



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTERE DE LA SANTE
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**Implication des kinésithérapeutes libéraux au sein du
dispositif de prescription d'activités physiques adaptées :
une enquête dans le Grand-Est.**

Mémoire présenté par Victorien DIDIER,
étudiant en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de l'obtention du Diplôme d'État du Masseur-Kinésithérapeute
2015-2019.

Implication des kinésithérapeutes libéraux au sein du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées : une enquête dans le Grand-Est.

Introduction : La pratique régulière d'activité physique a montré de nombreux bénéfices pour la santé et notamment en prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 permet la prescription d'activité physique adaptée (APA) par le médecin traitant pour les patients atteints d'une affection de longue durée. Le décret n°2016-1990 autorise les masseurs-kinésithérapeutes (MK) à dispenser les APA principalement pour les patients atteints de limitations fonctionnelles sévères et réaliser les bilans de prises en charge. Nous nous interrogeons sur l'implication des MK libéraux du Grand-Est (MKLGE) dans ce dispositif. Ont-ils connaissance du dispositif ? Certains sont-ils déjà intégrés ? Ou sont-ils intéressés pour l'intégrer ?

Méthode : Nous avons envoyé un questionnaire sous format « Google Form », par mail, à 2500 MKLGE par l'intermédiaire de l'URPS-MK du Grand-Est. Les réponses ont été réceptionnées du 19 octobre au 21 décembre 2018 et les données analysées avec « Microsoft® Excel© 2013 ».

Résultats : Sur les 355 MKLGE inclus dans l'étude, 242 (68,2%) ont eu connaissance de l'existence du dispositif. Sur ces 242, 76 (31,4%) en ont une bonne connaissance et 14 (5,8%) ont déjà intégré le dispositif. Sur 228 MKLGE, 140 (61,4%) ont déclaré être intéressés pour intégrer le dispositif.

Discussion et conclusion : Nous observons que les MKLGE peinent à investir le dispositif, en ont une connaissance approximative, mais y portent un certain intérêt. Au vu des résultats, il existe un réel besoin de communication auprès des professionnels et des efforts supplémentaires doivent être réalisés pour augmenter leur implication. Plusieurs obstacles entravent leur investissement tels que : le manque de prescription, un déficit de moyens, un dispositif peu connu du grand public, le financement, le manque de formations, un conflit avec d'autres professionnels. Certains évoquent le développement personnel, la qualité des soins, une intention d'ouverture, de collaboration et d'intégration pour investir ces réseaux. Il serait intéressant de compléter l'étude en recueillant l'avis et le ressenti des MKLGE vis-à-vis de ce dispositif et de réévaluer les résultats dans un futur proche.

Mots-clés : activité physique adaptée, kinésithérapie, prescription, santé publique.

Involvement of the liberal physiotherapists within the device of adapted physical activities on prescription: a survey of a French's region « Grand-Est ».

Introduction : The regular practice of physical activity has shown many benefits for health and especially in primary, secondary and tertiary prevention. Article 144 of the law of modernization of french's health system n°2016-41 allows adapted physical activities (APA) on prescription by the general practitioner for patients with a long-term condition. The decree n°2016-1990 authorizes physiotherapist (PT) to dispense APA mainly for the patients with severe functional limitations and to realize the balance sheets. We wonder about the involvement of self-employed PTs of the French's region « Grand-Est » (PTLGE) in this device. Do they know? Have some PTs already integrated it ? Are they interested in it?

Method : We sent by e-mail a survey prepared with "Google Form" to 2500 PTLGE through the URPS-MK of the french's region « Grand-Est ». The responses were received from October 19 to December 21, 2018 and the data analyzed with "Microsoft® Excel© 2013".

Results : Among the 355 PTLGE included in the study, 242 (68.2%) were aware of the existence of the device. Of these 242, 76 (31.4%) have good knowledge and 14 (5.8%) have already integrated the device. Of 228 PTLGEs, 140 (61.4%) said they were interested in integrating the device.

Discussion and conclusion : We observe that PTLGEs hardly invest the device, have an approximate knowledge of it, but are interested. Seen the results, there is a real need of communication with professionals and additional efforts have to be made to increase their involvement. Several obstacles hinder their investment such as: lack of prescription, lack of resources, a device poorly known to the general public, funding, lack of training, conflict with other professionals. Some recall personal development, the quality of care, an intention of openness, collaboration and integration to invest these networks. It might be interesting to complete the study by collecting the opinion and the feeling of the PTLGE about this device and to re-evaluate the results in a near future.

Key-Word : adapted physical activity, physiotherapy, prescription, public health.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
1.1	Différencier sport, activité physique, inactivité physique, sédentarité	2
1.2	Constat de l'inactivité physique et de la sédentarité.....	3
1.3	Les bénéfices de l'activité physique sur la santé	4
1.4	Le concept du « sport-santé sur ordonnance » (SSSO) ou « prescription d'activité physique adaptée (APA) »	6
1.5	L'organisation du dispositif.....	7
1.6	Les réseaux du Grand-Est.....	8
2	MATERIEL ET METHODE	9
2.1	Caractéristique de l'étude	9
2.2	Stratégie de recherche documentaire	9
2.3	Méthode.....	11
2.3.1	Population	11
2.3.2	Le choix d'un questionnaire	12
2.3.3	Recueil des données	12
2.3.4	Analyse des données.....	12
2.4	Matériel.....	13
2.4.1	Elaboration du questionnaire	13
2.4.2	La trame du questionnaire.....	14
2.4.3	L'enquête démographique.....	14
2.4.4	Questions sur les habitudes d'informations	15
2.4.5	Questions sur les connaissances	15
2.4.6	Questions sur l'intégration	15
2.4.7	Questions sur l'intérêt	16
2.4.8	Questions sur les besoins en informations supplémentaires	16
3	RESULTATS	16

3.1	Profil des répondants	17
3.2	Connaissances du dispositif	20
3.2.1	Moyens d'informations.....	20
3.2.2	Comparaison des habitudes d'informations	21
3.2.3	Connaissance du dispositif et caractéristiques de la population	22
3.2.4	Niveau de connaissance.....	23
3.3	Intégration au dispositif	25
3.3.1	Description de l'intégration	25
3.3.2	Intégration et caractéristiques de la population.....	26
3.4	Intérêt au dispositif.....	26
3.4.1	Intérêt et caractéristiques de la population	26
3.5	Les « obstacles » à l'intégration au dispositif.....	28
3.6	Les « raisons d'implications » à l'intégration au dispositif.....	29
3.7	Besoins en informations supplémentaires.....	30
4	<i>DISCUSSION</i>	32
4.1	Les biais	32
4.1.1	Biais de sélection.....	32
4.1.2	Biais de communication	32
4.1.3	Biais de représentativité	32
4.1.4	Biais de formulation.....	33
4.1.5	Biais de désirabilité sociale	33
4.1.6	Biais méthodologique	34
4.2	L'enquête.....	34
4.3	Amélioration du questionnaire	34
4.4	Analyse des connaissances	35
4.5	Analyse de l'intégration.....	36
4.6	Analyse de l'intérêt	37
4.7	Analyse des obstacles.....	38
4.7.1	Manque de prescription	38
4.7.2	Déficit de moyens (Temps, matériels, gymnase ...)	39

4.7.3	Dispositif peu connu du grand public	39
4.7.4	Le financement	40
4.7.5	Manque de formations	41
4.7.6	Conflit avec d'autres professionnels	43
4.8	Analyse des raisons d'implication	43
4.8.1	Développement personnel et qualité des soins	43
4.8.2	Ouverture, collaboration et intégration	44
4.8.3	Les maisons sport-santé.....	44
4.9	Communication auprès de la profession	44
4.10	Les kinésithérapeutes : un rouage essentiel	45
4.10.1	Une mobilisation nécessaire.....	45
4.10.2	Des compétences uniques.....	46
4.10.3	A l'étranger	46
4.10.4	Les perspectives pour les kinésithérapeutes	47
5	CONCLUSION.....	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	17
Figure 2: Classes d'âge des répondants (n=355)	18
Figure 3: Classes d'année d'obtention du diplôme d'état MK des répondants. (n=355)	18
Figure 4 : Pays d'obtention du diplôme d'état de MK pour les répondants. (n=355)	19
Figure 5 : Départements d'exercice des répondants (n=355)	19
Figure 6 : Diplôme en APA des répondants. (n=355)	20
Figure 7 : Moyens d'informations préférentiels. (n=242)	21
Figure 8 : « Selon-vous, où se situe le masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif ? » (n=242)	24
Figure 9 : Répartition des notes au QCM sur la connaissance des MKLGE concernant leur rôle dans le dispositif. (n=242)	25
Figure 10 : Répartition en fonction des âges de l'intérêt à intégrer le dispositif. (n=341).....	27
Figure 11 : « Obstacles » envisagés par MKLGE sur leur implication dans le dispositif. (n=242)	28
Figure 12 : Les « raisons d'implications » des MKLGE intéressés par une intégration dans le dispositif de prescription d'APA. (n=141)	29
Figure 13 : Les « points positifs » à l'intégration des MKLGE au dispositif de prescription d'APA. (n=14)	30
Figure 14 : « A propos de quel(s) sujet(s) avez-vous besoin d'informations supplémentaires ? » (n=355).....	31
Figure 15 : « Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous avoir des informations supplémentaires ? » (n=355)	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Effets de l'AP sur la santé.....	5
Tableau II : Résultats de la recherche documentaire.....	11
Tableau III : Comparaison des habitudes d'informations (n=355).....	22
Tableau IV : Années d'obtention du diplôme et connaissance du dispositif. (n=355).....	22
Tableau V : Pays d'obtention du diplôme et connaissance du dispositif. (n=355).....	22
Tableau VI : Diplômes relatifs à l'APA obtenus et connaissance du dispositif. (n=341).....	23
Tableau VII : Répartition des notes au QCM. (n=242).....	24
Tableau VIII : Statut professionnel et intérêt porté au dispositif. (n=341).....	27
Tableau IX : Structure d'exercice et intérêt porté au dispositif. (n=341).....	27

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée
AP : Activité Physique
APA : Activité Physique Adaptée
ARS : Agence Régional de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébrale
CFKSS : Certificat de Formation en Kinésithérapie du Sport et Santé
CNDS : Centre National pour le Développement du Sport
CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
CQP : Certificat à Qualification Professionnel
CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CROMK : Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CROS : Comité Régional Olympique et Sportif
CUMSAPA : Centre Universitaire de Médecine du Sport et d'Activité Physique Adaptée
DAPGVA : Diplôme en Activité Physique et Gym Vertébrale Active
DRJSCS : Direction Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EAP : Encadrement de l'Activité Physique
EAPA-S : Educateur en Activité Physique Adaptée et Santé
EBP : Evidence Based Practice
ESTEBAN : Etude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FFMKR : Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
HAS : Haute Autorité de Santé
IFMK : Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGJS : Inspection Générale de la Jeunesse et des Sports
MET : Equivalent métabolique ou Metabolic Equivalent Task
MK : Masseur-Kinésithérapeute
MKLGE : Masseur-Kinésithérapeute Libéraux du Grand-Est
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PEDro : Physiotherapy Evidence Database
QCM : Question à Choix Multiple
RLAM : Régime Local d'Assurance Maladie
RSSBE : Réseau Sport Santé Bien-Etre
SNMKR : Syndicat Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
SSSO : Sport Santé Sur Ordonnance
STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TFP : Titre à Finalité Professionnel
URPS-MK : Union Régionale des Professionnels de Santé – Masseurs-Kinésithérapeute
URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecin Libéraux

1 INTRODUCTION

Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la sédentarité comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (1). En 2012, *The Lancet* alarmait sur le nombre de décès dans le monde liés à l'inactivité physique : plus de 5 millions chaque année (2). Le manque d'exercice physique, le temps passé assis et les modes de transports « passifs » favorisent l'adoption d'un mode de vie sédentaire (3). Dans le monde, 1 adulte sur 4 et 3 adolescents sur 4 n'atteignent pas les niveaux d'activités physiques minimum recommandés par l'OMS (4,5) et le coût lié à l'inactivité physique est estimé à 67,5 milliards de dollars pour l'économie mondiale (6). Pourtant, la pratique régulière d'activité physique (AP) présente de nombreux bénéfices sur la santé à la fois en prévention primaire, secondaire et tertiaire (7,8).

Fort de ce constat, L'OMS s'est fixé pour cible une réduction de 10% de la prévalence du niveau insuffisant d'activité physique pour 2025 (4). Ainsi, de nombreux pays ont développé des politiques en faveur de la promotion de l'activité physique depuis plusieurs années (9–13). La France s'est récemment engagée dans cette démarche (14). L'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016, permet la prescription d'activité physique adaptée (APA) par le médecin traitant pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) (15). Le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, relatif à l'application de cette loi, autorise le masseur-kinésithérapeute (MK) à dispenser l'APA (16). Le MK est également qualifié pour réaliser les bilans fonctionnels prévus dans ce décret.

Plusieurs dispositifs de prescription d'APA ont pu émerger sur l'ensemble du territoire (17–19), et notamment dans le Grand-Est. Cependant, l'implication des kinésithérapeutes au sein de ces dispositifs ne semble pas si évidente (20,21), comme le souligne monsieur Mathias Willame : « *force est de constater que les kinésithérapeutes ne sont pas en première ligne sur le sujet. Peut-être faudrait-il interroger la profession pour savoir si elle a envie de s'investir dans ce projet* » (21).

L'objet de cette étude répond à l'interrogation concernant l'implication des MK libéraux dans le Grand-Est : Ont-ils connaissance du dispositif ? Certains sont-ils déjà intégrés ? Ou sont-ils intéressés pour l'intégrer ?

Après avoir répondu à ces questions, nous analyserons si certains facteurs personnels au MK influencent la connaissance, l'intégration et l'intérêt au dispositif. Nous essayerons de cibler les différents obstacles d'une intégration des MK, les raisons d'implications et les besoins en informations autour de ce sujet. Ces éléments pourraient anticiper une future communication auprès de la profession.

Nous commencerons ce mémoire en rappelant certains éléments permettant de contextualiser le sujet. Ensuite, nous détaillerons la méthode et le questionnaire utilisés pour réaliser l'enquête. Nous présenterons nos résultats. Enfin, nous discuterons de ces résultats en rapport avec nos recherches bibliographiques et essaierons d'anticiper les perspectives d'évolution.

1.1 Différencier sport, activité physique, inactivité physique, sédentarité

Il est important de comprendre les différences sémantiques entre le sport, l'activité physique, l'inactivité physique et la sédentarité pour éviter tout quiproquo.

Le ministère des sports, en s'appuyant sur la charte européenne du sport, définit le sport comme « *toutes formes d'activités physiques et sportives qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux* » (22). De cette définition, ressort la notion d'obtention de résultats en compétition.

Ce concept n'entre pas dans la simple définition de l'activité physique qui se caractérise communément par « *l'ensemble des mouvements corporels produits par la mise en action des muscles squelettiques et entraînant une augmentation substantielle de la dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos* » donné par Caspersen en 1985 (23). L'AP se caractérise par des paramètres mesurables (fréquence, intensité, type, temps, volume, progression) (8). Ainsi, la marche, le vélo, le ménage peuvent être considéré comme de l'activité physique. Nous pouvons apporter une précision supplémentaire en définissant l'activité physique adaptée. Selon l'article L1172-1 du code de santé publique, il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient (15).

L'inactivité physique se définit lorsque la personne n'atteint pas les recommandations en matière d'AP (24). Selon l'OMS, elles sont pour les enfants et adolescents de 5 à 17 ans, « *d'accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue* », et pour les adultes, de « *pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'intensité modérée et soutenue* » (5). Il est préférable de séquencer ces activités en 5 fois 30 minutes par semaine pour les AP d'intensité modérée et 3 fois 30 minutes par semaine pour les AP d'intensité élevée (25).

Enfin, la sédentarité se définit par tout comportement caractérisé par une dépense énergétique inférieure à 1,6 METs (Equivalent métabolique ou Metabolic Equivalent Task) incluant la position assise ou allongée (24). Il faut différencier un mode de vie sédentaire, où les activités sont présentes mais où il n'y a pas assez d'activité physique, et un comportement sédentaire qui correspond à des occupations spécifiques passives dont la dépense énergétique est proche de la valeur de repos (télévision, ordinateur...) (24,25). Par conséquent, certains sportifs de haut niveau peuvent adopter un comportement sédentaire.

1.2 Constat de l'inactivité physique et de la sédentarité

En 2012, dans le monde, on estimait que l'inactivité physique était responsable de 6% de maladies coronariennes, 7% de diabète de type 2, 10% de cancers du sein et 10% de cancer du côlon et causait 9% de mortalité prématurée (2).

