

Introduction

Avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques ne cesse de s'accroître. Un français sur quatre souffre d'une maladie chronique, et trois sur quatre après 65 ans. Être atteint d'une maladie chronique augmente les risques de complications, de situations de dépendance et de précarité sociale préjudiciable à la qualité de vie. Ces pathologies représentent une charge de plus en plus lourde pour les malades et pour le système de santé. La prévention des complications, des récidives, des exacerbations et des aggravations des maladies chroniques est un enjeu majeur tant pour le bien-être des personnes que pour la pérennité de notre système de santé.

Les bénéfices de la pratique d'une activité physique, adaptée si nécessaire, l'emportent sans conteste sur les risques encourus, quel que soit l'âge et l'état de santé des personnes. C'est ce que confirme l'expertise collective de l'Anses publiée en février 2016 intitulée « Actualisation des repères du Plan national Nutrition Santé (PNNS) relatifs à l'activité physique et à la sédentarité ». Elle reprend les résultats de l'expertise Inserm 2008 « Activité physique. Contextes et effets sur la santé » en les complétant. Ces deux expertises mettent en exergue les multiples bénéfices de l'activité physique en prévention primaire avec un effet d'autant plus important sur la réduction de la mortalité et de l'incidence des maladies chroniques que l'activité physique est régulière, intense et soutenue dans le temps. Elles insistent sur les effets bénéfiques de l'activité physique en tant que soin complémentaire, ou traitement curatif pour certaines pathologies chroniques. Parallèlement, dans son rapport publié en 2011, la Haute Autorité de santé² propose des voies d'améliorations pour le développement de la prescription des thérapies non médicamenteuses validées qui incluent l'activité physique.

Les effets avérés de l'activité physique sur la réduction des complications, notamment des comorbidités et des multimorbidités, sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et sur leur autonomie, ont conduit à l'inscription de la « prescription » d'activité physique dans le Code de la santé publique. La loi de modernisation du système de santé de 2016 stipule en effet que « dans le cadre du parcours de soins

2. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Avril 2011.

des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». Ses décrets d'application du 30 décembre 2016 précisent les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. L'intervention en activité physique adaptée prend ainsi sa place dans le parcours de soin en tant qu'intervention non médicamenteuse, thérapeutique ou complémentaire des autres traitements. Elle doit bien entendu s'articuler avec les programmes d'éducation thérapeutique du patient inscrits dans la loi HPST³ depuis 2009, et viser une autonomisation et une pérennité de la pratique.

Inclure l'activité physique dans le parcours de soin et dans le quotidien des personnes atteintes de pathologies chroniques, les accompagner vers une pratique autonome et pérenne implique de mettre en place des collaborations entre tous les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, de l'activité physique et sportive. Cela invite également à réfléchir à des partenariats entre le système de soins et les structures de droit commun qui encadrent des activités physiques de loisirs. Cela impose aussi de s'intéresser aux déterminants permettant d'assurer la continuité de l'activité physique lors du passage d'un programme d'activité physique supervisé, le plus souvent dispensé dans un service de soins ou de réadaptation, à une pratique autonome lors du retour au domicile.

Au regard de ses bénéfices multiples chez les patients atteints de maladies chroniques, l'intégration dans le parcours de soin de programmes d'activités physiques adaptées qui puissent trouver leur place dans le parcours de vie de chacun, est un enjeu majeur de santé publique. Il doit mobiliser l'ensemble des acteurs directement concernés mais également être porté par les politiques publiques dans leur ensemble, qu'elles concernent la santé, le sport, mais également l'urbanisme, les transports ou l'aménagement du territoire⁴.

C'est dans ce contexte que le ministère des Sports a sollicité l'Inserm pour la réalisation d'une expertise collective Inserm sur la prévention et le traitement des pathologies chroniques par l'activité physique. La présente expertise s'intéresse à la prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques c'est-à-dire aux bénéfices – et aux risques – de la pratique d'une activité physique chez les personnes adultes atteintes de maladies chroniques. Elle évalue les liens entre la pratique d'activité physique et les maladies

3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

4. Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Collection Expertise collective. Paris : Éditions Inserm, 2014.

chroniques en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité, de rapport bénéfices/risques, d'amélioration de la qualité de vie et d'impact économique. Elle met en perspective les résultats en envisageant également les aspects psychologiques et le contexte social lié à la pratique d'activité physique.

