

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LES MALADES CHRONIQUES : ENTRE POLITIQUES PUBLIQUES, ORGANISATIONS INNOVANTES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES ÉMERGENTES

// PHYSICAL ACTIVITY FOR CHRONIC ILL PATIENTS: BETWEEN PUBLIC POLICY, INNOVATIVE ORGANIZATIONS AND EMERGING PROFESSIONAL PRACTICES

Claire Perrin¹ (claire.perrin@univ-lyon1.fr), Catherine Chenu², Julie Boiché³

¹ Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport, EA 7428, Université Claude Bernard Lyon 1, Université de Lyon

² Pôle expertise collective, Institut thématique santé publique, Inserm, Paris

³ Laboratoire Epsilon EA 4556, Université de Montpellier

Soumis le 09.12.2019 // Date of submission: 12.09.2019

Résumé // Abstract

L'intervention en activité physique (AP), aujourd'hui intégrée dans le parcours de soins, a acquis une légitimité scientifique et institutionnelle dans la prise en charge des maladies chroniques. Le nombre de travaux sociologiques sur cette intégration est encore limité. Cet article en propose une lecture synthétique en distinguant trois niveaux d'analyse : les institutions, les organisations et les professions qui sont appréhendés selon des écologies liées. Les organisations de santé et les disciplines médicales, en particulier la cardiologie et la diabétologie, ont joué un rôle important dans l'émergence d'une intervention en AP auprès des malades chroniques. La diabétologie a favorisé l'émergence d'un nouveau groupe professionnel dans le monde médical (les enseignants en activité physique adaptée), dont l'intervention est articulée à l'éducation thérapeutique. Les politiques se sont appuyées sur les dynamiques issues du terrain pour construire l'AP en tant que nouvel objet d'action publique.

Physical activity intervention, now integrated into the care pathway, has acquired scientific and institutional legitimacy in the management of chronic diseases. The number of sociological works focusing on this integration is still limited. However, we propose a synthetic view of this integration by distinguishing three levels of analysis: institutions, organizations and professions that can be ascertained according to related ecologies. Health organizations and medical disciplines, especially cardiology and diabetology, have played a significant role in the emergence of a physical activity intervention for chronically ill patients. Diabetology has also fostered the emergence of a new professional group into the medical world (Adapted Physical Activity teachers) whose activities articulate with other interventions such as therapeutic education. Policies have relied on real world dynamics to advance physical activity as a new subject of public action.

Mots-clés : Activité physique adaptée, Maladie chronique, Politiques publiques, Organisation, Professions

// **Keywords:** Adapted physical activity, Chronic illness, Public policy, Organization, Professions

Ce numéro thématique du BEH rend compte des principales conclusions et recommandations de l'expertise Inserm 2019 intitulée « Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques »¹. La méthodologie de l'expertise, basée sur une analyse collégiale de la littérature scientifique par un groupe d'experts interdisciplinaire, est présentée par Grémy et coll. dans le focus qui introduit ce numéro. À sa publication, début 2019, le groupe d'experts a travaillé avec les rédacteurs de la stratégie nationale sur les principaux enseignements de l'expertise, afin de développer et d'enrichir l'axe 2 de la stratégie sport santé intitulé : « *Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique* ».

Le volet sociologique de l'expertise retranscrit dans le présent article s'est attaché à retracer l'émergence de l'activité physique (AP) dans le parcours de soins des maladies chroniques jusqu'à sa pleine reconnaissance institutionnelle.

Le nombre de travaux sociologiques sur cette intégration est encore limité. L'article en propose une lecture synthétique à partir d'une sélection de 18 références parmi les 153 utilisées⁽¹⁾, en distinguant trois niveaux d'analyse : les institutions, les organisations et les professions² qui sont appréhendés selon des écologies liées³. Quelles que soient les sources de leur légitimité, les institutions en tant que projet pour la société et ses membres, deviennent aussi des missions et des mandats pour les structures et les professionnels chargés de les porter⁴. Ainsi, on ne peut comprendre le travail des professionnels de l'intervention en AP sans s'intéresser aux politiques publiques, ni aux organisations qui encadrent les interventions auprès des malades chroniques.