La population française ne déroge pas au mode de vie sédentaire de ses contemporains mondiaux. Le rapport ESTEBAN, qui avait pour objectif de décrire entre-autre l'activité physique et la sédentarité de la population française métropolitaine, indique « *des niveaux d'activité physique encore faibles et une sédentarité élevée chez les adultes et les enfants résidant en France métropolitaine en 2015* ». Dans cette étude, nous avons sélectionné plusieurs éléments que nous jugeons caractéristiques de la population française adulte :

- « *seulement 53% des femmes et 70% des hommes atteignaient les recommandations mondiales de l'OMS en matière d'activité physique* »,
- « *un adulte sur cinq cumulait les deux facteurs de risques, à savoir un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique bas* »,

- « près de 90% des adultes déclaraient 3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour »,
- « bien qu'elle soit conséquente pour l'ensemble de la population adulte, la sédentarité semblait davantage le fait de « loisirs sédentaires » (du type temps passé devant un écran) chez les personnes les moins diplômées et davantage le fait d'une activité professionnelle sédentaire chez les plus diplômés » (24).

En 2017, L'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) a réalisé un état des lieux. Ce dernier, révèle des inégalités en terme de sédentarité. Parmi de nombreuses informations, l'étude révèle que :

- « le temps passé assis ou allongé augmente avec le niveau de diplôme »,
- « les niveaux d'activité physique diffèrent selon les régions »,
- « la proportion d'adultes ayant un niveau d'activité physique élevé est plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine »
- « les femmes ont globalement moins de comportements sédentaires que les hommes » (25).

1.3 Les bénéfices de l'activité physique sur la santé

La littérature scientifique abonde de référence en faveur d'une activité physique bénéfique pour la santé. Les effets sont visibles en prévention primaire, où elle évite l'apparition de la maladie. En prévention secondaire, l'AP intervient au stade précoce de la maladie en vue d'éviter sa progression. En prévention tertiaire, elle diminue les complications et le risque de récurrence de certaines pathologies. En 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un « guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé » (8). Dans ce document, elle a répertorié dans un tableau les bénéfices de l'AP pour la santé, lui-même synthétisant les données du *Secretary of health Washington*. Ce tableau est disponible en annexe (ANNEXE I), mais nous en proposons un résumé (tab.I) permettant de visualiser rapidement la portée de l'AP sur la santé. D'autres effets provenant d'autres sources bibliographiques complètent le tableau (répertoriées entre parenthèses). (26–28).

Tableau I : Effets de l'AP sur la santé.

Type de prévention	Effets de l'AP
Prévention primaire	Prévention de certains cancers
	Réduit risque de dépression et signes d'anxiété
	Réduit l'obésité abdominale
	Diminution du risque de chute chez les personnes âgées
	Diminution du risque de démence
	Diminue le risque d'ostéoporose (26)
Prévention secondaire	Diminue le risque d'apparition de diabète de type II (27)
	Diminue la pression artérielle systolique chez les personnes hypertendus
	Réduit le risque de mortalité cardio-vasculaire
Prévention tertiaire	Modifie le profil lipidique au profit du HDL cholestérol (28)
	Réduit le risque de récurrence du cancer
	Améliore la qualité de vie pour les personnes souffrant de troubles mentaux
	Améliore la qualité de vie, la tolérance aux traitements et la fatigue pour les personnes atteints de certains cancers
	Diminue la douleur dans l'arthrose
	Améliore la marche chez les personnes atteints de sclérose en plaque, de lésion de la moelle épinière, de maladie de Parkinson, ayant fait un AVC
	Améliore les fonctions cognitives dans la maladie de Parkinson, les démences, schizophrénie, troubles de l'hyperactivité et déficits d'attention
Améliore la capacité d'exercice, la dyspnée et la tolérance à l'effort chez les patients présentant une pathologie respiratoire chronique	

De manière plus générale, une méta-analyse de grande puissance, indique qu'un « *niveau élevé d'activité physique d'intensité modérée (environ 60 à 75 min par jour) atténue sans éliminer le risque accru de décès associé au temps passé en position assise* » (29). En outre, il n'est pas nécessaire d'atteindre les 150 minutes d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse par semaine recommandées par les lignes directrices internationales pour en ressentir les bienfaits pour la santé. Ils peuvent être acquis à un niveau et/ou une intensité plus faible d'activités physiques (30).

Au vu des bénéfices apportés pour la santé, la HAS a reconnu l'activité physique et sportive comme une thérapeutique non médicamenteuse (8). Récemment, elle a replacé l'AP comme traitement principal de la lombalgie chronique (31). Dès lors, on comprend toute l'importance de l'AP, notamment chez les patients porteurs de pathologies chroniques.

1.4 Le concept du « sport-santé sur ordonnance » (SSSO) ou « prescription d'activité physique adaptée (APA) »

Initié à Strasbourg en 2012, le SSSO a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques (32). Plusieurs facteurs bio-psycho-sociaux peuvent être responsables d'un manque de pratique d'AP chez ces personnes : limitations fonctionnelles, motivation, croyances, éducation, revenus financiers, accès géographique, environnement familial, regard des autres ... Même si la prescription relève du médecin traitant, ce dispositif ne peut se cantonner qu'au domaine médical. Ainsi, les domaines de la santé, du sport, de la culture, de l'éducation, des transports, de l'urbanisation doivent être en interrelation pour diminuer les taux de sédentarité et réduire les facteurs d'inégalité sociale (33,34). L'objectif est d'engager le patient dans un mode de vie physiquement actif. Ce dispositif les accompagne vers une pratique encadrée. C'est un moyen d'éducation à vocation psychologique ou sociale (35). Il cherche à autonomiser le patient face à son manque d'activité et le remettre en confiance avec son corps.

Alors, si adopter un mode de vie actif fait l'objet de politique publique, pourquoi aller jusqu'à la prescription médicale ? D'abord, le médecin traitant tient une place centrale dans la diffusion des bonnes pratiques. Une revue de la littérature révèle que « *la majorité des patients a plus changé son comportement après avoir bénéficié des conseils par leur médecin qu'après avoir écouté les messages véhiculés par les médias* » (36). Ensuite, la prescription de l'APA par le médecin, au-delà du simple conseil ou de la remise d'un document par le soignant, apporte un bénéfice supplémentaire aux interventions de promotions de l'AP (37). Enfin, le retour d'expérience de dispositif de prescription d'APA est satisfaisant. En Suède, sur un suivi de 6 mois, 73% des patients ont augmenté leur niveau d'AP et 42% sont passés d'un niveau d'AP insuffisant à un niveau suffisant (38). Puis à Strasbourg, sur 6 mois également, le score de Ricci et Gagnon qui évalue l'AP, le score de qualité de vie SF36 et la distance parcourue au test de marche de 6 minutes ont augmenté (39).

La réussite de ce dispositif tient en partie sur une multidisciplinarité dans le parcours du patient (40). Le dispositif français est destiné à des patients porteurs d'une maladie chronique. Il est donc indispensable que des professionnels de santé y soient intégrés, notamment pour les patients ayant des limitations fonctionnelles sévères. Pour autant, il ne

s'agit pas là d'enfermer le patient dans un parcours de soin traditionnel (33). On doit entrevoir une « démedicalisation » de la prise en charge (41). La réalisation de l'activité en groupe, avec des patients présentant la même pathologie, peut aider à surmonter certaine stigmatisation. A Strasbourg, la constitution de groupes de « pairs » et le soutien apporté aux patients pendant les séances d'activité physique par des « instructeurs sportifs professionnels » ont joué un rôle important (42). C'est pourquoi des non-professionnels de santé tels que les enseignants en APA et santé (EAPA-S) ont toute légitimité dans ce dispositif. Dans ce continuum du parcours du patient, le kinésithérapeute tient toute sa place en étant à la fois professionnel de santé et éducateur sportif (43).

1.5 L'organisation du dispositif

Nous allons détailler l'organisation du dispositif telle qu'elle est définie par le décret n°2016-1990 (16). Ce décret place le médecin traitant au cœur de ce dispositif. Il prescrit, oriente et coordonne le parcours du patient avec les différents acteurs. La prescription doit être faite sur un formulaire spécifique et s'accompagne si besoin d'une attestation de non contre-indication à la pratique d'un sport. En préambule de la prise en charge, une évaluation des limitations fonctionnelles du patient devra être effectuée, permettant de déterminer son profil fonctionnel selon 4 niveaux d'altérations : sévère, modérée, minime et sans limitation (ANNEXE II). Sont évaluées, les fonctions locomotrices, sensorielles, cérébrales et la perception de la douleur. L'appréciation de ces limitations revient toujours au médecin traitant qui est responsable de l'orientation du patient. En pratique, la réalisation du bilan peut être déléguée vers un autre professionnel mais la conclusion reste sous la responsabilité du médecin. Le phénotype fonctionnel permet d'orienter le patient vers le professionnel le plus habilité à encadrer l'APA (ANNEXE III). Les intervenants pouvant dispenser cette activité sont chronologiquement :

- « 1° : des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 43321 du code de santé publique, à savoir les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens,
- 2° : des professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée (APA) délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation (EAPA-S),
- 3° : des éducateurs sportifs, des fonctionnaires et des militaires figurant à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications

professionnelles, et des professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification professionnelle (CQP),

- 4° : *des personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée. »*

Le phénotype fonctionnel doit être évalué fréquemment, permettant l'évolution du parcours du patient. Un compte-rendu devra être remis par l'intervenant au médecin périodiquement. Il est cependant important de notifier que les prises en charges se distinguent des actes de rééducation et à ce titre ni la prescription, ni la dispensation de l'AP ne font l'objet de remboursement de la part de la sécurité sociale.

1.6 Les réseaux du Grand-Est

En 2009, en Champagne-Ardenne, le comité régional olympique et sportif (CROS) en collaboration avec France Assos Santé, représentant d'usagers, et l'union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux (URPS-ML) créent le « Réseau Sport Santé Bien-Etre » (RSSBE) soutenu par la ville de Reims, le département de la Marne et la région Champagne-Ardenne (44). L'objectif est de permettre aux professionnels de santé d'intégrer les activités physiques et sportives dans leur stratégie préventive, éducative ou thérapeutique. En 2012, la ville de Strasbourg, a développé le dispositif SSSO. Les résultats de cette expérience ont donné naissance à l'amendement de madame Valérie Fourneyron, ancienne ministre des Sports, amenant la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 (32). D'autres réseaux ont pu voir le jour sur l'ensemble de la région : « APS Vosges », « REDOM » (diabète, obésité, maladie cardio-vasculaire), « Réseau Cardio Prévention Obésité » (RCPO), « Réseau Santé Colmar », « Réseau Santé Sud Alsace ». Le CHRU de Nancy, propose également un programme d'APA pour certains patients au sein du centre universitaire de médecine du sport et d'activité physique adaptée (CUMSAPA). L'unité assure un prolongement à domicile grâce à une collaboration avec les réseaux de proximité (45).

Récemment, l'agence régionale de santé (ARS) du Grand-Est, la direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la région Grand-Est et le régime local d'assurance maladie (RLAM) ont lancé le dispositif « Prescri'mouv » (46). Les URPS médecins libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes (URPS-ML, URPS-MK), les conseils

régionaux de l'ordre des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes (CROM, CROMK) ainsi que les EAPA-S de l'université de Lorraine font partie des intervenants et du comité de pilotage de « Prescri'mouv ». L'ensemble des réseaux cités précédemment, avec le comité régional olympique et sportif (CROS) du Grand-Est, s'y sont associés. Le démarrage a officiellement débuté le 22 octobre 2018 en Ardenne, Aube, Marne, Haute-Marne et Haut-Rhin et s'est déployé progressivement sur l'ensemble de la région jusqu'au premier trimestre 2019. Ce dispositif répond à une des priorités du plan régional de santé 2018-2028. Son organisation s'appuie sur celle prévue par le décret 2016-1990, mais nous observons quelques différences. Le dispositif « Prescri'mouv » n'inclut que des adultes atteints de limitations fonctionnelles légères à modérées, et pour certains types d'ALD (diabète, cancers (sein, colorectal, prostate), arthrite des membres inférieurs, maladie coronaire stabilisée, broncho-pneumopathie chronique obstructive) et d'une obésité de classe 1 ou 2. Le bilan médico-sportif amenant à la prescription de l'APA comprend en plus de l'évaluation fonctionnelle, un entretien motivationnel. Trois types de parcours sont proposés au patient en fonction de son profil (ANNEXE IV). Le parcours 1, en autonomie ou vers des clubs proposant une licence sport-santé. Le parcours 2, vers des créneaux dédiés encadrés et labellisés « Prescri'mouv ». Le Parcours 3, en accompagnement spécifique, avec des séances individuelles ou collectives de huit personnes maximum, destiné à remettre en confiance le patient vis-à-vis de l'AP. Le MK peut réaliser le bilan médico-sportif et dispenser les séances du parcours 3.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Caractéristique de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, à visée descriptive.

2.2 Stratégie de recherche documentaire

Nous avons organisé nos recherches selon quatre axes ; législatif, santé publique, professionnel, et scientifique. Différentes bases de données ont été interrogées selon les axes de recherches :

- législatif : Légifrance, site internet du ministère des solidarités et de la santé, site internet du ministère des sports, site internet de l'Assemblée Nationale,

- santé publique : Santé publique France, site internet de l'ONAPS, site internet de l'OMS,
- professionnel : Kiné actualité, Kiné scientifique, site internet du CNOMK, site internet de l'URPSMK, HAS,
- scientifique : MEDLINE®, PEDro, Cochrane, Science Direct, SportDiscus, Social Sciences.

Nous avons utilisé différents mots-clés en fonction des bases de données consultées. Concernant la littérature professionnelle, seul le mot-clé « activité physique » a suffi. Certaines bases de données de littérature scientifique ont été interrogées grâce à cette équation de recherche, que nous appelons « Eq1 » : («activité* physique*» or «activité* physique* adaptée*» or «sport santé» or «physical activit*») and (prescription* or ordonnance* or dispositif* or device* or «prescription d'activité physique» or «sport sur ordonnance») and (kinésithérap* or masso-kinésithérap* or massokinésithérap* or physiotherap* or «physical therap*»). Les recherches ont été complétées en parallèle en utilisant séparément les mots-clés : « prescription d'activité physique », « sport santé et ordonnance* », « physical activit* prescription* ». Nous avons limité nos recherches sur la période de 2013 à 2019. Les résultats sont détaillés dans le tableau II.

Nous avons sélectionné les articles scientifiques selon les critères suivants :

- titre en rapport avec le sujet,
- n'évaluant que l'intervention d'activité physique (non associé à la diététique),
- en rapport avec le bénéfice de l'activité physique (Etude de haute qualité),
- en rapport avec un dispositif de prescription d'activité physique,
- en rapport avec une stratégie de promotion de l'activité physique,
- note minimum de 5/10 sur l'échelle d'évaluation PEDro,
- n'ayant pas été déjà retenus dans les recherches antérieures (suppression des doublons).

Les informations trouvées nous ont permis d'établir la problématique, de construire le questionnaire et de discuter les résultats.

Tableau II : Résultats de la recherche documentaire.

	Bases de données	Equation de recherche	Résultats Bruts	Articles retenus
littérature scientifique	MEDLINE®	Eq1	112	37
	Sciences Direct		62	
	SPORTDiscus		54	
	Social Sciences		24	
	MEDLINE®	prescription d'activité physique	11	30
	Sciences Direct		58	
	SPORTDiscus		16	
	Social Sciences		0	
	Sciences Direct	sport santé et ordonnance*	3	3
	Catalogue des BU		2	
	HAL Université de Lorraine		1	
	PEDro	physical* activit* prescription*	83	14
Cochrane	15		3	
littérature professionnelle	Kiné actualité	activité physique ("sport santé" pas de différence)	102	40
	Kiné scientifique		52	12

2.3 Méthode

2.3.1 Population

La population cible concerne les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région Grand-Est (MKLGE). Le CROMK du Grand-Est en a recensés 5 422 en septembre 2018 (47). Nous avons envoyé un questionnaire par mail à 2 500 d'entre eux, soit 48% de la population cible, par l'intermédiaire de l'URPS-MK du Grand-Est.

Etaient inclus :

- les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région Grand-Est, à temps plein ou partiel.

Etaient exclus :

- les masseurs-kinésithérapeutes salariés à temps plein,
- les masseurs-kinésithérapeutes retraités.

2.3.2 Le choix d'un questionnaire

Nous avons jugé le questionnaire comme moyen de recueil d'informations le plus approprié pour répondre à la question de recherche. Comparativement aux différents types d'entretiens (libres ou guidés), l'envoi d'un questionnaire confère un taux de réponses plus important, des avantages de coûts, de logistiques et d'anonymats. Il permet également d'éviter l'influence de l'interlocuteur.

2.3.3 Recueil des données

Nous avons choisi d'envoyer le questionnaire exclusivement par l'intermédiaire de l'URPS-MK du Grand-Est. Ainsi, nous pouvons connaître le taux de réponse au questionnaire en contrôlant le nombre exact d'envoi. En effet, avec la participation complémentaire d'un autre organisme (FFMKR, SNMKR ...) comme diffuseur, nous nous exposons au risque d'obtenir des doublons dans les réponses. Le questionnaire étant anonyme, nous ne pouvons contrôler l'envoi de deux réponses par une seule et même personne. Egalement, nous n'avons pas souhaité diffuser le questionnaire par l'intermédiaire des réseaux sociaux, pour pouvoir connaître le nombre de personnes exposées au questionnaire. De plus, le questionnaire peut être rempli par des individus non inclus dans notre population cible. Nous n'avons aucun moyen de le vérifier.