Le premier enjeu de cette expertise collective n'est pas tant de savoir si on doit recommander ou prescrire une pratique régulière d'activité physique adaptée aux personnes atteintes d'une maladie chronique – il n'y a plus aucun doute sur cette nécessité – mais de déterminer les caractéristiques des programmes les plus efficaces selon les aptitudes physiques et les ressources psychosociales initiales des patients dans la perspective d'obtenir un maximum de bénéfices avec un minimum de risques : quand commencer un programme (à quelle distance du diagnostic), quelle pratique (type d'activité physique, renforcement musculaire, endurance, combinée), quelle intensité, quelle fréquence, dans quel cadre (pratique supervisée, programme d'activité physique adaptée, à domicile, en autonomie...), avec quelle forme d'intervention professionnelle (réadaptation, enseignement, supervision, animation...)?

Si le nombre d'études évaluant l'efficacité de programmes d'activité physique adaptée est en constante progression, leur qualité reste trop souvent discutable. Le groupe d'experts s'est efforcé de faire une lecture critique des études et méta-analyses publiées, d'évaluer la méthodologie employée et la robustesse des résultats dans une approche basée sur les preuves (*evidence based medicine*⁵). Un chapitre est ainsi consacré aux enjeux méthodologiques de la recherche évaluative concernant les programmes d'activité physique adaptée et souligne la nécessité de développer une recherche interventionnelle de qualité dans ce domaine.

L'autre enjeu essentiel est d'identifier les déterminants de l'adoption par les personnes atteintes de maladies chroniques d'un comportement actif, pérenne et inséré dans les habitudes de vie. Quel serait l'intérêt d'un programme d'activité physique adaptée dont la démonstration d'efficacité a été faite par un essai clinique réalisé dans des conditions idéales, mais qui ne serait ni approprié ni adopté par les patients ? Comprendre les déterminants psychologiques, physiques, sociaux et environnementaux (freins comme facteurs favorisant) qui interviennent dans le processus d'adoption d'un mode de vie actif et pérenne est tout aussi essentiel que la démonstration de

5. Les niveaux de preuve sont ceux retrouvés dans la littérature, issus des classifications des différentes sociétés savantes ou évalués par les experts selon les recommandations de la HAS : A : Preuve scientifique établie ; B : Présomption scientifique ; C : Faible niveau de preuve scientifique.

l'efficacité de programmes. En effet, le choc de l'annonce d'une maladie chronique et de ce qu'elle implique chez des patients, pour la plupart déconditionnés physiquement et peu confiants dans leurs aptitudes physiques, les attitudes à l'égard de la maladie comme de l'activité physique, les préférences pour certaines activités, l'influence des proches, les ressources financières et la proximité d'équipements favorables à la pratique (équipements sportifs, espaces verts, pistes cyclables...) sont autant d'éléments à prendre en compte dans l'élaboration d'une intervention en activité physique adaptée. Ces éléments adossés aux conditions favorisant le projet d'activité physique des patients et à l'utilisation de techniques motivationnelles éprouvées seront essentiels à prendre en compte pour assurer le succès d'une activité physique régulière ancrée dans la vie quotidienne. Par ailleurs, les différents intervenants professionnels en activité physique ont une expertise spécifique acquise au cours de leur formation qui ne s'inscrit pas dans une seule et même logique d'intervention auprès du patient. S'agit-il de contribuer à la réadaptation des patients ? D'enseigner de nouvelles compétences motrices et psychosociales ? De soutenir un projet individuel en supervisant une pratique physique ? D'animer une pratique ? Différentes logiques d'intervention doivent être distinguées. Elles pourraient éventuellement se succéder à différentes étapes des parcours de soins et de santé pour répondre aux besoins évolutifs des personnes malades. L'expertise pose ainsi la question des formations des professionnels concernés, mais aussi des logiques d'intervention soutenues par les différents dispositifs, notamment dans leur façon de définir l'autonomie.

L'expertise collective traite des maladies chroniques non transmissibles⁶ les plus fréquentes telles que le diabète de type 2, l'obésité, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme, les cancers, les syndromes coronaires aigus, l'insuffisance cardiaque, l'accident vasculaire cérébral, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les maladies ostéo-articulaires⁷, les dépressions et la schizophrénie. Les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, maladies causant des détériorations cognitives importantes, ne sont pas rentrées dans le cadre de ce travail et nécessiteraient en elles-mêmes une autre expertise.