⁽¹⁾ Les 153 références sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/9689>

La revue de littérature mettra successivement en lumière les analyses réalisées dans chacune de ces dimensions en restant attentif à leurs effets ou leurs liens avec les deux autres.

L'activité physique comme objet d'action publique : un processus long, marqué par les rapprochements entre les ministères de la Santé, du Sport et de l'Enseignement supérieur

Les maladies chroniques sont progressivement devenues un enjeu prioritaire des politiques et plans de santé publique. Parallèlement, l'éducation thérapeutique s'est développée à la fin des années 1990, puis s'est structurée pour prendre sa place dix ans plus tard dans la prise en charge médicale de ces maladies.

Au début des années 2000, émerge en France le Plan national nutrition santé (PNNS), qui fait de la lutte contre le surpoids et l'obésité une cause nationale et met progressivement l'accent sur la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité⁵⁻⁷.

Le travail de préparation d'un Plan national de prévention par les activités physiques ou sportives (PNAPS, 2008), porté par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative constitue une étape importante dans la montée en puissance de la question de l'AP⁸. Si le PNAPS n'a pas été suivi d'une mise en œuvre, l'AP devient un axe à part entière du troisième volet du PNNS (2011-2015), mettant définitivement en exergue son processus d'inclusion dans les politiques publiques de santé, essentiellement en prévention primaire, de façon à éviter l'apparition des pathologies chroniques. Mais, c'est par le biais de la prévention tertiaire que s'institutionnalise véritablement l'activité physique dans le parcours de soins en France, à partir d'initiatives de terrain initialement portées par des équipes de soin dans le cadre des dispositifs innovants des réseaux de santé ou des unités transversales d'éducation du patient (Utep) hospitalières. Ces initiatives de terrain, qui s'appuyaient sur des données scientifiques validées, ont permis d'inscrire les activités physiques et sportives parmi les prescriptions de thérapies non médicamenteuses dans le rapport d'orientation de la HAS d'avril 2011⁽²⁾. L'action publique en matière d'activité physique s'est ainsi progressivement construite à partir des années 2000, en s'appuyant sur les innovations professionnelles et la légitimation scientifique des bénéfices de l'intervention en AP auprès des malades chroniques^{9,10}.

Le plan Sport-santé-bien-être, mis en place en 2012, constitue la première politique publique exclusivement centrée sur la promotion des activités phy-

siques et sportives (APS)^{11,12}. Il prolonge l'approche socio-sportive préalablement portée par les politiques locales¹³, en visant les publics éloignés de la pratique sportive : publics avançant en âge, précaires, handicapés ou porteurs de maladies chroniques. Malgré les différents plans nationaux prenant en compte l'activité physique en tant qu'outil de prévention et de promotion de la santé (PNNS, plan obésité, plan bien vieillir, plan cancer), constat est fait qu'une grande partie de la population n'accède pas réellement, ni durablement à la pratique d'AP, en particulier les publics les plus vulnérables.

Peu de travaux publiés ont jusqu'ici étudié la mise en place du plan Sport-santé-bien-être, mais les recherches en sciences sociales, qui analysent les politiques de santé, insistent sur l'importance de la gouvernance régionale (ARS, Agence régionale de santé, et DRJSCS, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale), niveau d'application des plans nationaux jugé le plus pertinent, et sur l'importance de l'échelon local et des politiques de la ville^{11,12}.

Le texte relatif à l'AP, promulgué dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, est adopté le 27 novembre 2015 à l'unanimité avec l'amendement 144 de l'Article L. 1172-1. Il stipule que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret ».

