une sorte de systématisation volontaire de la prise en charge de l'APA ?

Anne-Gisèle Privat : Non, pour l'instant il n'y en a pas. Mais, comme évoqué, nous appelons de nos voeux à la concertation avec les pouvoirs publics sur une prise en charge de l'APA. Notre souhait serait que toutes les mutuelles prennent en charge l'APA. Mais actuellement,

chaque mutuelle décide d'intégrer ou non cette prise en charge.

Benoît Dervaux : Vous avez beaucoup insisté tout à l'heure sur le sport en entreprise. Quand on regarde la manière dont les contrats se renégocient aujourd'hui, la place des compagnies d'assurance et des contrats collectifs, comment ces acteurs sont-ils impliqués dans cette prise en charge ?

Anne-Gisèle Privat : Avec les contrats collectifs, il y a un vrai enjeu. Certaines mutuelles sont déjà bien engagées dans le développement de l'activité physique et sportive en entreprise. Parmi nos propositions figure l'idée d'offrir des incitations fiscales aux mutuelles qui proposeraient ces services, et aux entreprises qui mettraient en place des équipements sportifs ou donneraient accès à des séances sportives. Cela permettrait de les accompagner dans cette démarche.

Vous avez mentionné le fait que les mutuelles jouent un rôle essentiel en matière de prévention. Il est important d'être soutenu dans cette démarche de prise en charge. Diverses évolutions réglementaires en cours pourraient encourager le développement de l'activité physique et sportive, en particulier dans les entreprises. Parmi nos propositions, nous avons mentionné l'idée de créer un « titre sport », similaire à celui existant dans d'autres domaines, ou de labelliser les entreprises sportives. De nombreuses évolutions sont possibles.

Benoît Dervaux : On a parlé un peu de rémunération, de tarification au parcours. Est-ce qu'une maison Sport-Santé pourrait être considérée comme tête de réseau, tête de parcours ?

Camille de Combarieu : On y réfléchit. Nous en sommes encore au début de la réflexion. C'est une vraie transformation de notre règlementation mais aussi culturelle. Nous commençons à obtenir des résultats et à voir l'impact, mais les implications sont énormes. Oui, il serait logique que les maisons Sport-Santé coordonnent ces prises en charge, c'est évident. Reste à voir comment. Le décret d'application du PCR précise quelles structures peuvent en bénéficier. Pour l'instant, ce n'est pas le cas, mais ce décret évoquera.

Florence Jusot : Selon les travaux de la Drees sortis récemment, la plupart des gens en contrat individuel sont plus susceptibles d'avoir des maladies chroniques que ceux qui sont en contrat collectif. Or globalement, ce sont des contrats de mauvaise qualité, donc l'activité physique adaptée ne sera probablement pas prise en charge. Ce sont souvent les cadres qui ont des contrats de bonne qualité. La population qui semble être la plus ciblée par le constat que l'on fait sur les besoins d'activité physique adaptée est *a priori* celle qui a le plus de chance de ne jamais être couverte. Il faut donc être conscient que ce n'est pas une solution à ce jour.

Benoît Dervaux : On restera donc sur le financement Assurance maladie complémentaire sous cette forme.

Stéphane Suzzoni : Concernant les garanties, il est évident que l'APA en est encore à ses débuts. Pour preuve, certaines thérapeutiques actuellement prises en charge par les mutuelles ont beaucoup moins de preuves d'efficacité. Cela montre que la profession de l'APA n'est pas encore suffisamment organisée en termes de lobby, contrairement à la naturopathie, à l'ostéopathie... Aujourd'hui il existe plus de preuves d'efficacité pour l'activité physique en tant que thérapeutique que pour ces interventions-là.

Benoît Dervaux : On essaiera de financer l'APA plutôt que l'acupuncture.

Une intervenante dans la salle : Dans la prise en charge sur l'aspect motivationnel et informationnel, faut-il comprendre que la partie pratique supervisée serait exclue ? Par exemple, après un cancer on a une prise en charge de séances de diététique psychologue, mais en revanche on n'a « que » la prise en charge d'un bilan sur l'activité physique.