Pour faciliter le remplissage et l'analyse des données, le questionnaire a été conçu sous format « Google Forms ». Il a été envoyé le 19 octobre 2018 et les réponses ont été recueillies jusqu'au 21 décembre 2018 inclus. Nous avons effectué 2 relances durant cette période. Les questionnaires ont été reçus par les MKLGE par l'intermédiaire d'un mail (ANNEXE V).

2.3.4 Analyse des données

Les réponses recueillies par l'application « Google Form » ont été extraites vers le logiciel d'analyse « Microsoft® Excel® 2013 ». Au préalable de l'analyse nous avons supprimé un doublon dans les réponses. Les données ont été triées puis analysées. Les variables étudiées sont qualitatives, ce qui nous oblige à utiliser des tests non paramétriques. Les tests statistiques ont été choisis et réalisés à l'aide de l'application « BiostaTGV ». Pour chaque test

statistique nous avons utilisé le test du Chi², pour étudier des liens entre différentes variables qualitatives. Ce test est conçu pour déterminer si la différence entre deux distributions est attribuable à l'erreur d'échantillonnage (le hasard) ou est suffisamment grande pour être statistiquement significative. Le seuil de significativité choisi est de 0,05, indiquant qu'il existe un lien significatif entre deux variables si ($p < 0,05$).

2.4 Matériel

2.4.1 Elaboration du questionnaire

Nous avons utilisé la méthode des « cinq P » (pertinence, parcimonie, plagiat, pré-test, et présentation) pour la construction du questionnaire (48). La méthode est décrite par T. Perneger et adaptée par B. Petre.

Pertinence : Nous avons privilégié des questions fermées dès que cela était possible. Ce choix a aussi permis de faciliter le remplissage et de simplifier l'interprétation des résultats. Les réponses proposées étaient sous formes de dichotomie, listes d'items ou échelle linéaire. Pour éviter de cloisonner certaines réponses, lorsqu'il s'agissait de recueillir un avis, nous avons utilisé des questions semi-ouvertes.

Parcimonie : Chaque question est en adéquation avec un objectif précis. Nous avons cherché à utiliser des termes simples, sans ambiguïté dans la formulation des réponses et des questions.

Plagiat : Nous n'avons pas trouvé de questionnaire existant destiné aux observations recherchées. Nous avons construit le questionnaire.

Pré-test : Nous avons effectué ce pré-test en 3 étapes. Le questionnaire a été testé dans un premier temps auprès de 6 étudiants de l'institut de formation de masso-kinésithérapie (IFMK) de Nancy. Ensuite, nous l'avons proposé à 3 professionnels exerçant en libéral. Nous avons réitéré le test une dernière fois en le proposant à 3 autres masseurs-kinésithérapeutes libéraux. A chaque étape, nous avons recueilli l'avis des testeurs concernant le temps de remplissage, la compréhension et l'interprétation des questions et l'adéquation du questionnaire à leur pratique professionnelle. Leurs remarques ont permis d'obtenir la version finale du questionnaire.

Présentation : Il s'agissait là d'un élément clé du questionnaire. L'objectif était de réaliser un état des lieux exhaustif, en interrogeant des profils variés, sans avoir un a priori sur le profil des interrogés. Il fallait un enchaînement correctement établi des questions posées pour conserver une cohérence dans le questionnaire. En effet, demander à un MK s'il avait déjà intégré le dispositif alors qu'auparavant il avait répondu ne pas le connaître est dénué de sens. L'interrogé suit donc une trame de questions en fonction de ses réponses (ANNEXE VI). Celle-ci a été construite de manière à recueillir les informations nécessaires en fonction des différents profils tout en évitant redondance et incohérence.

2.4.2 La trame du questionnaire

Le questionnaire débute par une série de questions répertoriant les caractéristiques de chaque MK interrogé. Nous l'avons appelé « enquête démographique ». Ensuite, tous les MK sondés répondent à une suite de questions concernant leurs « habitudes d'informations ». S'ensuit un arbre décisionnel où une question filtre répartit les MK en différents groupes en fonction de leurs réponses (ANNEXE VI). Ainsi, les « non connaisseurs » suivent un questionnaire adapté à leur profil et les « connaisseurs » continuent le questionnaire. Une deuxième question filtre sépare les « intégrés » des « non intégrés ». Les « non intégrés » continuent le questionnaire jusqu'à une troisième question filtre distinguant les « intéressés » des « non intéressés ». Tous les MK interrogés terminent le questionnaire par une série de questions concernant leurs besoins en informations supplémentaires.

2.4.3 L'enquête démographique

Nous avons répertorié les différentes caractéristiques de la population étudiée par sexe, classe d'âge, année d'obtention du diplôme, pays d'obtention du diplôme, département d'exercice, le type du lieu d'exercice, statut professionnel et structure d'exercice. Nous avons également répertorié les diplômes obtenus relatifs à l'APA, l'adhérence à un réseau « sport-santé », et l'obtention de la carte professionnelle d'éducateur sportif.

2.4.4 Questions sur les habitudes d'informations

Nous voulions comparer les habitudes d'informations entre le groupe des « connaisseurs » et celui des « non connaisseurs ». Nous avons posé une série de questions sur les fréquences de participation des répondants à des congrès, de consultation des bulletins d'informations professionnelles, sites internet professionnels, revues professionnelles, articles scientifiques, réseaux sociaux. Nous proposons une échelle de réponses sur 4 niveaux croissants de fréquences (ANNEXE VII).

2.4.5 Questions sur les connaissances

L'évaluation des connaissances commençait par une première question filtre destinée à séparer le groupe des « connaisseurs » des « non connaisseurs ». Les « connaisseurs » étaient soumis à 3 questions concernant les moyens d'informations ayant permis de connaître le dispositif, la lecture du décret n°1990-2016 et leur niveau de connaissance. Concernant la dernière question, nous avons cherché à quantifier ce niveau de connaissance en créant un QCM sur le rôle du MK au sein de ce dispositif. Cette question a donc été évaluée sur 6 en accordant 1 point à chaque item juste. Pour avoir 6 points sur 6, il fallait ne pas cocher « il prescrit l'APA » et cocher tous les autres items (ANNEXE VII).

Concernant les « non connaisseurs », nous leur avons proposé un court descriptif du dispositif. Ensuite nous leur avons posé une question sur leur intérêt à intégrer le dispositif. Après, les « non connaisseurs » étaient redirigés vers la dernière partie du questionnaire ; « besoins en informations supplémentaires ».

2.4.6 Questions sur l'intégration

Cette partie du questionnaire commence là encore par une question filtre destinée à séparer les « intégrés » des « non intégrés ». Nous avons posé 5 questions aux « intégrés » destinées à décrire leur participation au dispositif. Ensuite, nous leur avons posé des questions concernant les « obstacles » et les « points positifs » de leur intégration. Enfin, nous leur avons demandé d'évaluer, sur une échelle de 0 à 10, leur expérience dans le cadre du dispositif APA. Les « non intégrés » continuaient le questionnaire vers l'évaluation de l'intérêt.

2.4.7 Questions sur l'intérêt

L'évaluation de l'intérêt commence par une question filtre qui distingue les « intéressés » des « non intéressés ». Nous avons proposé deux questions aux « intéressés », sur leurs « raisons d'implications » et les « obstacles » envisagés. Nous avons demandé aux « non intéressés » leurs raisons de non implication.

2.4.8 Questions sur les besoins en informations supplémentaires

Chaque répondant a terminé le questionnaire sur une partie concernant leurs besoins en informations supplémentaires. Nous les avons soumis à deux questions semi-ouvertes concernant les sujets et les moyens d'informations.

3 RESULTATS

Le questionnaire a été envoyé à 2500 masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est (MKLGE), soit 45,8 % de la population totale de MKLGE. Nous avons réceptionné au total 356 réponses. Lors de l'analyse des données, nous avons supprimé un doublon. Ainsi, nous obtenons 355 réponses sur les 2500 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse au questionnaire de 14,2%. Le nombre de répondants correspond à 6,5% de la population totale de MKLGE (47). Nous présentons ci-dessous notre diagramme de flux (fig.1). Il permet de visualiser les effectifs en fonction de l'avancé dans le questionnaire.

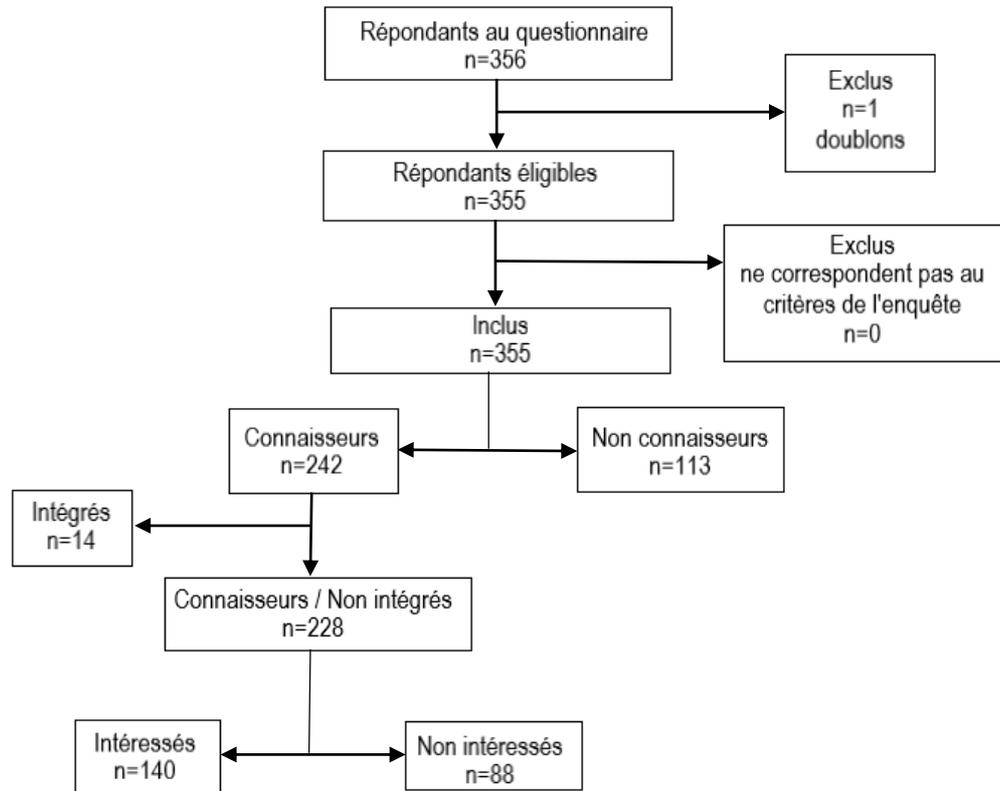


Figure 1 : Diagramme de flux

3.1 Profil des répondants

Nous comparons chaque caractéristique des répondants, avec les caractéristiques de la population totale des MKLGE lorsque cela est possible (47). Toutes les caractéristiques des répondants sont répertoriées dans le tableau des résultats disponible en annexe VIII. Nous avons détaillé les informations essentielles ci-dessous.

53,5% des répondants sont des femmes et 46,5% sont des hommes. Cette répartition se rapproche de celle de la population totale des MKLGE (hommes : 48,9% / femmes : 51,1%).

La répartition des répondants par classe d'âge apparaît similaire à celle de la population totale, avec un plus grand pourcentage de répondants de 50-59 ans et un moins grand pourcentage de 20-29 ans dans notre étude (fig.2).

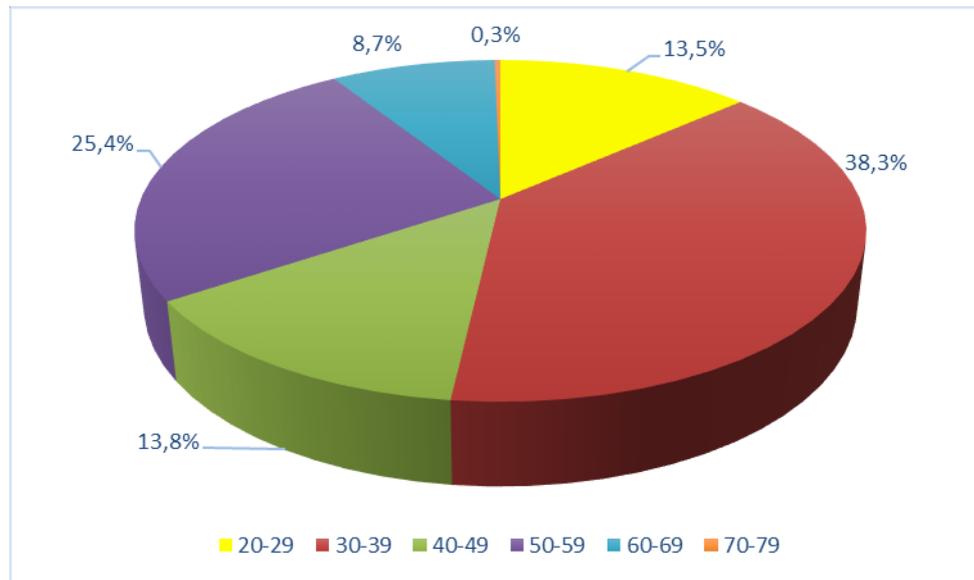


Figure 2: Classes d'âge des répondants (n=355)

Concernant l'année d'obtention du diplôme, une plus grosse proportion des répondants l'ont eu entre 2000 et 2009 (fig.3).

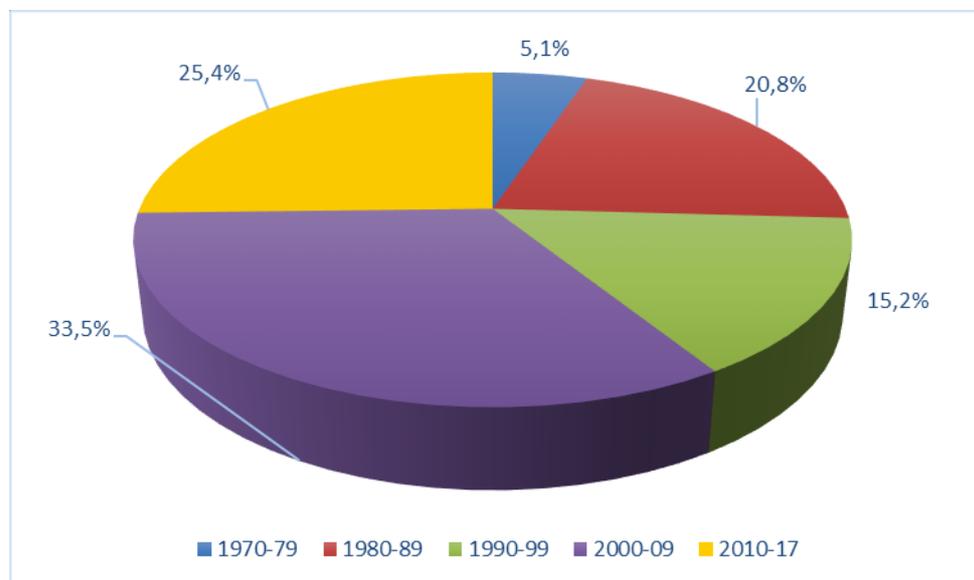


Figure 3: Classes d'année d'obtention du diplôme d'état MK des répondants. (n=355)

Concernant le pays d'obtention du diplôme d'état de MK, les proportions semblent une fois encore similaires à celles des MKLGE malgré une proportion moins importante de diplômé allemand pour notre population étudiée (fig.4).

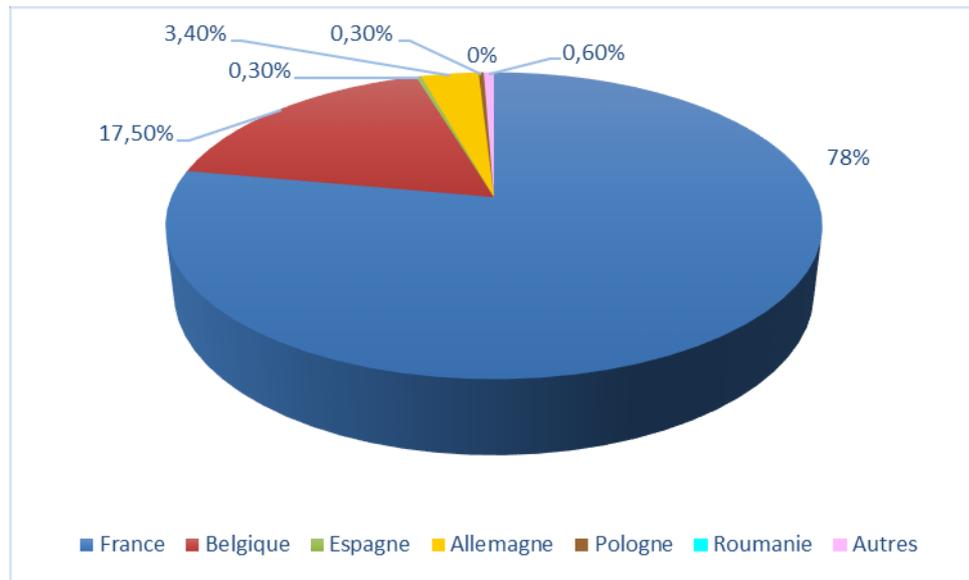


Figure 4 : Pays d'obtention du diplôme d'état de MK pour les répondants. (n=355)

Le pourcentage de Meurthe-et-Mosellans, Mosellans et Vosgiens répondants, est plus important que leur pourcentage dans la population totale de MKLGE. Inversement les Haut-Rhinois et Bas-Rhinois sont en pourcentage moins important (fig.5).