Après les débats qui ont suivi l'adoption de cet amendement, centrés autour de la prise en charge financière de ces prescriptions, ainsi que sur les aptitudes des professionnels à accueillir les patients, un décret et une instruction précisent les conditions de mise en œuvre de l'article.

Le Décret n° 2016-1990 « relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée », est adopté le 30 décembre 2016, publié au *Journal officiel* le lendemain et entre en vigueur le 1^{er} mars 2017. Il précise notamment la liste des « limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie » en fonction desquelles sont définis les professionnels (et bénévoles de l'encadrement sportif) aptes à intervenir.

Ce décret a enfin été suivi par une instruction aux ARS et aux DRJSCS, validée le 3 mars 2017, destinée à faciliter la mise en œuvre et l'accessibilité du dispositif dans les territoires.

De nouvelles recherches permettraient de comprendre plus en détails la construction des politiques publiques et des nouvelles juridictions dans le cadre de la nouvelle loi de santé, et d'évaluer la mise en œuvre de la prescription de l'AP par les médecins traitants dans les territoires.

⁽²⁾ HAS, Rapport d'orientation « Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées », avril 2011. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

Les dispositifs d'intervention en activité physique portés par les organisations : entre tradition et innovation

Les organisations qui développent une intervention en activité physique pour des personnes vivant avec une maladie chronique sont aujourd'hui multiples. Elles relèvent de l'hospitalisation publique et privée, des réseaux de santé, des communautés professionnelles regroupant des professionnels libéraux, mais également du secteur associatif comme du secteur commercial non médical. Ces organisations ne touchent pas les mêmes publics, ne mobilisent pas des professionnels identiques et s'inscrivent dans des logiques d'intervention diversifiées.

La cardiologie hospitalière et la diabétologie des réseaux de santé se distinguent dans la littérature sociologique par leur rôle précurseur et complémentaire dans l'intégration de l'activité physique dans le monde médical.

La cardiologie a été l'une des premières spécialités à contribuer au développement des politiques de santé préventive à vocation populationnelle et à légitimer la promotion de l'AP dans le cadre de la promotion de la santé¹⁴. Outre son impact sur la santé publique, la Fédération française de cardiologie a par ailleurs participé à l'intégration d'interventions en activité physique dans le cadre des prises en charges curatives et éducatives des pathologies cardiaques et dans les Clubs cœur et santé. Le réentraînement et la réadaptation à l'effort par un exercice prescrit constituent des modèles de référence prioritaires de l'intervention en AP en cardiologie. Ils visent une reconstruction sous contrôle médical de l'autonomie des patients, information et éducation apparaissant comme des pratiques complémentaires¹⁵.

La diabétologie des réseaux de santé a intégré l'AP dans un mouvement réformateur initié par une mise en doute de la capacité de l'approche médicale traditionnelle à traiter la maladie chronique¹⁰. Elle a activement participé au développement de dispositifs innovants, permettant un mode de travail transversal visant la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs professionnels et des patients experts pour produire des soins de long terme, dans une proximité avec le lieu de vie du patient et en cohérence avec son projet personnel. L'intervention en activité physique adaptée (APA) a ainsi été portée par une dynamique collective pluridisciplinaire d'*empowerment* des patients⁹.

Trois modèles d'intervention en AP ont pu être identifiés dans les dispositifs inventés par les équipes de soins¹⁶ : (1) le modèle de la prescription de l'AP qui valorise les activités d'information-explication et de soutien de la motivation du patient, (2) le modèle de l'incitation par une expérience pratique ponctuelle dont les objectifs sont de rassurer le patient sur ses capacités pour qu'il s'engage de lui-même dans une pratique selon la technique du « pied dans la porte », et (3) le modèle de l'éducation

via l'expérience prolongée de situations d'enseignement qui développent les ressources physiques, motrices, psychosociologiques et culturelles du patient. Les deux premiers modèles relèvent d'une conception spontanéiste de l'autonomie : le patient est considéré comme un individu indépendant, capable de choix raisonnables et d'autocontrôle de ses habitudes de vie. Le troisième modèle relève d'une conception interventionniste qui conçoit que l'autonomie en AP est à (re)construire dans le cadre d'une intervention éducative. Les patients étant considérés comme « hétéronomes », il devient nécessaire d'intervenir pour combler les ressources dont manquent certains patients pour s'engager dans un processus d'autonomisation.