Camille de Combarieu : Il est trop tôt pour vous donner une réponse définitive. Je pense qu'il faut avancer petit à petit avec ces innovations transformantes. Oui, la première étape sera probablement le remboursement des bilans. Cela permettra de mener des travaux plus longs pour rembourser d'autres services à l'avenir. Nous devons avancer progressivement car il y a des économies possibles, mais aussi des coûts importants à engager. La question de la population cible reste aussi cruciale.

Benoît Dervaux : La question de savoir qui supporte les coûts et qui bénéficie des avantages est aussi importante.

Caroline Izambert : Un acteur dont nous n'avons pas beaucoup parlé depuis ce matin, c'est l'hôpital. À Paris, nous constatons que l'APHP, qui était pionnière avec la maison Sport-Santé à l'Hôtel-Dieu, vient au-devant d'autres maisons Sport-Santé parisiennes. Nous avons plusieurs projets en préparation, allant de la sortie d'hospitalisation pour des jeunes à Robert Debré, à des programmes pour les plus de 70 ans à Fernand Widal. Récemment, un appel à une révolution de la prévention tertiaire à l'hôpital a été lancé par Nicolas Revel, le directeur de l'AP-HP, soulignant que c'est notre seule solution pour les 10 à 15 prochaines années afin de réduire les hospitalisations et alléger la charge sur les hôpitaux.

Je pense que je prêche à des convaincus ici. Cela posera néanmoins des problèmes importants, car en mettant en place ces programmes d'APA, nous réduisons les ré hospitalisations des personnes âgées, par exemple. Même si cela diminue les actes à l'hôpital, cela pourrait augmenter les coûts pour la collectivité parisienne, tout en générant des économies pour le système de santé.

Nous devons bien évaluer cela, car nous risquons de faire des choses efficaces mais qui, en déplaçant les profession-

Table ronde 2

Procès-verbal des questions/réponses

nels et les acteurs, risquent de masquer les économies réalisées.

Benoît Dervaux : Problème classique. Qui paye et qui reçoit ?

J'ai une question sur la place de l'hôpital : est-ce que la modification de la tarification hospitalière, notamment l'introduction de paiements en responsabilité populationnelle, pourrait changer la place de l'hôpital dans ce genre de dispositif ? C'est une question ouverte.

Florence Jusot : La généralisation plus systématique des ateliers d'éducation thérapeutique à proposer aux patients chroniques à l'hôpital, surtout quand il y a réadaptation du traitement, l'hospitalisation de jour, je trouve que ça serait vraiment pertinent.

Olivier Obrecht : Il y a une expérimentation du programme « Chaque contact compte » à l'hôpital en 2025. L'idée est de financer un programme expérimental pour que chaque contact à l'hôpital, que ce soit en hôpital de jour ou en consultation, serve à promouvoir les dépistages organisés et la prévention des populations. On sait que l'hôpital, vu son recrutement, est un bon marqueur social. Comme évoqué tout à l'heure, ce sont souvent les personnes les moins favorisées qui se rendent aux urgences. Il est donc important que l'hôpital remplisse sa mission de prévention, inscrite depuis 1991, mais qui, à mon avis, n'a jamais vraiment été mise en œuvre de manière concrète.

Aujourd'hui, d'un point de vue économique, le risque s'assure et la prévention se finance. Les organismes complé-

mentaires peuvent avoir un intérêt à agir, comme pour la prévention routière depuis plus de 50 ans, car financer la prévention coûte moins cher que rembourser le sinistre. Toutefois, cela reste une action volontaire, presque un produit d'appel pour certaines organisations. Alors que l'acupuncture et la chiropraxie sont souvent remboursées, l'activité physique l'est rarement.

Avec l'introduction des PCR, on pourrait résoudre ce problème en définissant un tarif. Resterait alors à décider du partage AMO/AMC, soit 80/20, 60/40, 50/50 ou autre. Nous verrons bien. En tout cas, les organismes complémentaires devront nécessairement cofinancer ces garanties.

Benoît Dervaux : Vous avez tout à fait raison, le risque s'assure, et la prévention se finance. Mais la prévention entraîne quand même une réduction de risque.

J'ai une dernière question sur le financement. Est-ce que, dans les discussions actuelles, la rémunération à la performance est abordée ? On voit que la pérennisation des efforts et le maintien de l'activité physique sont des enjeux importants. Est-ce que cela fait partie des débats aujourd'hui, d'adosser le financement à des indicateurs de qualité du maintien de l'activité physique au fil du temps, ou est-ce encore... exotique ?