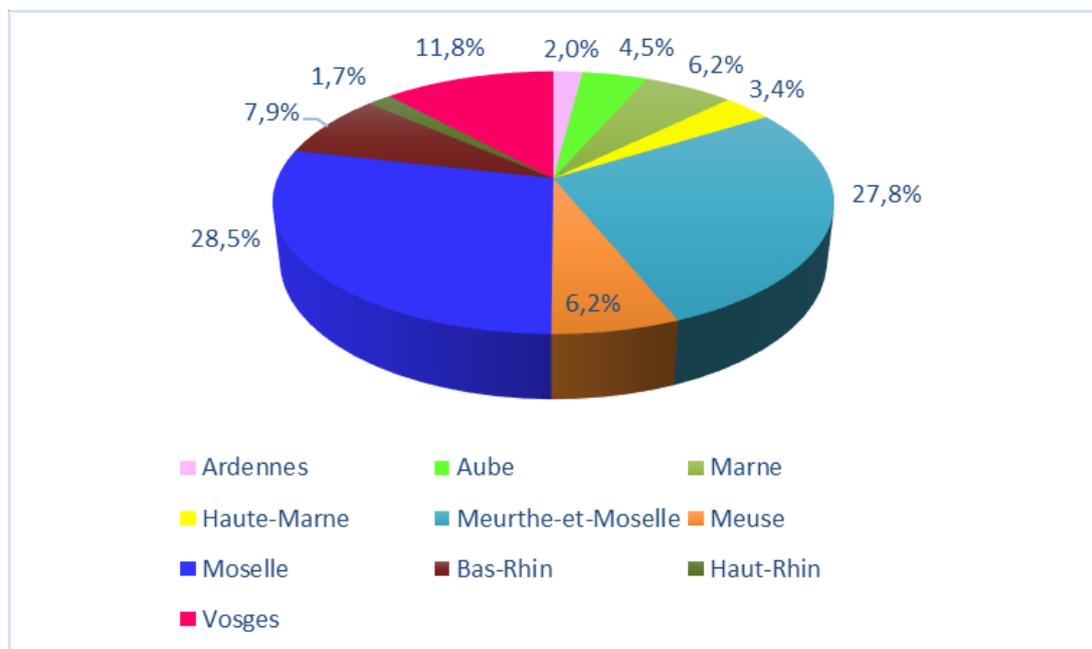


Figure 5 : Départements d'exercice des répondants (n=355)

Les répondants sont en plus grande majorité titulaires (78,3%), exerçant en cabinet de groupe (52,7%) et localisés en milieu urbain (40,8%) (ANNEXE VIII).

Parmi les répondants, 43 (12,1%) ont un certificat de formation en kinésithérapie sport et santé (CFKSS), 7 (2%) un diplôme en activité physique et gym vertébrale active (DAPGVA), 1 (0,3%) un master en sciences du sport : spécialité APA (master APA), 4 (1,1%) un DU santé et APA et 14 (3,9%) une licence STAPS (fig.6).

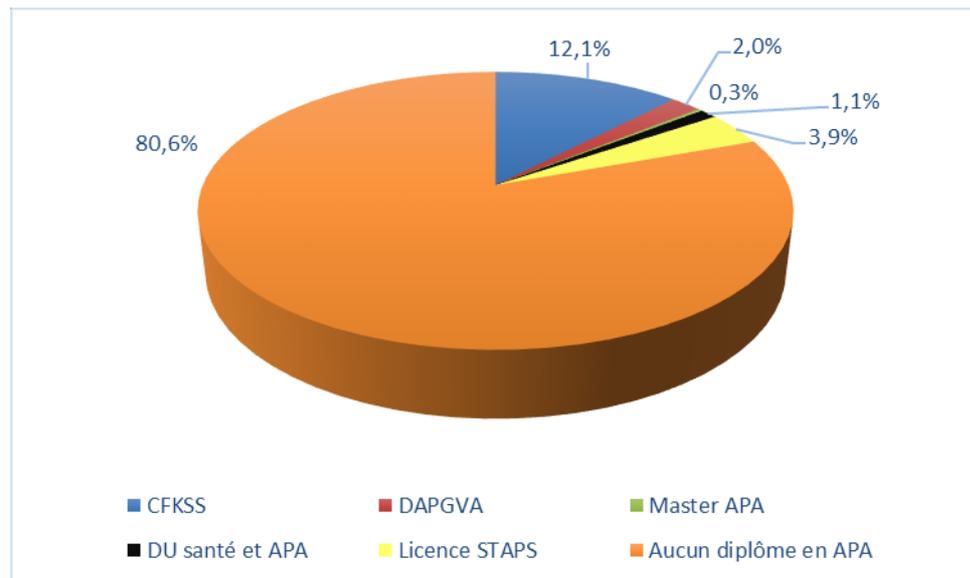


Figure 6 : Diplôme en APA des répondants. (n=355)

7 (2%) appartiennent à un réseau professionnel « sport-santé ». 42 (11,8%) possèdent leur carte d'éducateur sportif.

3.2 Connaissances du dispositif

A la question, « Avant l'envoi de ce questionnaire, avez-vous eu connaissance de l'existence du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longues durées ? », 242 (68,2%) des MK interrogés ont répondu « oui » et 113 (31,8%) « non ».

3.2.1 Moyens d'informations

Parmi ces 242 MKLGE ayant eu connaissance du dispositif, 129 (53,5%) en ont eu connaissance grâce aux bulletins d'informations (URPS/Conseil de l'ordre ...), 122 (50,4%) grâce aux mails professionnels (URPS / Conseil de l'ordre ...) et 75 (31%) grâce aux revues

professionnelles (kiné actualité / kiné la revue / kiné presse ...). L'ensemble des moyens d'informations sont classés dans la figure 7.

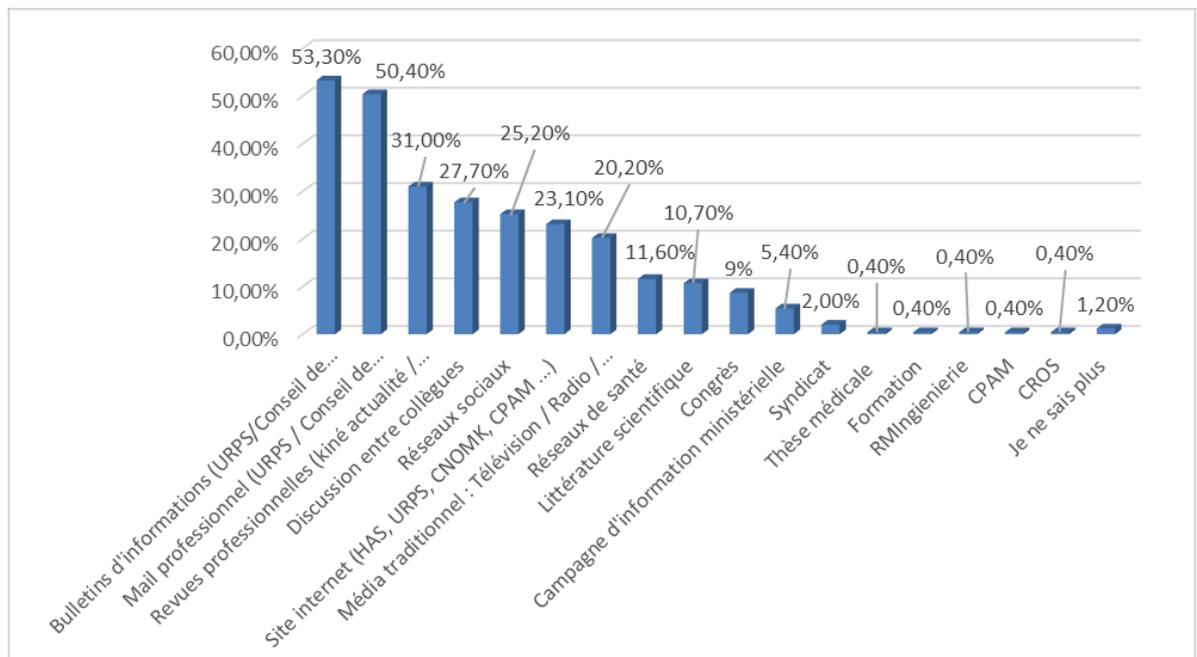


Figure 7 : Moyens d'informations préférés. (n=242)

3.2.2 Comparaison des habitudes d'informations

Nous comparons les habitudes d'informations entre le groupe des connaisseurs du dispositif (242 MKLGE) et le groupe des non connaisseurs du dispositif (113 MKLGE). Il existe une différence significative dans les fréquences de consultations des bulletins d'informations professionnelles ($p=1,5E-6$), de sites internet professionnels ($p=3,5E-6$), de revues professionnelles ($p=0,002$), d'articles scientifiques ($p=0,03$), réseaux sociaux ($p=0,001$) entre les connaisseurs du dispositif et les non connaisseurs. Cette différence n'est pas significative pour la participation aux congrès ($p=0,07$). (tab.III)

Tableau III : Comparaison des habitudes d'informations (n=355)

		Fréquence de consultation				<i>p</i>
		Jamais	Parfois	Souvent	Fréquemment	
Congrès	Connaisseurs	30	89	87	36	0,07
	Non connaisseurs	26	40	34	13	
Bulletins d'information	Connaisseurs	8	54	89	91	1,50E-06
	Non connaisseurs	18	35	41	19	
Site internet (Pro de Santé)	Connaisseurs	15	84	93	50	3,50E-06
	Non connaisseurs	24	47	35	7	
Revue professionnelle	Connaisseurs	28	78	67	69	0,002
	Non connaisseurs	26	39	34	14	
Articles scientifiques	Connaisseurs	18	64	86	74	0,03
	Non connaisseurs	10	39	46	18	
Réseaux sociaux	Connaisseurs	65	49	73	55	0,01
	Non connaisseurs	45	30	29	9	

3.2.3 Connaissance du dispositif et caractéristiques de la population

Nous évaluons si l'année d'obtention du diplôme, le pays d'obtention du diplôme, les diplômes relatifs à l'APA obtenus et l'appartenance à un réseau de santé influencent le fait de connaître ou non le dispositif. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les « connaisseurs » et les « non connaisseurs » vis-à-vis de l'année d'obtention du diplôme ($p=0,7$) (tab.IV), d'obtenir son diplôme en France ou à l'étranger ($p=0,8$) (tab.V), d'avoir un diplôme relatif à l'APA ou non ($p=0,2$) (tab.VI).

Tableau IV : Années d'obtention du diplôme et connaissance du dispositif. (n=355)

		Connaisseurs	Non Connaisseurs	<i>p</i>
Années d'obtention du diplôme	1970-79	13	5	0,7
	1980-89	46	28	
	1990-99	37	17	
	2000-09	84	35	
	2010-17	62	28	

Tableau V : Pays d'obtention du diplôme et connaissance du dispositif. (n=355)

	Connaisseurs	Non Connaisseurs	<i>p</i>
Diplômés Français	188	89	0,8
Diplômés Etrangers	54	24	

Tableau VI : Diplômes relatifs à l'APA obtenus et connaissance du dispositif. (n=341)

	Connaisseurs	Non connaisseurs	<i>p</i>
Diplômes APA	51	18	0,2
Aucun diplôme APA	183	89	

Nous remarquons que 16 MKLGE ayant un « certificat de formation en kinésithérapie sport et santé », 1 le diplôme « activité physique et Gym vertébrale active : créer un espace de prévention et d'éducation du patient » et 1 une « licence STAPS » ne connaissent pas le dispositif de prescription d'APA (ANNEXE VIII).

Nous ne pouvons pas réaliser le test du Chi2 concernant l'appartenance à un réseau professionnel du sport-santé par manque d'effectif. Nous notons que 3 MKLGE appartenant à un réseau « sport-santé » ne connaissent pas le dispositif de prescription d'APA, ainsi que 7 MK ayant obtenu leur carte d'éducateur sportif.

3.2.4 Niveau de connaissance

Nous avons posé deux questions aux 242 personnes ayant eu connaissance de l'existence du dispositif. A la première, « avez-vous lu le décret n°2016-1990 relatif à la mise en application de ce dispositif ? », 39 (16,1%) ont répondu « oui » et 203 (83,9%) « non ».

La deuxième correspondait à un QCM et interrogeait sur la place du MK dans ce dispositif. Les réponses sont visualisables sur la figure 8. Le sigle EAP correspond à « encadrement de l'activité physique ».

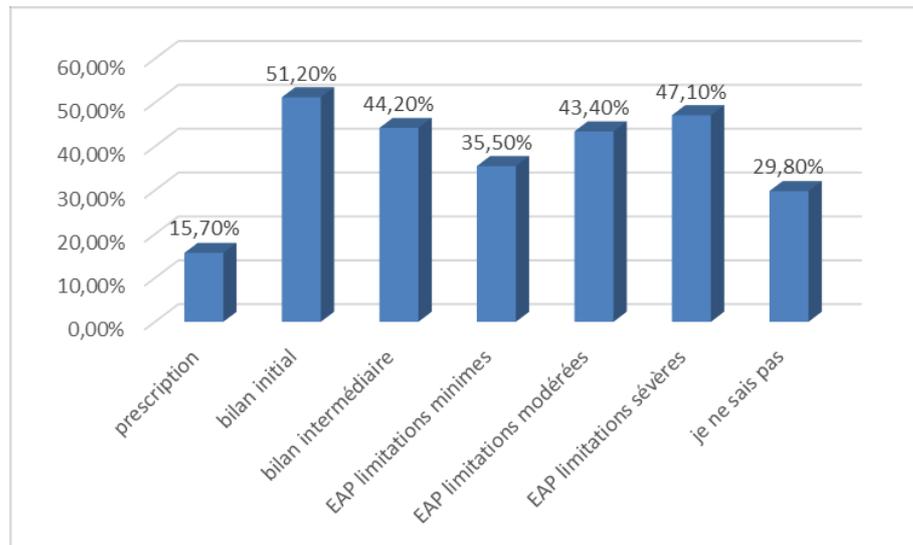


Figure 8 : « Selon-vous, où se situe le masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif ? » (n=242)

La moyenne des réponses au QCM est de 3,85 avec un écart type de 1,73. Les MK ayant répondu « je ne sais pas » ne sont pas inclus dans le calcul de cette moyenne. La répartition des notes est visualisable dans le tableau VII et la figure 9.

Tableau VII : Répartition des notes au QCM. (n=242)

Niveau de connaissance	Note	Effectif	Taux
Connaissance faible	Ne sait pas	68	28,10%
	Note 0-2	45	18,6%
Connaissance moyenne	Note 3-4	53	21,9%
Connaissance bonne	Note 5-6	76	31,4%
	Total	242	100%

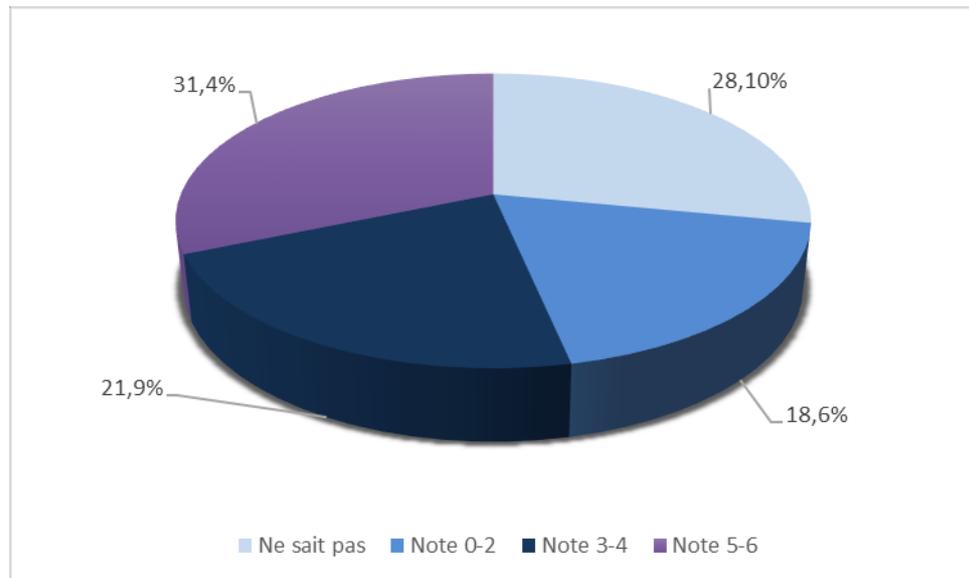


Figure 9 : Répartition des notes au QCM sur la connaissance des MKLGE concernant leur rôle dans le dispositif. (n=242)

3.3 Intégration au dispositif

Sur les 242 MKLGE connaissant le dispositif, 14 (5,8%) ont déclaré avoir déjà pris en charge un patient sur prescription d'APA, soit 3,9% des répondants.