Travail et dynamique des professions : émergence du groupe des professionnels de l'APA dans le contexte collaboratif des réseaux de santé

Les interventions en AP se sont développées dans le cadre des nouvelles pratiques professionnelles interdisciplinaires d'éducation thérapeutique, portées par les équipes de coordination des réseaux de santé (dans les réseaux innovants du point de vue de l'AP, il s'agissait d'un médecin diabétologue, d'une infirmière, d'une diététicienne, d'un enseignant en APA). Les informations et recommandations s'étant révélées très peu efficaces auprès des patients, une intervention pratique en APA a été jugée nécessaire. L'objectif ne pouvait pas être celui de faire faire de l'exercice¹⁷. Il s'agissait au contraire de développer une pratique durable autonome qui ne se confonde pas avec celle de la rééducation. Il a donc été jugé utile par les coordinateurs des réseaux de recruter des professionnels spécialisés, non seulement dans l'encadrement des APS (dans le respect du code du sport), mais également dans l'éducation physique pour développer les ressources et transformer les savoir-faire. Il a par ailleurs été jugé nécessaire de penser la compétence à adapter les contenus aux capacités, aux besoins et aux attentes des personnes fragilisées par la maladie, de manière à ce que l'AP ne leur fasse pas courir de risque et améliore leur état de santé. Ce sont ces trois compétences (adapter à la pathologie, son traitement et son évolution ; encadrer des APS ; éduquer pour la santé) que les diabétologues ayant œuvré au développement de cette professionnalité pensaient signifier par la dénomination d'éducateur médico-sportif qu'ils avaient retenue^{17,18}. Ils ont assez rapidement identifié qu'elles correspondaient aux compétences développées dans les formations universitaires en APA.

Les discours consacrant l'émergence d'un nouveau groupe professionnel dans les réseaux de santé se sont structurés avec la création de l'association des éducateurs médico-sportifs (Adems) en 2005. Ces discours se sont confrontés à ceux qui ne voyaient dans cette activité professionnelle qu'un

infléchissement de l'activité de travail des professionnels de l'APA issus d'une formation universitaire. Ces derniers se sont constitués en Société française des professionnels de l'APA (SFP-APA) en 2008, société toujours active, invitée à la plupart des débats institutionnels concernant l'AP¹⁸.

Dans les deux cas, le modèle de référence est celui d'une approche intégrée au parcours de soins à partir d'un niveau de qualification cohérent avec celui de l'équipe de soins. Il permet des collaborations pluriprofessionnelles dans le cadre d'une approche holistique partagée qui vise le développement de l'autonomie des patients. Il suppose une bonne connaissance du parcours de soins et des cadres déontologique ou éthique.

Dans le secteur sanitaire, l'enseignant en APA prend place aux côtés de professions établies et réglementées, pour certaines de longue date (professions médicales et paramédicales). Dans les dispositifs de droit commun, il se trouve souvent confondu avec le groupe des éducateurs sportifs. Les dynamiques collaboratives étudiées sur les terrains de l'intervention se transforment en conflits de juridiction quand elles rencontrent l'arbitrage des institutions (phase critique d'élaboration du décret relatif à l'article 144 de la nouvelle loi de santé¹⁹).

Si les réseaux de santé visaient à substituer aux temps de prescription médicale, des temps de bilan éducatif partagé et de co-construction d'un projet individuel de pratique physique, la nouvelle loi de santé produit de nouvelles configurations en plaçant la prescription du médecin généraliste au centre du dispositif. Elles devront être étudiées pour leurs effets sur l'activité de travail et sur les dynamiques professionnelles.