Enfin, l'expertise présente les mécanismes par lesquels l'activité physique agit de façon générale (amélioration de la condition physique), mais aussi spécifique selon les pathologies concernées (accroissement de la sensibilité à l'insuline pour les personnes diabétiques par exemple). Un chapitre est

6. Les 4 principales pathologies chroniques non transmissibles retenues par l'OMS sont les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, et les pathologies respiratoires (BPCO et asthme).

7. Une expertise collective Inserm est en cours sur la fibromyalgie et cette pathologie ne sera donc pas abordée dans ce travail.

consacré aux mécanismes moléculaires, métaboliques, biologiques à l'œuvre pour expliquer – ou tenter d'expliquer – les effets de la pratique d'activité physique chez des personnes malades chroniques. Une partie importante de l'expertise décrit pathologie par pathologie, les bénéfices/risques de l'activité physique, et l'intérêt en prévention, soin complémentaire et/ou thérapeutique de l'activité physique. Elle fait également le point sur les programmes d'activité physique spécifiques qui sont validés, lorsqu'ils existent. On constate une grande hétérogénéité des connaissances des bénéfices/risques de l'activité physique selon la pathologie considérée : une bibliographie étendue et robuste pour les pathologies cardiovasculaires, ostéo-articulaires, métaboliques et respiratoires, une littérature maintenant très fournie et bien étayée pour les cancers, mais des publications beaucoup plus rares pour la schizophrénie.

Le groupe d'experts a souhaité ajouter un lexique où sont définis les concepts essentiels à la compréhension de cet ouvrage tels que la prévention secondaire, tertiaire ou l'activité physique adaptée. À travers différentes disciplines scientifiques, différents métiers de santé et du sport, il est apparu aux experts grâce aux nombreuses réunions et échanges au cours de ce processus d'expertise qu'un même mot ne revêtait pas la même signification (aptitude, condition physique, sédentarité...) ou au contraire deux mots utilisés dans des contextes thérapeutiques différents avaient la même signification (réadaptation en cardiologie et réhabilitation en pneumologie). Il a semblé important que ces définitions figurent en annexe de l'ouvrage. Le groupe d'experts a également souhaité développer certaines notions complexes, comme l'intensité de l'activité physique, les notions de sédentarité/inactivité physique, d'entraînement, de capacité aérobie ou de fardeau du traitement, essentielles à la compréhension et à la lecture critique de l'ouvrage, dans un chapitre intitulé « Notions préalables ».

La procédure d'expertise collective de l'Inserm mise en œuvre pour répondre à la demande du ministère des Sports propose une analyse de la littérature scientifique par un groupe pluridisciplinaire de 13 experts, chercheurs dans les domaines de l'épidémiologie, l'épidémiologie clinique, la psychologie, la psychologie sociale, la sociologie, la physiologie du sport, la physiopathologie vasculaire, la biologie moléculaire et cellulaire, de l'obésité, du diabète, de la cardiologie, de l'oncologie, des pathologies respiratoires et ostéo-articulaires.

La bibliographie qui a été mise à disposition des experts a servi de base à leurs travaux. Elle a été sélectionnée dans les champs permettant d'analyser le rôle et l'efficacité de la prévention et du soin par l'activité physique dans les pathologies concernées, les modalités d'activité et les interventions à

privilégier, les mécanismes moléculaires mis en jeu, les motivations et freins liés à la pratique ainsi que les organisations, dispositifs et professionnels impliqués dans la mise en œuvre de l'activité physique adaptée.

Les chapitres qui suivent s'appuient sur l'analyse de la littérature effectuée par les experts dans chacune de leur discipline. Cette analyse ainsi que la réflexion collective du groupe d'experts ont permis de proposer des recommandations. L'apport complémentaire d'intervenants extérieurs venus présenter leurs travaux apparaît sous la forme de communications intégrées après l'analyse⁸. Les textes d'analyse sont regroupés en deux parties, la première correspond à une approche transversale, commune à l'ensemble des pathologies, la seconde partie aborde le sujet en fonction des pathologies et de leur spécificité.

L'analyse est suivie d'une synthèse et de recommandations élaborées et validées collectivement par le groupe d'experts.

8. Les analyses et points de vue exprimés dans les communications n'engagent que leurs auteurs.