3.3.1 Description de l'intégration

Sur ces 14 MKLGE, 10 (71,4%) ont réalisé le bilan initial, 3 (21,4%) le bilan intermédiaire de suivi, 10 (71,4%) la dispensation de l'APA, 9 (64,3%) l'encadrement de l'APA. Seulement, 1 (7,1%) a réalisé ces prises en charge au sein d'un réseau de « sport-santé », soit 0,3% des répondants. 11 (78,6%) ont réalisé ces prises en charge dans le cabinet dans lequel ils exercent, 1 (7,1%) à l'extérieur du cabinet et 1 (7,1%) dans le cabinet et à l'extérieur de celui-ci. Nous notons que le kinésithérapeute ayant réalisé ces prises en charge au sein d'un réseau de « sport-santé » est aussi celui l'ayant réalisé à l'extérieur du cabinet. Nous remarquons qu'un MKLGE a répondu avoir réalisé ces prises en charge au sein d'un « réseau santé ETP ». Cette même personne a répondu « non » à la question « avez-vous réalisé votre prise en charge au sein d'un réseau de "sport-santé" ? ». A la question, « avez-vous réalisé ces prises en charge avant le décret de mars 2017 ? », 6 (42,9%) ont répondu « oui », 5 (35,7%) « non » et 3 (21,4%) « je ne sais pas ». Sur ces 14 MKLGE, 8 (57,1%) participent encore à ces prises en charge actuellement. Les 6 ne participant plus à ces prises en charge

ont tous arrêté suite à une « absence de prescription médicale » et, parmi eux, 1 suite à un « manque de formation dans le domaine de l'APA ». Nous leur avons demandé d'évaluer, sur une échelle de 0 à 10, leur expérience dans le cadre du dispositif APA. La note moyenne est de 6,2, avec un écart-type de 1,3, une note minimale de 4 et une note maximale de 8.

3.3.2 Intégration et caractéristiques de la population

Les caractéristiques des MKLGE ayant déjà intégré des prises en charge sur prescription d'APA sont répertoriées en annexe (ANNEXE VIII). Nous listons 8 femmes pour 6 hommes. Ils ont entre 30 et 59 ans, aucun n'exerce en milieu rural. La majorité est titulaire (11 (78,6%)), la moitié, (7 (50%)) exerce en cabinet de groupe, 11 (78,6%) n'ont pas leur carte d'éducateur sportif. C'est en Meurthe-et-Moselle qu'il y a le plus de kinésithérapeutes déjà impliqués avec 8 (57,1%) d'entre eux.

3.4 Intérêt au dispositif

Nous avons posé la question « êtes-vous intéressé(e) pour intégrer ce dispositif ? » à 228 MKLGE (fig.1). 140 (61,4%) ont répondu « oui » et 88 (38,6%) « non ». D'autre part, nous avons proposé aux 113 MKLGE non connaisseurs de l'existence du dispositif une brève description de ce dernier. Ensuite, nous leur avons demandé s'ils seraient intéressés pour intégrer le dispositif. 59 (52,5%) ont répondu « oui » et 54 (47,8%) ont répondu « non ». Au total, sur les 341 MKLGE interrogés, 199 (58,4%) sont intéressés pour intégrer le dispositif de prescription d'APA.

140 MK se disent « intéressés ». 96 d'entre eux, (68,5%) seraient prêts à réaliser des prises en charge en dehors de leur cabinet.

3.4.1 Intérêt et caractéristiques de la population

Nous observons une différence statistiquement significative entre « être intéressé à intégrer le dispositif » et l'âge ($p=0,0003$) (fig.10), le statut professionnel ($p=0,009$) (tab.VIII), la structure d'exercice ($p=0,02$) (tab.IX). Les plus jeunes apparaissent plus intéressés pour intégrer le dispositif que les plus âgés (fig.10). Concernant le statut professionnel, la différence statistique est entre les « assistants » et « titulaires, collaborateurs, remplaçants », regroupés

dans la catégorie « autre » (tab.VIII). À propos de la structure d'exercice, la différence statistique est entre les kinésithérapeutes exerçant dans une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) et ceux exerçant dans une autre structure d'exercice (tab.IX).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant le département d'exercice ($p=0,6$), le type du lieu d'exercice ($p=0,4$) (ANNEXE VIII). Les départements d'Ardennes, de Haute-Marne et du Haut-Rhin n'ont pas été inclus dans le calcul du Chi2 par manque d'effectif.

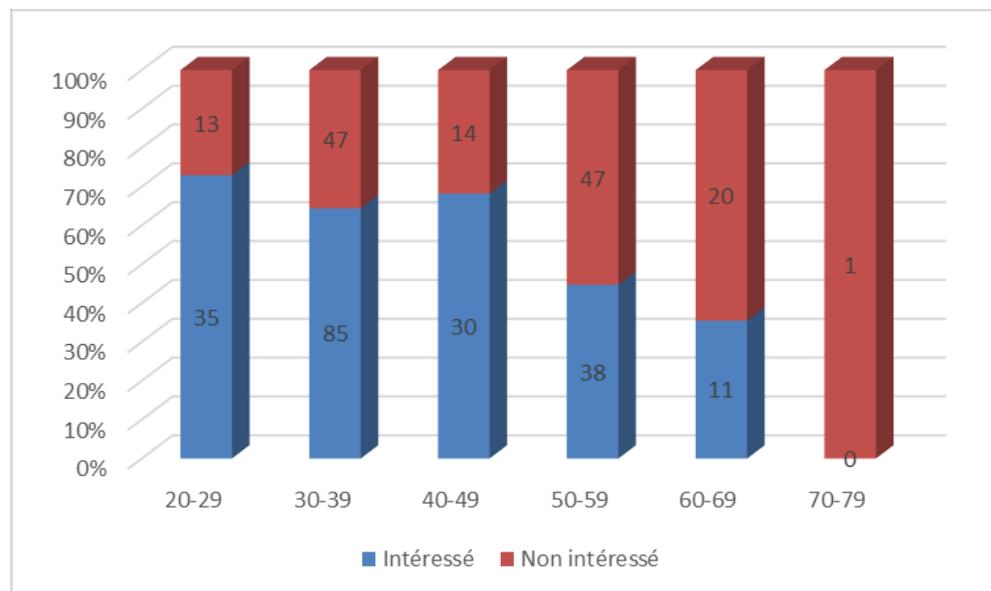


Figure 10 : Répartition en fonction des âges de l'intérêt à intégrer le dispositif. (n=341)

Tableau VIII : Statut professionnel et intérêt porté au dispositif. (n=341)

	Connaisseurs	Non connaisseurs	<i>p</i>
Assistant	32	8	0,003
Autre	167	134	

Tableau IX : Structure d'exercice et intérêt porté au dispositif. (n=341)

	Connaisseurs	Non connaisseurs	<i>p</i>
MSP	28	9	0,02
Autre	170	134	

3.5 Les « obstacles » à l'intégration au dispositif

Nous avons interrogé les 242 MKLGE, connaissant le dispositif, sur les différents obstacles à l'implication des MK au sein du dispositif. Les principaux obstacles cités par les MKLGE sont une « absence de prescription médicale » pour 126 (53,8%) un « déficit de moyens (temps, matériel, gymnase...) » pour 124 (53%), un « dispositif peu connu du grand public » pour 99 (42,3%), une « absence de financement » pour 85 (36,3%), un « manque de formations dans le domaine de l'APA » pour 81 (34,6%), et « un conflit avec d'autres professionnels » pour 31 (13%) d'entre eux. L'ensemble des obstacles sont classés dans la figure 11. Nous avons créé la catégorie « spécificités » suite aux réponses de certains kinésithérapeutes indiquant être déjà spécifiés en rééducation vestibulaire, périnéale ou ayant un diplôme d'ostéopathie. Nous en avons fait de même en créant la catégorie « manque d'envie ». La catégorie « autre » correspond aux réponses : « faire du sport remboursé par la sécu! Le patient doit se prendre en charge », « mon âge », « kinésithérapie : traitement du mouvement, pas par le mouvement », « La population que je prends en charge est principalement composée de personnes âgées (+ de 65 ans) et pour des soins de rhumatologie. Les éduquer à l'activité physique me semble difficile », « Arrêt activité libérale », « Il y a 1 MSP dans ma commune et les praticiens ont des subventions pour travailler entre eux donc sont peu enclin à faire un partenariat avec moi. J'attends l'aboutissement de prescri'mouv pour être référencée et communiquer auprès des médecins de mon secteur », « manque d'adhésion des médecins ».

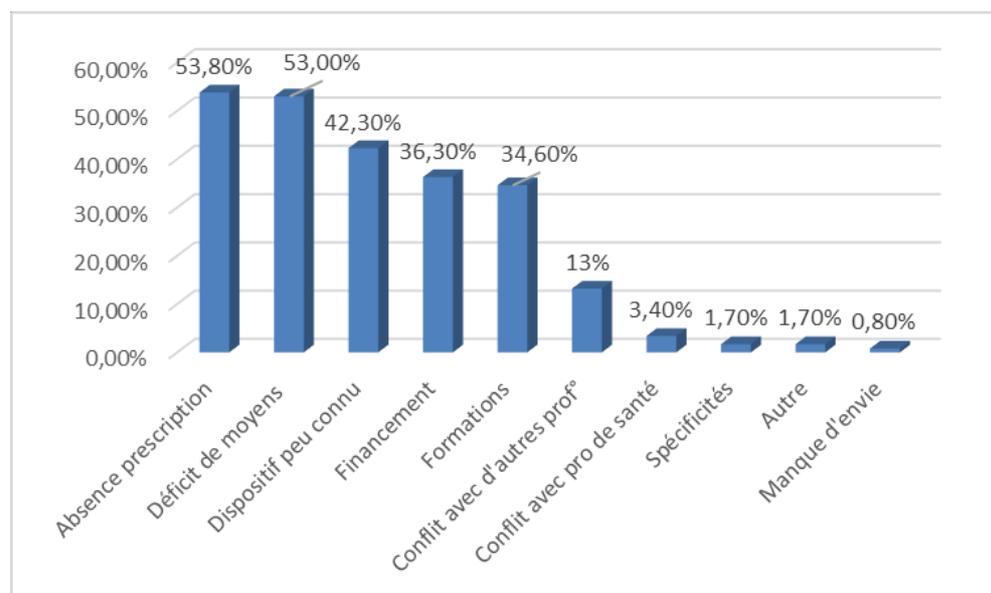


Figure 11 : « Obstacles » envisagés par MKLGE sur leur implication dans le dispositif. (n=242)

3.6 Les « raisons d'implications » à l'intégration au dispositif

Nous avons demandé aux 141 MKLGE intéressés par le dispositif, « pour quelle(s) raison(s), êtes-vous intéressé(e) pour intégrer le dispositif ? ». Leurs réponses sont classées dans la figure 12. La réponse la plus plébiscitée est « diversification de l'activité professionnelle » pour 106 (75,2%), suivi de « complément à la prise en charge thérapeutique des patients en ALD » pour 99 (70,2%) et « implication dans un dispositif de santé publique et de prévention » pour 64 (45,4%) d'entre eux. Nous avons ajouté 2 catégories, « conserver des compétences » et « appartenance au milieu sportif » suite aux réponses données. La catégorie « autre » correspond aux réponses : « EBP », « Formée à des techniques me permettant de voir l'importance de l'activité physique encadrée », « Je mets déjà en place des séances de groupe de gym De Gasquet, dans le cadre thérapeutique sous prescription ».

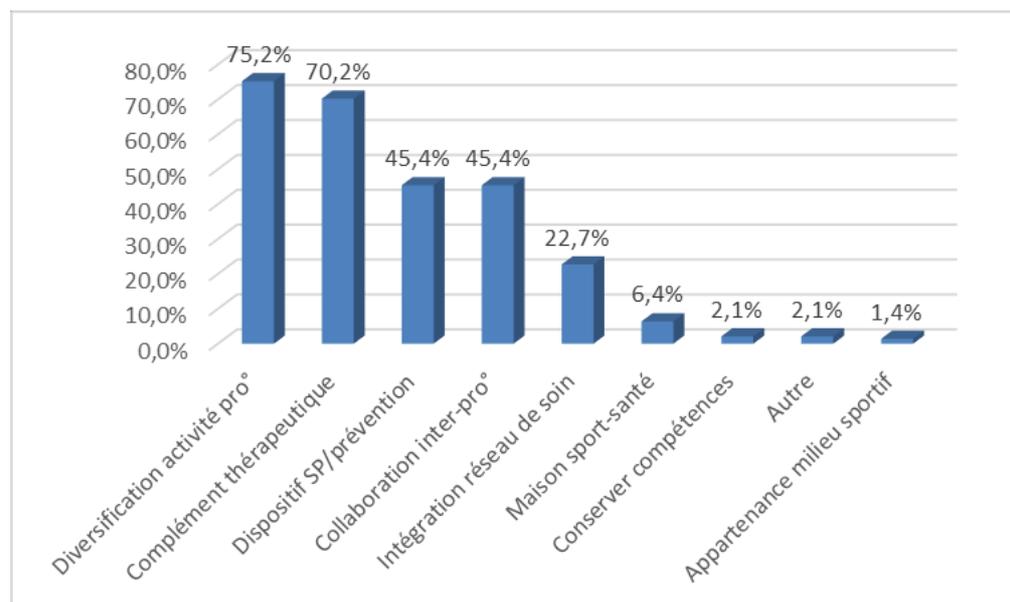


Figure 12 : Les « raisons d'implications » des MKLGE intéressés par une intégration dans le dispositif de prescription d'APA. (n=141)

En complément de ces observations nous avons demandé aux 14 MKLGE déjà intégrés au dispositif, « quel(s) a (ont) été le(s) point(s) positif(s) de votre intégration au sein de ce dispositif ? ». Les résultats sont disponibles sur la figure 13.

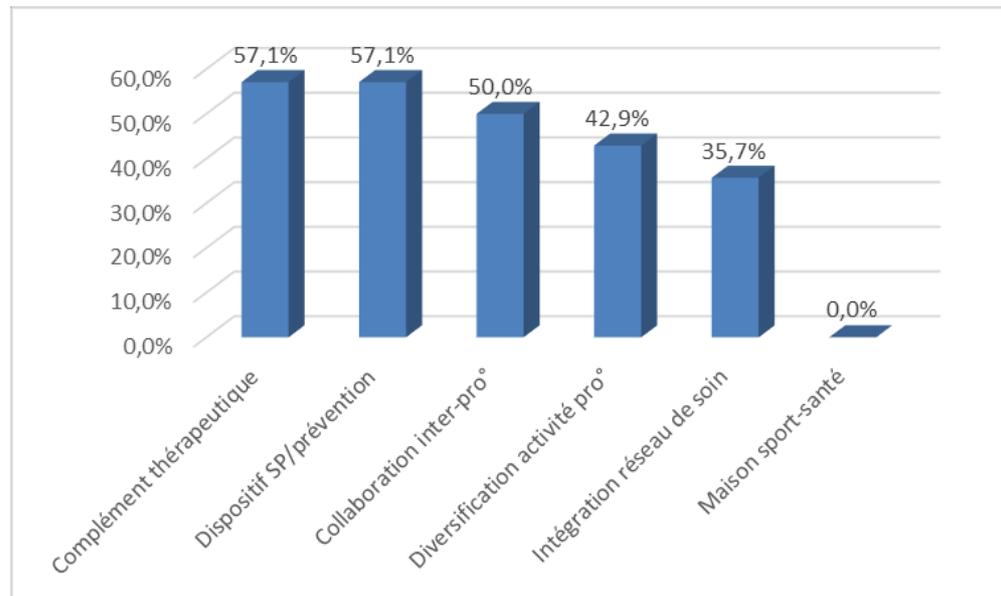


Figure 13 : Les « points positifs » à l'intégration des MKLGE au dispositif de prescription d'APA. (n=14)

3.7 Besoins en informations supplémentaires

Pour anticiper une future communication sur le sujet, nous avons demandé aux 355 MKLGE « auriez-vous besoin d'informations supplémentaires concernant le dispositif ? ». 263 (74,1%) ont répondu « oui » et 92 (25,9%) « non ». Ensuite, nous les avons interrogés sur les sujets sur lesquels ils voulaient des informations supplémentaires (fig.14). C'est le sujet concernant « l'organisation du dispositif » qui a été le plus plébiscité pour 207 (58,3%), suivi du « rôle du MK dans ce dispositif » pour 203 (57,2%) et du « financement » pour 171 (48,2%). Enfin, nous les avons questionnés sur leur moyen d'information préférentiel (fig.15).