Conclusion

Les logiques d'intervention en AP qui transparaissent dans la revue de littérature sociologique²⁰ se caractérisent par une grande variabilité en fonction des organisations dans lesquelles elles s'exercent (établissements de santé, réseaux de santé, organisations sportives, associations de patients, organisations privées commerciales...), en fonction des niveaux d'échelle de l'intervention (échelle de l'état, politiques territoriales) et en fonction des groupes professionnels impliqués, coordonnés ou non entre eux. Certaines interventions se limitent à encadrer des exercices pour des sujets qui exécutent des consignes, tandis que d'autres visent un enseignement pour former un sujet auto-réflexif, à même de faire des choix et de construire de nouvelles normes de vie. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Expertise Inserm 2019. Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques. Montrouge: Les éditions

Inserm. Expertise collective; 2019. 828 p. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

[2] Milly B. Le travail dans le secteur public. Entre institutions, organisations et professions. Collection « Didact sociologie ». Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2012. 231 p.

[3] Abbott, A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago: Chicago University Press; 1988. 452 p.

[4] Hughes EC. Men and their work. London: The Free Press of Glencoe, Collier-Macmillan Limited; 1958. 184 p.

[5] Basson JC, Haschar-Noé N, Theis I. La traduction territoriale du Programme national nutrition santé (PNNS) en Midi-Pyrénées, France. Health Policy. 2013;9(SP): 26-37.

[6] Génolini JP, Clément JP. Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. Sciences Sociales et Sport. 2010;1(3): 133-56.

[7] Honta M, Haschar-Noé N. Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. Sciences Sociales et Santé. 2011;29(4): 33-62.

[8] Toussaint JF. Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative; 2008. 295 p. <https://www.vie-publique.fr/rapport/30253-retrouver-sa-liberte-de-mouvement-pnaps-plan-national-de-prevention>

[9] Perrin C, Champely S, Chantelat P, Sandrin-Berthon B, Mollet E, Tabard N, *et al.* Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. Santé publique. 2008;20(3):213-23.

[10] Terret T, Perrin, C. Activité physique des personnes atteintes d'un diabète en France : du rejet de la pratique à sa promotion par les associations de patients. Stadion. 2007; XXXIII(2):185-206.

[11] Honta, M. The state and management of partnership arrangements in France: An analysis of the implementation of the "Sport, Health and Well-being" plan. International Journal of Sport Policy and Politics. 2016; (8)4:557-591.

[12] Honta M, Basson JC, Sallé L. The fight against physical inactivity at the local level: Urban governance and fragile Partnerships. The Case of the City of Bordeaux (France). Journal of Sport and Health. 2015;6(1):7-17.

[13] Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. Informations sociales. 2015;1(187):47-53.

[14] Favier-Ambrosini B. Socio-histoire du lien entre activité physique et prévention de la santé de 1960 à 1980. Santé publique. 2016;S1(HS):13-24.

[15] Cazal J, Génolini JP. Apprendre l'hygiène de vie après un accident cardiaque. La figure contractuelle de l'« auto-soignant ». Sociologie. 2015;6(3): 241-62.

[16] Perrin C. Exercice du patient ou mouvement de la personne malade? L'introduction de l'APA dans le secteur médical confrontée à la valeur d'autonomie. In Andrieu B (dir.). Éthique du sport. Lausanne: L'âge d'homme; 2013. p. 328-39.

[17] Chantelat P, Perrin C. Les éducateurs médico-sportifs : une activité émergente inscrite dans le monde médical. in Demazières D, Gadéa C (dir.). Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis. Paris: La Découverte; 2009. p. 252-62.

[18] Perrin C. Contribution à l'étude des nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique pour la santé. Note de synthèse pour l'obtention de l'Habilitation à Diriger des Recherches soutenue à l'Université Claude Bernard Lyon 1, le 10 décembre 2008. 182 p.