Camille de Combarieu : C'est compliqué. Nous avons essayé dans l'Article 51, c'était le souhait des professionnels aussi, mais c'est compliqué. ■

Thomas Barnay
*Vice-Président du Collège des Économistes de la Santé
en charge des affaires scientifiques*

Si la question de la justification n'est plus posée (à savoir le bien-fondé d'envisager le sport comme outil de prévention), doit-on aller jusqu'à agir sur les comportements par le biais de subventions ou d'incitations financières ? La question reste ouverte. En économie, on rencontre souvent le dilemme entre efficacité et équité. Dilemme qui est revenu en force avec la question persistante de Marlène Guillon sur le biais de sélection.

Par exemple, la Ville de Paris se demandait s'il fallait créer des maisons de prévention ouvertes à tous, avec une offre large, ou bien les planter spécifiquement dans des zones défavorisées, là où les besoins sont les plus grands. L'implantation aléatoire et la gratuité peuvent élargir l'offre, mais risquent d'accroître les inégalités sociales de santé.

La seconde option est de concentrer les moyens sur des programmes plus ciblés, comme les APA, avec le risque que l'Assurance maladie obligatoire dise : « *Nous pouvons démontrer l'efficacité de ce dispositif, donc nous allons y participer, et nous verrons à quel type de public nous nous adresserons* ». Toutefois, cela accentuerait encore plus la concentration de l'AMO sur les risques lourds.

Vous l'avez mentionné plus tôt, les ALD concernent moins de 20 % de la population, mais représentent entre 60 et 70 % des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire. Donc, en renforçant l'engagement de l'AMO sur le « risque lourd », il serait nécessaire que les individus participent financièrement à un moment donné.

Par ailleurs, on voit que le modèle économique n'est absolument pas établi. Il y a une grande question d'accès à l'information. En économie, la question de l'asymétrie d'information est évidemment centrale. Quand on voit qu'il est difficile de savoir quelles assurances proposent ou non le remboursement, on constate que c'est une question cruciale. De plus, il est essentiel que les individus aient accès à l'information par leur médecin, ce qui inclut probablement un volet formation des médecins, comme cela a été souligné dans les débats.

Dans le partage du risque ou des intervenants – j'ai des questions plutôt que des réponses, j'essaie de synthéti-

ser ce dont nous avons discuté – quel est l'engagement de l'État par rapport aux collectivités territoriales, le rôle des municipalités, et l'articulation du tout ? Nous n'avons pas beaucoup parlé du volet associatif, mais il semble évident qu'il y a un besoin de coordination entre les différents acteurs. Le rôle de l'entreprise et de l'école est également central, même si cela n'a pas été beaucoup mentionné.

Finalement, que faisons-nous ? Avec des contraintes budgétaires de plus en plus fortes, est-ce qu'on se concentre sur une notion assez floue de bouger avec, comme on l'a dit, la préconisation du médecin : « *Il faut que vous fassiez du sport* », qui n'est pas prise au sérieux, mais on touche un large public et on investit collectivement dans les pistes cyclables, en subventionnant le vélo par exemple ?

Ou alors, avons-nous un modèle APA hyper standardisé qui bénéficiera à un public déjà vulnérable ? Les premières expérimentations, comme vous l'avez dit Camille, montrent qu'on peut changer durablement des comportements, même si nous n'avons pas encore beaucoup de recul. Cela montre que la prévention primaire et l'intervention en amont sont extrêmement utiles.

La question de la temporalité et du retour sur investissement se pose donc. Le rendement du sport sur un cycle de vie complet, où la prévention primaire permet de retarder l'apparition de maladies chroniques, est évidemment gagnant pour l'individu et pour la société de manière générale.

Merci encore à la Mutualité pour ce partenariat, à tous les intervenants, aux modérateurs et à tous ceux qui ont rendu la logistique possible. N'hésitez pas à suivre les activités que nous organisons au sein du Collège, notamment ces conférences thématiques sur des sujets très diversifiés. C'est très important pour nous, en tant que chercheurs, de nous nourrir des expériences des acteurs de terrain. N'hésitez pas à partager vos connaissances, car il est bénéfique de discuter avec ceux qui expérimentent ces sujets et savent ce qui fonctionne ou non. Merci encore à tous. ■