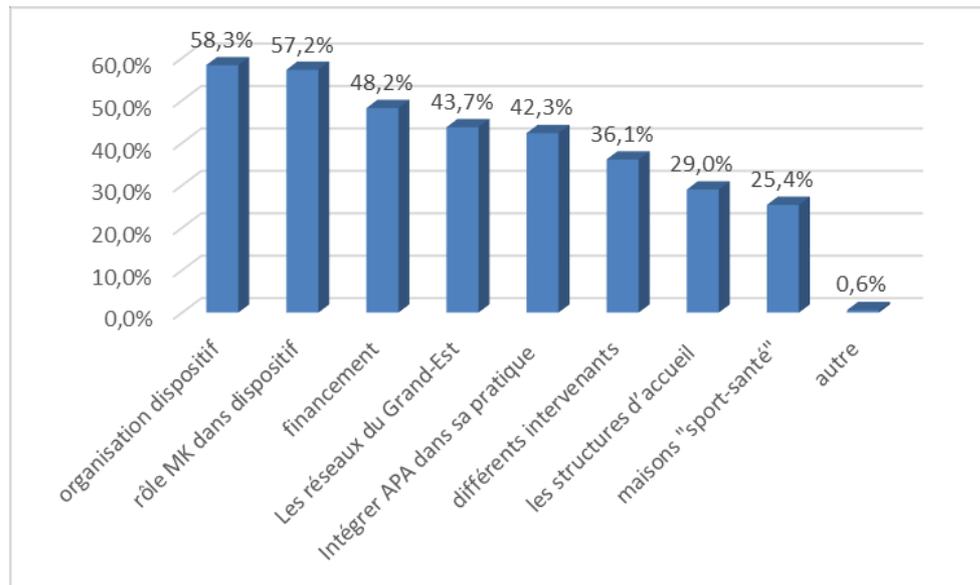


Figure 14 : « A propos de quel(s) sujet(s) avez-vous besoin d'informations supplémentaires ? » (n=355)

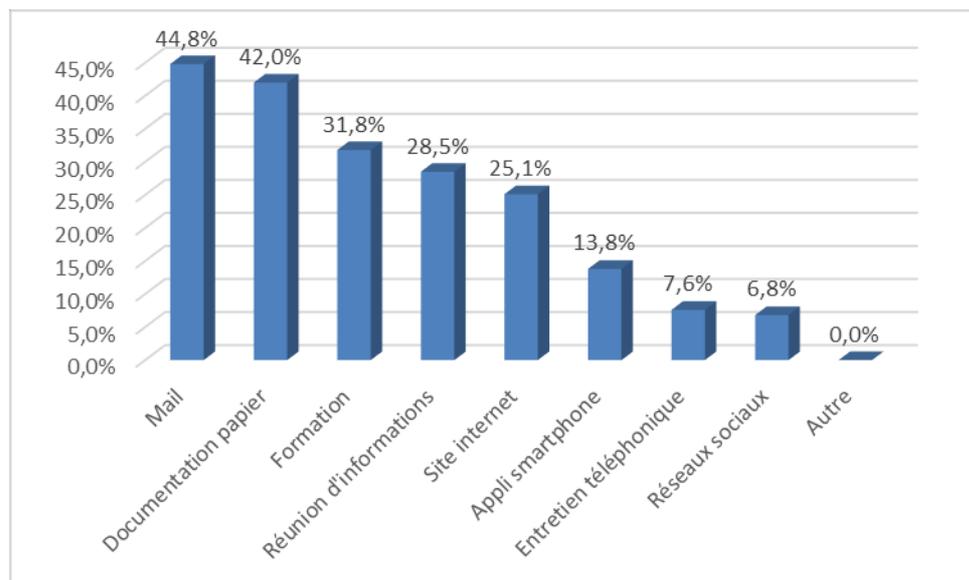


Figure 15 : « Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous avoir des informations supplémentaires ? » (n=355)

4 DISCUSSION

4.1 Les biais

4.1.1 Biais de sélection

Les questionnaires ont été envoyés par mail par l'intermédiaire de l'URPS-MK du Grand-Est. Les kinésithérapeutes n'ayant pas de courrier électronique valide ou n'étant pas répertoriés dans le listing de mail de l'URPS-MK n'ont pas pu recevoir le questionnaire. Cet élément est important à prendre en compte notamment dans l'interprétation des moyens d'informations préférentiels. En effet, 50,4% des MK interrogés ont eu connaissance de l'existence du dispositif par l'intermédiaire des courriers électroniques professionnels. Cependant, les MK ne recevant pas ces mails ne sont pas interrogés dans l'étude. Il en est de même dans l'interprétation de la comparaison des habitudes d'informations. L'ensemble des MK inclus dans l'étude sont ceux qui consultent les mails envoyés par l'URPS-MK.

4.1.2 Biais de communication

Le mail permettant l'envoi du questionnaire est accompagné d'un texte (ANNEXE V) qui a pu inciter et influencer le MK dans ses réponses. L'objet du mail était : « Kinésithérapie et prescription d'activités physiques ». Les MK sensibilisés à l'APA ont peut-être plus facilement répondu au questionnaire. Ceci amènerait à éventuellement augmenter les résultats en faveur des connaisseurs, intégrés et intéressés par rapport à la population totale.

4.1.3 Biais de représentativité

Nous avons voulu nous assurer de la représentativité de la population de notre étude par rapport à la population totale des MKLGE. Nous avons appliqué la méthode des Quotas. Toutefois, nous avons vérifié les quotas à postériori, après réception du questionnaire, et non avant l'envoi. Ainsi, malgré une bonne représentation des interrogés par rapport à la population totale dans l'ensemble, certaines catégories de la population totale sont sous-représentées (Nombre de diplômés allemands, la classe d'âge des 20-29 ans, MK Haut-Rhinois, MK Bas-Rhinois). A l'inverse, d'autres sont surreprésentés (la classe d'âge des 50-59 ans, MK Meurthe-et-Mosellans, MK Vosgiens, MK Mosellans).

4.1.4 Biais de formulation

L'interprétation du sens des questions a pu varier entre les répondants. En effet, à la question : « Avant l'envoi de ce questionnaire, avez-vous eu connaissance de l'existence du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longues durées ? », nous entendons par « dispositif de prescription d'APA », le dispositif au sens large tel qu'il est défini par le décret n°2016-1990. Certains, ont pu l'interpréter comme la dénomination de dispositifs particuliers, plus locaux, comme les réseaux mis en place par le RSSBE, SSSO, ou « Prescri'mouv » ... D'autres termes ont pu porter à confusion. Il a pu être difficile de différencier « collaborateur » ou « assistant », « dispenser » ou « effectuer », dans les questions 8 et 27 (ANNEXE VII).

Concernant les questions destinées à analyser les « obstacles », nous avons comme proposition de réponse : « Déficit de moyens (Temps, matériel, gymnase ...) ». Plusieurs répondants ont indiqué dans la catégorie « autre » : « le manque de temps ». Ce constat, nous indique un manque de clarté dans la proposition faite.

D'autre part, dans l'analyse des raisons d'implications, nous avons posé la question : « Quel(s) a (ont) été le(s) point(s) positif(s) de votre intégration au sein de ce dispositif ? ». Il aurait été préférable de poser la question sous cette forme : « Quelles ont été vos raisons d'implications au sein de ce dispositif ? ». Ainsi, nous aurions pu comparer les raisons d'implications des MK déjà intégrés avec ceux intéressés par le dispositif.

4.1.5 Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale est une disposition de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société (49). Les MK interrogés dans cette enquête de pratique ont éventuellement eu tendance à surélever leurs réponses. C'est pourquoi, nous avons privilégié un anonymat des réponses et un remplissage du questionnaire en ligne pour diminuer ce biais.

C'est aussi ce qui a pu influencer les réponses sur les questions 13, 14, 23 (ANNEXE VII) concernant le diffuseur du questionnaire, l'URPS-MK. Les répondants ont peut-être

augmenté leur fréquence de consultation des bulletins d'informations et site internet de l'URPS-MK et ont favorisé ainsi ces mêmes diffuseurs d'informations.

4.1.6 Biais méthodologique

Nous avons utilisé des questions semi-ouvertes pour catégoriser les « obstacles » et les « raisons d'implications ». Contrairement à des questions ouvertes, nous perdons en spontanéité des réponses. Cependant, nous soumettons le questionnaire auprès de professionnels ayant des contraintes de temps. Ce type de questions leur facilite le remplissage. De plus, l'analyse des réponses est simplifiée. Les réponses ont pu être orientées par les propositions faites mais le répondant avait toujours la possibilité d'en ajouter une.

4.2 L'enquête

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer l'implication des MKLGE au sein du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées. Nous n'avons pas trouvé d'études sur le sujet dans la littérature existante. Ainsi, il était difficile d'anticiper d'éventuels résultats. Nous avons donc réalisé un premier état des lieux permettant d'éclaircir la question. Les résultats peuvent être réévalués dans le temps.

4.3 Amélioration du questionnaire

Nous proposons des axes d'amélioration au questionnaire ; premièrement, concernant certains choix de réponses. En effet, quand nous avons questionné sur les obstacles à l'intégration, nous aurions pu utiliser un système d'attribution de points sur chaque question à l'aide d'une échelle de Likert de 5 niveaux. Cette échelle permet d'exprimer l'accord ou le désaccord avec un obstacle, et de lui attribuer un score. Le nombre de modalités impaires permet d'exprimer la neutralité et évite les choix forcés. Nous aurions également pu utiliser un vote pondéré. Deuxièmement, nous aurions pu ajouter des questions apportant des informations intéressantes. Une partie du bilan médico-sportif contient une évaluation motivationnelle. Nous aurions pu demander quels kinésithérapeutes étaient formés en ETP. Une étude a révélé que si le thérapeute pratique lui-même une AP, il oriente plus facilement

ses patients vers ces dispositifs (50). Nous aurions pu questionner les MKLGE sur leurs pratiques personnelles d'AP.

4.4 Analyse des connaissances

En premier lieu, nous voulions savoir si les MKLGE savaient que le médecin traitant pouvait prescrire de l'APA. Nous nous renseignons sur un premier niveau d'information, à savoir : être informé. A cette question, environ un tiers (31,8%) des MKLGE interrogés n'ont pas connaissance de l'existence du dispositif de prescription d'APA. De plus, différents biais cités précédemment (biais de sélection, communication, désirabilité sociale) suggèrent des taux de « non connaisseurs » plus importants dans la population totale. La sensibilisation sur le sujet auprès des MKLGE doit être poursuivie.

Qu'en est-il de la connaissance du dispositif pour les 68,2% de « connaisseurs » ? Nous l'estimons hétérogène pour l'ensemble. Nous l'observons par la répartition disparate des notes au QCM (fig.9). Le taux de MKLGE ayant répondu « je ne sais pas » (28%) est quasiment le même que ceux ayant une bonne connaissance de leur rôle au sein du dispositif (31%). La moyenne des notes est de 3,85, considérée comme niveau de connaissance moyen (tab.5), et les notes sont très dispersées avec un écart-type de 1,73, confirmant l'hétérogénéité des réponses. Certains ne connaissent pas correctement leurs missions dédiées, puisque 15,7% pensent qu'ils peuvent prescrire l'APA (fig.8), ce qui contraste avec le taux important de lecteurs du décret n°2016-1990 de 16,1%. Parmi les 355 répondants au questionnaire, alors seulement 76 (21,4%) ont une bonne connaissance de leur place au sein du dispositif.

En résumé, le taux de MKLGE « non connaisseurs » du dispositif est encore important, et parmi les « connaisseurs », le niveau de connaissance est hétérogène. Il est donc essentiel de renforcer la communication autour du dispositif et notamment sur les missions destinées aux kinésithérapeutes.

Ces résultats sont à relativiser. Le dispositif de prescription d'APA est encore trop récent. Le décret a été publié en 2016 (26). Il a fallu du temps de mise en place des réseaux sur le territoire. Le dispositif « Prescri'mouv » qui concerne l'ensemble du Grand-Est, est officiellement en place depuis le 22 octobre 2018 et se déploie progressivement sur l'ensemble de la grande région jusqu'au premier trimestre 2019. Le plan nationale de santé publique

présenté par le gouvernement actuel souhaite mettre en avant la prévention, en particulier par l'APA (51). Les connaissances des MK sont donc susceptibles d'évoluer rapidement.

4.5 Analyse de l'intégration

Les résultats montrent que très peu de MKLGE ont déjà participé à des prises en charge d'APA, 3,9% des répondants. Dans nos recherches bibliographiques, nous avons trouvé que beaucoup de dispositifs existants n'intègrent pas les kinésithérapeutes. C'est le cas à Strasbourg, projet pilote au niveau national. « *Notre objectif premier est de remettre les gens en selle et de leur redonner goût à l'activité physique, et non pas de les placer dans une situation de rééducation et de réhabilitation à l'effort, plus intense. C'est pour cela que nous ne prescrivons pas de soins kinésithérapiques* », justifie le docteur Feltz (52). Il sépare bien l'acte de kinésithérapie à la dispensation d'APA. Nous n'avons pas trouvé d'intégration de kinésithérapeutes dans le réseau : Picardie en forme (17). Cependant, les MK ne sont pas complètement inexistantes dans l'AP lié à la santé. Nous avons des exemples à Biarritz, où les kinésithérapeutes ont été invités à intégrer le projet-pilote (53), et à Marseille, où 60 MK ont été sélectionnés par l'URPS-MK PACA pour devenir « kiné référent sport-santé et APA » (54). Certains kinésithérapeutes, comme monsieur Philippe Burtin (55), monsieur Romain Dolin (21) ou monsieur Mathias Willame (56), ont dédié leur cabinet à la pratique du sport-santé.

Dans la description des prises en charge, nous observons une répartition homogène des tâches réalisées (bilan, dispensation, encadrement). Cependant, les pratiques restent clivées dans une démarche individuelle et centrée, où les MK prennent en charge l'AP, en majorité, au sein de leur cabinet (78%) et s'intègrent très peu aux réseaux de sport-santé (7,1%). Malgré cela, d'après nos résultats, le ressenti de l'intégration est positif avec une note moyenne de 6,2 sur 10.

27,8% des MK qui ont répondu exercent en Meurthe-et-Moselle. Or, ils représentent 57,8% des MK intégrés par rapport à l'ensemble de la région Grand-Est. Nous nous interrogeons sur ce constat. Contrairement à l'Alsace ou la Champagne-Ardenne, en Meurthe-et-Moselle, les dispositifs d'APA étaient moins développés au moment de notre enquête. Le dispositif « Prescri'mouv » n'a été effectif sur le département 54 qu'en mars 2019 (46). Nous émettons plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat. D'abord, les répondants, exposés au biais de formulation, n'ont éventuellement pas compris le sens de la question. Ensuite, ils

ont pu réaliser ces prises en charge d'APA au sein du réseau « Nancy Santé Métropole », qui accompagne les patients atteints de maladies chroniques dans des programmes d'ETP (57), ou dans le cadre de la constitution de la CPTS du Sud-Toulois, dynamique en pratique d'AP (21).

4.6 Analyse de l'intérêt

58,4% des MK sont intéressés pour intégrer le dispositif. Dans une précédente enquête réalisée par l'URPS-MK du Grand-Est, sur les 126 répondants, 90 se sont déclarés intéressés, soit 71,4% (58). Lors de cette publication dans Kiné actualité, l'enquête était encore en cours. Nous avons réussi à nous procurer le nombre de MK intéressés par départements en septembre 2018, selon les chiffres de l'URPS-MK du Grand-Est (ANNEXE IX). Cependant, nous ne connaissons pas le nombre de personnes exposées et de répondants à ce sondage. Il est donc impossible de comparer nos résultats avec ceux de cette enquête. Les taux « d'intéressés » apparaissent plus importants pour l'enquête précédente mais les effectifs sont supérieurs dans notre étude.

Nous remarquons que les MK « connaisseurs du dispositif » (61,4%) sont plus intéressés à l'intégrer que les « non connaisseurs » (52,5%). D'autre part, nous avons observé que les plus jeunes et les assistants apparaissent plus enclins à participer. Nous pensons aussi que les plus jeunes exercent majoritairement en tant qu'assistants. Nous émettons plusieurs hypothèses concernant cette observation. Les plus jeunes sont-ils plus sensibilisés aux questions de santé publique et/ou voient-ils en ce dispositif une aubaine pour leur future pratique professionnelle ? Les kinésithérapeutes exerçant au sein d'une MSP, se sentent plus concernés à participer au dispositif. Sont-ils plus enclins à la collaboration interprofessionnelle, et souhaitent-ils développer de nouvelles activités pour leur structure ?

Pour résumer, nous remarquons un intérêt de la part des MKLGE concernant une intégration au dispositif, avec plus d'un kinésithérapeute sur 2 intéressés (58,4% des répondants).

4.7 Analyse des obstacles

Certains obstacles à l'implication des MK au sein du dispositif ont été révélés par l'étude. Nous allons discuter de ces obstacles par ordre de classement dans l'enquête.