[19] Perrin, C. Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. Santé publique. 2016;S1(HS):141-51.

[20] Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : approches sociologiques. In : Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des

maladies chroniques. Montrouge: Les éditions Inserm. Expertise collective; 2019. p. 49-100. https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-09/Inserm_EC_2019_Activit%C3%A9PhysiqueMaladiesChroniques_Complet.pdf

Citer cet article

Claire Perrin, Catherine Chenu, Julie Boiché. L'activité physique pour les malades chroniques : entre politiques publiques, organisations innovantes et pratiques professionnelles émergentes. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(HS):13-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/2020_HS_3.html

> ARTICLE // Article

JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DE LA PRESCRIPTION EN PREMIÈRE INTENTION DE PROGRAMMES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE DANS LES MALADIES CHRONIQUES

// SCIENTIFIC JUSTIFICATION FOR FIRST-LINE PRESCRIBING OF PHYSICAL ACTIVITY PROGRAMS FOR THERAPEUTIC PURPOSES IN PATIENT WITH CHRONIC DISEASE

Grégory Ninot¹ (gregory.ninot@umontpellier.fr), Agnès Vinet², Guillaume Walther², Damien Freyssenet³, Thibaut Guiraud⁴, François Carré⁵

¹ Laboratoire EA 4556 Epsilon et Plateforme CEPS, Université de Montpellier ; Institut du cancer de Montpellier

² Laboratoire de Pharm-Écologie cardiovasculaire EA 4278, département Sciences et techniques des activités physiques et sportives, Université d'Avignon

³ Laboratoire interuniversitaire de biologie de la motricité EA 7424, Université de Lyon, Université Jean Monnet, Saint-Étienne

⁴ Inserm UMR 1048, Université Paul Sabatier, Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires, Toulouse ; Clinique Cardiocéan, Orpea/Clinea, La Rochelle

⁵ Laboratoire Traitement du signal et de l'image, UMR Inserm 1099, Biologie, santé, innovation technologique (Biosit), SFR UMS CNRS 3480, Inserm 018, Université de Rennes 1 ; service de médecine du sport, CHU de Rennes

Soumis le 06.01.2020 // Date of submission: 01.06.2020

Résumé // Abstract

Sur la base de l'expertise collective Inserm publiée en 2019, cet article fait la synthèse des programmes d'activités physiques adaptées à visée thérapeutique qui devraient être prescrits en première intention par les médecins traitants. Il établit des cadres généraux dont la mise en œuvre devra être personnalisée en fonction des caractéristiques individuelles (e.g. motivation, préférences, attitude vis-à-vis de l'activité physique) et du contexte de vie (e.g. charge familiale et professionnelle, niveau socioéconomique, lieu de vie) de chaque patient pour garantir le meilleur ratio bénéfice/risque et, par la suite, les meilleures chances de pratique régulière et suffisante d'activités physiques en prévention tertiaire.

Based on the INSERM collective expertise published in 2019, the article summarizes the physical activity programs for therapeutic purposes that should be prescribed as first-line treatment by physicians. It establishes general frameworks whose implementation will have to be personalized according to the individual characteristics (i.e. motivation, preferences, behaviors regarding physical activity) and the context of life of each patient to guarantee the best benefit/risk ratio and, after, the best chances of regular and sufficient practice of physical activities in tertiary prevention.

Mots clés : Maladies chroniques, Activité physique, Prescription de première intention

// **Keywords:** Chronic diseases, Physical activity, First line prescription

Introduction

Adopter un style de vie actif fait gagner au moins sept ans d'espérance de vie à un adulte, diminue de 30% son risque de maladie chronique et réduit ses dépenses de soin à long terme. L'OMS (Organisation

mondiale de la santé, 2017)¹ recommande une large palette de pratiques corporelles aux adultes de 18 à 64 ans, sains comme malades. Une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 2008 a souligné les bénéfices physiologiques et psychologiques