4.7.1 Manque de prescription

Le premier obstacle cité est « l'absence de prescription » pour 53,8%. Plusieurs éléments confirment ce ressenti. En effet, dans sa thèse de médecine en 2017, le Dr Barthel, a interrogé 60 médecins généralistes vosgiens sur leur pratique en matière de promotion et de prescription d'AP. Parmi eux, seulement 13 (21,7%) disent prescrire de l'AP sur ordonnance (59). En 2013, le même type d'enquête avait été réalisé auprès de 412 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, Côte d'Armor et Morbihan. 45 (10,9%) étaient prescripteurs d'AP (50). Lors de la mise en place du dispositif : « Picardie en forme », le manque de médecins prescripteurs était pointé comme un des principaux freins (17). Ainsi, nous pouvons voir que les taux de prescription d'AP restent faibles et que ce type de prescription n'est encore pas coutumier. Il y a encore un besoin d'information et de formation auprès des médecins concernant la prescription d'APA (60).

Il y a aussi un manque de visibilité entre médecins et kinésithérapeutes justifiant la primauté de cet obstacle. En effet, nous observons un nombre important de médecins prescripteurs là où des réseaux sont mis en place, cependant les kinésithérapeutes sont souvent absents de ces réseaux (21). D'autre part, s'il n'y a pas d'offres de prise en charge d'APA dans le territoire du médecin généraliste alors comment prescrire ? (21). La communication entre les différents professionnels de santé est alors essentielle. Le kinésithérapeute doit promouvoir ses intentions, ses compétences et ses capacités s'il souhaite lever cet obstacle.

Pour aider à lever ce frein, la HAS a publié un guide pour aider les médecins généralistes dans les consultations dédiées à la prescription d'APA (8). Selon un entretien avec un opérateur du dispositif « Prescri'mouv », une communication par courrier a été faite à chaque médecin du Grand-Est (46). Le ministère des solidarités et de la santé et le ministère des sports ont publié récemment leur stratégie nationale du sport-santé 2019-2024. Une des principales actions prévues est de « *mieux sensibiliser et former l'ensemble des médecins à*

la prescription d'activité physique adaptée » (61). Nous pouvons donc nous attendre à une augmentation des prescriptions d'APA dans les années à venir.

4.7.2 Déficit de moyens (Temps, matériels, gymnase ...)

Le « déficit de moyens (Temps, matériels, gymnase...) » est le second obstacle pour 53% des interrogés. Nous pensons que c'est principalement le « manque de temps » qui induit un pourcentage élevé de cet obstacle. En effet, il a été souvent répertorié dans la catégorie « autre ». C'est aussi l'obstacle le plus cité par les médecins généralistes dans plusieurs études (17–19). A titre de comparaison, c'est aussi le deuxième obstacle cité, pour 41,7% des médecins généralistes de la thèse du Dr Barthel (59). Pour le patient, le « manque de temps » est également un obstacle à leur participation à la pratique d'AP, au-delà de l'aspect financier (18,62).

Concernant le manque de matériels ou l'absence de lieux pour pratiquer une APA, l'intégration à un réseau sport-santé permettrait de lever ce frein. De plus, le nombre de MK prêts à sortir de leur cabinet pour participer aux prises en charge (68,5%) est satisfaisant. Des contrats réalisés avec des collectivités locales pour accéder à leur installation peuvent aussi permettre de diminuer l'obstacle.

4.7.3 Dispositif peu connu du grand public

Le troisième obstacle ciblé à 42,3% concerne « un dispositif peu connu du grand public ». C'est aussi un obstacle ciblé par le rapport commun de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS), destiné à dresser un état des lieux des actions menées en matière d'activités physiques et sportives (63). Cependant, le dispositif est encore récent et tend à se développer. Nous avons pu voir précédemment que le nombre de prescription d'APA était encore très faible. Or, l'implication des médecins est essentielle pour développer la pratique d'AP. Ce sont eux qui sensibiliseront le public concerné. Une thèse réalisée en Lorraine auprès de patients consultant leur médecin généraliste affirme que « 83% des sujets sont d'accord avec le fait que le médecin traitant a un rôle d'interlocuteur essentiel, alors que dans le même temps encore un tiers des interrogés n'ont pu aborder le sujet avec lui » (62). Chaque professionnel de santé a aussi la responsabilité d'encourager les bonnes pratiques d'AP et de promouvoir le dispositif si

nécessaire. Pourtant, n'oublions pas qu'un tiers des MK de notre enquête n'ont pas connaissance de l'existence du dispositif d'APA.

La connaissance du grand public vis-à-vis de ces dispositifs de prescription est essentielle. En effet, à Strasbourg, beaucoup de patients, qui avaient entendu parler du programme par les médias locaux (presse quotidienne, magazines municipaux ou télévision locale), ont demandé d'eux-mêmes à leur médecin de prescrire des activités physiques (42).

Les jeux olympiques à Paris en 2024 offrent une belle perspective pour communiquer auprès du grand public sur le sujet et promouvoir l'activité physique et sportive comme grande cause nationale (58). Une campagne de communication est désormais lancée, impulsée par le collectif « pour une France en forme » composé de seize experts indépendants issus du monde du sport, de la santé et des médias (64). Pour renforcer la visibilité des offres d'APA et d'APS, le gouvernement souhaite mettre en place une plateforme en ligne d'ici 2021 (61), cela fait partie de la feuille de route du numérique en santé (65).

4.7.4 Le financement

Le « manque de financement » arrive en quatrième position des obstacles mentionnés, plébiscité pour 36,3% des interrogés. Nous nous attendions à l'observer comme obstacle principal de par son omniprésence dans les rapports ciblant les freins au développement de l'activité physique adaptée. Le rapport de l'IGAS/IGJS présente que les moyens alloués pour la lutte contre l'inactivité physique sont aujourd'hui très faibles et que le manque de financement par l'assurance maladie pose problème pour les médecins et les intervenants de l'APS (63). Le député Belkhir Belhaddad, dans une mission « flash » relative à la prescription d'AP, indique que « *l'un des défauts majeurs du décret du 30 décembre 2016 tient à ce qu'il n'a rien prévu en matière de financement* » (60). Pour surmonter l'obstacle, le député propose de « *construire un modèle économique efficient et partenarial, piloté par les ARS [...], avec une prise en charge par la sécurité sociale des séances d'APA pour une période limitée, même à un niveau symbolique ; étendre la prise en charge par les complémentaires ; inciter à proposer des licences sport-santé à des tarifs préférentiels* » (60).

Pour le moment le financement de ces dispositifs n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire national et plusieurs structures subventionnent les initiatives : le centre national

pour le développement du sport (CNDS), ARS, DRJSCS, collectivités territoriales (région, département, municipalité), mutuelles (58,66). Dans une perspective d'homogénéisation du financement sur l'ensemble du territoire pour 2020, une expérimentation de prise en charge d'APA prescrite pour les femmes opérées d'un cancer du sein par la CPAM des Bouches-du-Rhône va voir le jour (67). Une des principales actions de la stratégie nationale sport-santé 2019-2024 est : « *accompagner et soutenir le développement des prises en charge de l'activité physique adaptée en mobilisant tous les financeurs possibles* » (61).

Les populations ciblées ont pour la plupart de faibles revenus financiers, la gratuité ou l'accès aux pratiques sportives à moindre coût sont des éléments déterminants (33). La gratuité du programme strasbourgeois a constitué un facteur décisif dans sa réussite (42). Des aides au financement pour les participants sont nécessaires, puisque pour assurer le succès des dispositifs de prescription d'APA, une revue systématique a montré que les frais de participation pour le patient doivent rester minimum (68). Par exemple, à Strasbourg, les bénéficiaires souhaitent continuer au sein des programmes SSSO via une cotisation inférieure à 80 euros par an en moyenne (42).

Pour le professionnel, le paiement de son acte est propre au dispositif qu'il intègre. Sous forme de mensualisation, comme à Marseille où les kinésithérapeutes sont payés 120 euros par mois en étant « référent APA » (54), ou par forfaitisation comme pour le dispositif « Prescri'mouv ». Pour ce dernier, le réseau finance 30 euros par personne pour la réalisation du bilan et 100 euros par personne pour la réalisation de 8 séances (69).

4.7.5 Manque de formations

Le quatrième obstacle est le « manque de formations », pour 34,6% des interrogés. Pourtant les compétences acquises au cours de la formation initiale rendent les kinésithérapeutes correctement armés pour les missions qui lui sont conférées : bilan et prise en charge. Le rapport du groupe de travail, présidé par le professeur Xavier Bigard, ayant permis la réalisation du décret n° 2016-1990, établit un référentiel de compétences (ANNEXE X) et définit les formations professionnelles exigibles pour les professionnels de l'AP. Les masseurs-kinésithérapeutes y figurent en première place, et sont parmi les professionnels de choix pour encadrer l'AP pour des patients ayant des limitations fonctionnelles sévères

(ANNEXE III). Le rapport rappelle le rôle essentiel des MK dans la première étape de reprise de l'AP (70).

Concernant la formation initiale, la maquette de formation présente un objectif « *intervention en pratique sportive et activités physiques adaptées* ». L'étudiant doit être capable « *d'intervenir auprès de différents publics dans l'objectif de démarrer, poursuivre ou reprendre une activité physique ou sportive ou handisportive* » et « *d'adapter la pratique sportive aux différents types de handicap : sensoriel, moteur, mental et psychique* » (71). Certains IFMK y ont consacré des heures de cours comme à Montpellier (72), ou à Nancy où ont eu lieu 4 heures de cours magistraux sur la présentation du dispositif et du rôle du MK. Il est à noter que les modifications apportées à la formation initiale sont très récentes.

Malgré une certaine évidence concernant les compétences des MK à encadrer l'AP, nous ne pouvons pas nier que 34,6% estiment un manque de formations. Nous pouvons mettre en relation une enquête réalisée par l'URPS-MK de Bourgogne Franche-Comté nous indiquant que le besoin en formation concerne la gestion des séances de groupes, le contenu et les aspects administratifs (58). En réponse, l'URPS-MK, propose une formation de 21 h sur 3 jours « *visant à ajuster les compétences théoriques et pratiques du kinésithérapeute* » (21). Dans une autre enquête réalisée par l'URPSMK du Grand-Est, sur 126 interrogés, 73 (57,9%) voudraient des formations avec rappels des pathologies (58). Dans notre étude, lorsque nous avons sollicité les MKLGE pour des informations supplémentaires, 31,8% souhaitaient une formation (fig.15).

Plusieurs diplômes universitaires (DU) proposent de se former en APA. En 2009, l'université Paris XIII, crée le DU « sport et cancer » (60). L'Université de Lorraine et la faculté de médecine proposent le DU « sport et activités physiques adaptées » (73).

Nous rappelons qu'à partir de 2020, pour le dispositif « Prescri'mouv », les effecteurs des bilans médico-sportifs devront être formés au minimum à l'ETP. Pour le moment, une formation aux gestes des premiers secours est obligatoire.

4.7.6 Conflit avec d'autres professionnels

Le « conflit avec d'autres professionnels » arrive comme sixième obstacle donné par 13% des interrogés. En effet, on peut observer certaine réserve d'une partie de la profession envers les EAPA-S, les percevant comme concurrents (74–76). Cependant ces articles ont été publiés avant décembre 2016 et la publication du décret semble avoir diminué les tensions. La séparation des limites d'interventions en fonction des compétences de chaque professionnel a permis à chacun de clarifier son rôle (77). Pourtant, le député Belkhir Belhaddad, pense que « *le décret cloisonne les professions, les mettant en opposition alors qu'elles sont complémentaires* » (60). Comparativement aux autres obstacles, le pourcentage de MK l'ayant cité est relativement bas. Ainsi, nous pensons que ce conflit tend à s'estomper. D'autant plus que dans notre étude, 45,4% des interrogés ont donné la « collaboration interprofessionnelle » comme raison d'implication.

En pratique, la collaboration peut exister. Le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) propose des contrats-types pour embaucher un E-APAS dans son cabinet (78). A Nîmes, monsieur Mathias Willame a fondé « Human Physio » un espace où une équipe interdisciplinaire composée de 6 kinésithérapeutes et 4 préparateurs physiques associent leurs compétences et travaillent ensemble dans la même structure (79).

4.8 Analyse des raisons d'implication

4.8.1 Développement personnel et qualité des soins

Malgré plusieurs obstacles développés précédemment, les MKLGE intéressés par une intégration ont plébiscité plusieurs raisons d'implication. La « diversification de l'activité professionnelle » (75,2%) et le « complément à la prise en charge thérapeutique des patients en ALD » (70,2%) sont les deux raisons les plus choisies. Ainsi, leurs principales sources de motivation résident à la fois dans le développement personnel du kinésithérapeute, mais aussi dans une intention de qualité des soins pour leurs patients.

4.8.2 Ouverture, collaboration et intégration

« L'implication dans un dispositif de santé publique et de prévention » et « la collaboration interprofessionnelle » sont retenues à hauteur de 45,4% chacune, suivi par « l'intégration dans un réseau de soins » pour 22,7% des MKLGE. Ces pourcentages sont nettement plus faibles que les précédentes raisons citées. On observe avec ces trois raisons une volonté d'ouverture, de collaboration et d'intégration des MK auprès d'autres professionnels. Rappelons que, dans le référentiel des masseurs-kinésithérapeutes, une des activités génériques est de « *participer à des actions de santé publique* » (80). D'autre part, la compétence 5 de la profession est « *concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en kinésithérapie et en santé publique* » (71). S'engager dans le dispositif s'inscrit pleinement dans celle-ci.

4.8.3 Les maisons sport-santé

Très peu de MKLGE ont ciblé « l'ouverture d'une maison de sport-santé » (6,4%) comme raison d'investissement professionnel. C'est un objectif fixé par le gouvernement pendant son quinquennat : ouvrir 500 « maisons de sport-santé » (81). Aujourd'hui, il n'y a encore pas de consensus précis sur le fonctionnement d'une maison sport-santé. Le rapport IGAS/IGPS recommande de « *créer les « maisons sport-santé » à partir des réseaux de coordination existant au niveau local ou des structures de santé pluridisciplinaires (MSP ou CPTS)* » (63). Ces « maisons sport-santé » viseront à rapprocher les professionnels de santé et du sport pour faciliter l'orientation et l'accès aux activités physiques et sportives dans le cadre de la prévention primaire et à l'activité physique adaptée pour les personnes malades.

4.9 Communication auprès de la profession

Nous avons montré précédemment un réel besoin de communication sur le dispositif auprès de la profession (Cf. 4.3 Connaissances des MKLGE). Il existe une réelle demande de la part des professionnels puisque 74,1% d'entre eux ont confirmé avoir besoin d'informations supplémentaires. Les deux sujets les plus sollicités sont : « l'organisation du dispositif » (58,3%) et « le rôle du MK dans ce dispositif » (57,2%). Cette demande est en adéquation avec les résultats obtenus concernant les connaissances des MKLGE. En effet nous avons

pu observer une connaissance très hétérogène du dispositif et de leur rôle à jouer en son sein. Beaucoup d'incertitudes restent présentes pour les MKLGE.

Concernant les autres sujets souhaités : « le financement » (48,2%), « les réseaux du Grand-Est » (43,7%), « Intégrer l'APA dans sa pratique professionnelle » (42,3%) et « les différents intervenants » (36,1%), les taux de demande ont peu d'écart. Ces sujets peuvent apporter des éléments de réponses aux différents obstacles cités précédemment.

Nous constatons que malgré un faible taux de MKLGE intéressés par l'ouverture d'une maison sport-santé (6,4%), 25,4% ont demandé des informations à ce sujet.

Ce sont encore les moyens d'informations « classiques », « mail » et « documentation papier » qui restent les plus réclamés. Sans doute, pour leur facilité d'envoi et de lecture permettant un gain logistique et de temps. Les bulletins d'informations (URPS/Conseil de l'ordre ...) (53,5%) et les mails professionnels (URPS/Conseil de l'ordre) (50,4%) pour informer les MKLGE au sujet du dispositif.

Pour envisager correctement les futures stratégies de communication à réaliser, un élément révélé dans notre étude doit être pris en compte, l'intérêt du professionnel à s'informer. Nous observons une différence statistiquement significative dans les fréquences de consultation d'informations professionnelles entre le groupe des « connaisseurs » et celui des « non connaisseurs » (Cf. 3.2.2 Comparaison des habitudes d'informations). Le fait de ne pas connaître le dispositif n'est pas seulement causé par une mauvaise communication de la part des institutions de la profession. Il peut être aussi dû à un facteur intrinsèque au kinésithérapeute, à savoir la fréquence de consultation des moyens d'informations.

4.10 Les kinésithérapeutes : un rouage essentiel

4.10.1 Une mobilisation nécessaire

Nous avons pu voir au cours de ce mémoire que les kinésithérapeutes sont très peu intégrés au dispositif de prescription d'APA. Nous avons également constaté, par nos recherches documentaires, que les représentants de la profession, en particulier le CNOMK, s'activent à intégrer les MK dans ces dispositifs. Lors de la mise en place de « Prescri'mouv »

sur le territoire du Grand-Est, Monsieur Raymond Ceconello, président du CROMK, explique qu'il a fallu « *la détermination des kinésithérapeutes de la région [...] pour promouvoir la masso-kinésithérapie (au sein du dispositif) et mettre en avant notre bilan APA* » (20). La mobilisation de la profession est indispensable pour l'intégration au dispositif.

4.10.2 Des compétences uniques

Les MK possèdent des aptitudes particulières et des avantages essentiels à faire valoir :

- Un haut niveau de formation leur permettant une maîtrise des 7 compétences nécessaires à la prise en charge par l'AP (70) (ANNEXE X).
- Une expérience professionnelle à la fois dans les prises en charge de patients porteurs de pathologies chroniques, et aussi dans la réalisation des bilans destinés à évaluer les limitations fonctionnelles.
- Les kinésithérapeutes libéraux peuvent également être vecteurs d'inclusion d'un nombre important de participants au sein de leur patientèle (82).
- La profession de masso-kinésithérapie est l'intermédiaire entre les mondes de la santé et du sport. Les MK tiennent une place essentielle dans le continuum du parcours de soin du patient en étant à la fois professionnels de santé et éducateurs sportifs (43).

Lorsque nous avons demandé les raisons d'implications aux MKLGE, 3 (2,1%) ont ajouté, dans la catégorie « autre », pour « conserver nos compétences ». Cet effectif aurait-il été plus important en ajoutant cet item dans les réponses de la question semi-ouverte ?

4.10.3 A l'étranger

Comparons avec la place que tiennent les physiothérapeutes dans les dispositifs étrangers mis en place depuis plusieurs années. Les médecins généralistes n'ont pas l'exclusivité de la prescription d'APA dans tous les pays. Une méta-analyse nous indique qu'ils sont seuls prescripteurs dans 62% des études analysées (68). Au Royaume-Uni, Suède, Australie et Nouvelle-Zélande plusieurs professionnels de santé ont la possibilité de prescrire l'APA (médecins, infirmiers, ergothérapeutes...) et notamment les physiothérapeutes. Cette même méta-analyse nous indique également que ce sont souvent les physiothérapeutes qui organisent les programmes de prises en charge d'APA (68). Dans une étude réalisée en 2008,

en Suède, les physiothérapeutes étaient les thérapeutes qui prescrivaient le plus d'APA au ratio du nombre de patients vus (83). Une étude irlandaise conclut sur la place importante du physiothérapeute pour promouvoir l'initiation du patient à un environnement d'exercices, mais aussi dans l'éducation du patient et de son entourage sur le rôle important de l'activité physique (10). Nous pouvons voir que, dans plusieurs pays, les physiothérapeutes sont impliqués dans les dispositifs de prescription d'APA, étant même pour certains prescripteurs et coordinateurs des prises en charge.

4.10.4 Les perspectives pour les kinésithérapeutes

En France, en s'investissant davantage, les kinésithérapeutes pourraient prendre une place importante dans ces dispositifs. Dans une enquête auprès de 412 médecins généralistes, 83 (20,1%) ont déclaré que la collaboration médecin - kinésithérapeute pourrait aider les médecins à la prescription d'AP (50).

A l'heure d'une profession en pleine mutation, un nouveau champ d'activité s'offre au masseur-kinésithérapeute, lui permettant de devenir acteur d'un dispositif majeur de santé publique et de renforcer son action de prévention. C'est une réelle opportunité pour les MK, amenant de belles perspectives dans l'évolution du métier. Si on en vient à l'accès direct à la kinésithérapie, quelle place pourrions-nous avoir dans ce dispositif de prescription d'APA ? Madame Ingrid Leclercq imagine que « *nous pourrions être intervenants de première ligne dans l'évaluation d'une activité physique encadrée puis déléguer la mise en place d'un programme d'activité physique aux maîtres d'activité physique adaptée ou éducateurs sportifs. La modification des lois permettrait la mise en place d'un transfert de compétences plutôt qu'une délégation médecin kinésithérapeute* » (84). C'est pourquoi, nous pensons qu'il est essentiel pour les kinésithérapeutes de s'impliquer dans ces dispositifs au préalable de ces éventuels changements.

5 CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer l'implication des MKLGE dans le dispositif de prescription d'APA. Notre enquête révèle qu'encore un tiers des kinésithérapeutes interrogés n'ont pas connaissance de l'existence du dispositif. Parmi les deux tiers restants, leur niveau de connaissance autour de ce dispositif est hétérogène et notamment vis-à-vis de leur rôle

en tant que MK. Nous avons estimé que seulement 21,4% des interrogés ont une bonne connaissance de la place qu'ils tiennent dans le dispositif. Très peu, 3,9%, ont déjà intégré le dispositif en réalisant bilans ou prises en charges. Pourtant 58,4% ont affirmé être intéressé pour intégrer le dispositif. C'est un peu plus d'un kinésithérapeute interrogé sur deux. En résumé, les MKLGE peinent à investir le dispositif, en ont une connaissance approximative mais y portent un certain intérêt.

Nous ne pouvons affirmer que l'année d'obtention du diplôme, le pays d'obtention du diplôme, et les diplômes relatifs à l'APA obtenus influencent le fait de connaître ou non le dispositif. La majorité des MKLGE intégrés exercent en milieu urbain, sont titulaires, prennent en charge au sein de leur cabinet. Ils s'intègrent très peu aux réseaux de sport-santé et n'ont pas leur carte d'éducateur sportif. Les plus jeunes, les assistants, et les MK exerçant au sein d'une MSP sont statistiquement plus intéressés à s'insérer au sein du dispositif.

Nous observons plusieurs obstacles principaux à l'implication des kinésithérapeutes : le manque de prescription, un déficit de moyens (temps, matériels, gymnase ...), un dispositif peu connu du grand public, le financement, le manque de formations dans le domaine de l'APA, un conflit avec d'autres professionnels. Nous sommes revenus ensemble sur ces obstacles en les contextualisant et en envisageant leurs potentielles évolutions possibles.

Les MKLGE ont également donné leurs raisons d'implications dans ce dispositif. En premier lieu, ils invoquent le développement personnel et la qualité des soins en voulant diversifier leur activité professionnelle et apporter un complément thérapeutique pour leurs patients. Dans un second temps, c'est dans une intention d'ouverture, de collaboration et d'intégration qu'ils souhaitent s'impliquer dans un dispositif de santé publique, travailler avec d'autres professionnels et s'investir dans des réseaux de soins. Très peu ont l'intention d'ouvrir une maison de sport-santé.

Nous avons pu montrer à travers ce mémoire un réel besoin de communication autour du dispositif auprès des professionnels. Des efforts supplémentaires doivent être fournis pour augmenter l'implication des kinésithérapeutes. Le dispositif est encore récent et en pleine construction. Le dispositif « Prescri'mouv » n'est effectif sur l'ensemble du territoire du Grand-Est, que depuis le premier trimestre 2019. La profession de masso-kinésithérapie est aussi en mutation (réingénierie, volonté d'accès direct ...). Il serait alors intéressant de réitérer l'étude

pour évaluer les éventuels changements, et possiblement dans un futur proche au vu des éléments cités précédemment. Nous pensons que nos résultats sont susceptibles d'évoluer rapidement. Un autre aspect non étudié dans notre enquête et qui pourrait être intéressant de corréler aux résultats, concerne l'avis et le ressenti des MKLGE au sujet du dispositif existant.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO. OMS | Activité physique [Internet]. [cité 11 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
2. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. 2012;380,9838,:219-29.
3. WHO. OMS | La sédentarité: un problème de santé publique mondial [Internet]. [cité 11 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/
4. WHO. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for healthier world. S.I.: WHO; 2019.
5. WHO. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Organisation mondiale de la santé; 2010.
6. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*. 2016;388,10051:1311-24.
7. INSERM. Activité physique: Contextes et effets sur la santé. Expertise collective, synthèse et recommandations. 2008.
8. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. [Internet]. 2018 [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
9. Raustorp A, Sundberg CJ. The Evolution of Physical Activity on Prescription (FaR) in Sweden. *Schweiz Z Für Sportmed Sporttraumatologie*. 2014;62,2:23-6.
10. Sheill G, Guinan E, O'Neill L, Hevey D, Hussey J. Physical activity and advanced cancer: The views of chartered physiotherapists in Ireland. *Physiother Theory Pract*. 2018;34,7:534-41.
11. Paquito B. Les systèmes d'orientation à l'activité physique au Royaume-Uni : efficacité et enseignements. *Santé Publique*. 2014;26,5:647-54.
12. Beckvid-Henriksson G, Nguyen TH, Kilhed J, Nordström A, Svensson S, Tran TTH, et al. Implementation and assessment of diverse strategies for physical activity promotion in Vietnam—A case report. *J Sport Health Sci*. janv 2018;7,1:42-9.
13. Martín-Borràs C, Giné-Garriga M, Puig-Ribera A, Martín C, Solà M, Cuesta-Vargas AI. A new model of exercise referral scheme in primary care: is the effect on adherence to physical activity sustainable in the long term? A 15-month randomised controlled trial. *BMJ Open*. mars 2018;8,3:e017211.

14. Ministère des affaires étrangères et du développement international. Stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021. [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_reperes_sante_mondiale_cle89ea7b.pdf
15. Code de la santé publique - Article L1172-1. Code de la santé publique.
16. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Legifrance [Internet]. [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>
17. Weissland T, Allal A, Passavant E, Amiard V, Antczak B, Manzo J. Fédérer les ressources régionales du sport-santé: le réseau Picardie en Forme. Santé Publique. 2016;28,1:169-74.
18. Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S. La prescription d'activité physique par le médecin traitant: l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. Santé Publique. 2018;30,3:313-20.
19. Attalin V, Romain A-J, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. Diabetes Metab. 2012;38,3:243-9.
20. Picard A. La région Grand Est se lance dans le sport santé. Kiné Actual [Internet]. 3 oct 2018; Disponible sur: <https://www.kineactu.com/article/10833-la-region-grand-est-se-lance-dans-le-sport-sante>
21. Gruet J-P. Sport sur ordonnance les kinés trop souvent oubliés. Kiné Actual. 21 févr 2019;1538:11-6.
22. Ministère des sports. Données scientifiques [Internet]. 2013 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Donnees-scientifiques/>
23. Vuillemin A. Le point sur les recommandations de santé publique en matière d'activité physique. Sci Sports. 2011;26:183-90.
24. Université Paris 13, Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2017.
25. Praznocy C, Lambert C, Pascal C. Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité; 2017.
26. Daly RM, Dalla Via J, Duckham RL, Fraser SF, Helge EW. Exercise for the prevention of osteoporosis in postmenopausal women: an evidence-based guide to the optimal prescription. Braz J Phys Ther. 2019;23,2:170-80.
27. Warburton DER. Health benefits of physical activity: the evidence. Can Med Assoc J. 2006;174,6:801-9.

28. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of Endurance Training on Blood Pressure, Blood Pressure–Regulating Mechanisms, and Cardiovascular Risk Factors. *Hypertension*. 2005;46,4:667-75.
29. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*. 2016;388,10051:1302-10.
30. Warburton DER, Bredin SSD. Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Can J Cardiol*. 2016;32,4:495-504.
31. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. 2019 [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune?fbclid=IwAR2-NIIMDETy_17pPaLS_EZbjbqrTII9ddJFO-0LfZqLuY2sB0CxOWSJuyI
32. Ville de Strasbourg, service promotion de la santé et de la personne. Rapport d'activités sport santé sur ordonnance 2016. [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1560468/0/b418f431-08b5-5f8d-71b9-3fc48ea370b6>
33. Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Inf Soc*. 2015;187,1:47-53.
34. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *The Lancet*. 2016;388,10051:1337-48.
35. Marsault C. Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sci Soc Sport*. 2017;10:21-49.
36. van Dillen SME, van Binsbergen JJ, Koelen MA, Hiddink GJ. Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: A critical review. *Patient Educ Couns*. 2013;90,2:155-69.
37. Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010392.pub2>
38. Lundqvist S, Börjesson M, Larsson MEH, Hagberg L, Cider Å. Physical Activity on Prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care. Böttcher Y, éditeur. *PLOS ONE*. 2017;12,4:e0175190.
39. Weber A, Herzog F, Lecocq J, Feltz A, Pradignac A. P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutr Clin Métabolisme*. 2014;28:97-8.
40. Favier-Ambrosini B, Delalandre M. Les réseaux Sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre. *Terrains Trav*. 2018;32:81-106.

41. Marsault C. « Sport sur ordonnance », une mise à distance de la médecine : le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs. *Santé Publique*. 2016;28,HS:163-7.
42. Gasparini W, Knobé S, Didierjean R. Physical activity on medical prescription: A qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients. *Health Educ J*. 2015;74,6:720-31.
43. CNOMK. AVIS – CNO n° 2016-03. Avis du conseil national de l'ordre du 24 mars 2016 relatif à la mise en oeuvre d'activité physique et sportive par un kinésithérapeute. [Internet]. 2016. Disponible sur: http://hautegegaronne.ordremk.fr/files/2017/06/AVIS-CNO-n2016-03-_CNO-DES-23-ET-24-MARS-2016-RELATIF-A-LA-MISE-EN-OEUVRE-DACTIVITE-PHYSIQUE-ET-SPORTIVE-PAR-LE-MK.pdf
44. rssbe [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.rssbe.org>
45. CHRU de Nancy - Médecine du sport et activité physique adaptée [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.chu-nancy.fr/index.php/offre-de-soins/medecine-du-sport-et-activite-physique-adaptee>
46. ARS Grand-Est. Dossier de presse lancement du dispositif Prescri'mouv Grand-Est. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-10/dossier-de-presse-prescimouv-grand-est%20%281%29.pdf>
47. Conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est. Chiffres et statistiques CROMKGE. 2018.
48. Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. *Rev Mal Respir*. 2004;21,4-C2:6S71-4.
49. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *AFM*; 2010.
50. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Sci Sports*. 2015;30,2:66-73.
51. Ministère des solidarités et de la santé. Plan national de santé publique - Priorité prévention - Rester en bonne santé tout au long de sa vie [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf
52. Gruet J-P. « Sport-santé sur ordonnance » à Strasbourg : premiers résultats encourageants. *Kiné Actual*. 7 nov 2013;1338:12.
53. Picard A. Sport sur ordonnance : opération pilote à Biarritz. *Kiné Actual*. 28 mai 2015;1406:30.
54. Picard A. Activité physique adaptée : en PACA, les kinés prennent les commandes. *Kiné Actual*. 20 avr 2017;1486:10.
55. Magadoux S. Philippe Burtin, un convaincu du sport-santé. *Kiné Actual* [Internet]. 12 janv 2018; Disponible sur: <https://www.kineactu.com/article/10338-philippe-burtin-un-convaincu-du-sport-sante>

56. Salles C, Willame M. Prescription d'activité physique adaptée : La place du kinésithérapeute. (1/2). Kiné Actual. 7 févr 2019;1537:25-8.
57. Nancy Santé Métropole. Le réseau Nancy Santé Métropole [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.reseau-nsm.fr/>
58. Conrard S. Sport sur ordonnance : point d'étape. Kiné Actual. 10 mai 2018;1521:14-7.
59. Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique. [Doctorat en médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy; 2017.
60. Belhaddad B. Mission « flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques. Assemblée Nationale - Commission des affaires sociales - République française; 2018 janv p. 1-25.
61. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie nationale sport santé 2019-2024 [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.onaps.fr/news/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024/>
62. Scoatariu-Thiébaud N. Activité Physique sur ordonnance : À propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine. [Doctorat en médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy; 2016.
63. Dupays S, Kiour A, Bourdais F, De Vincenzi JP. Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. IGAS / IGJS; 2018 mars. Report No.: IGAS N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07.
64. Pour une France en forme. Pour une France en forme - la tribune [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.pourunefranceenforme.fr/>
65. Ministère des solidarités et de la santé. Dossier d'information - Feuille de route « Accélérer le virage numérique » [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf
66. Barth N, Hupin D, Roche F, Celarier T, Bongue B. La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2018;18,105:155-61.
67. Gruet J-P. Le gouvernement fait de la nutrition, l'activité physique et sportive et la lutte contre l'obésité des priorités pour 2019. Kiné Actual [Internet]. 28 mars 2019; Disponible sur: <https://www.kineactu.com/article/11195-le-gouvernement-fait-de-la-nutrition-l-activite-physique-et-sportive-et-la-lutte-contre-l-obesite-des-priorites-pour-2019>
68. Arsenijevic J, Groot W. Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. BMJ Open. 2017;7,2:e012156.
69. Gruet J-P. Sport sur ordonnance : le CROS Grand Est cherche des kinésithérapeutes pour son dispositif Prescimouv'. Kiné Actual [Internet]. 22 févr 2019; Disponible sur: <https://www.kineactu.com/article/11110-sport-sur-ordonnance-le-cros-grand-est-cherche-des-kinesitherapeutes-pour-son-dispositif-prescimouv>

70. Bigard X, Groupe de travail. Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quels compétences pour quels patients ? Quelles formations ? 2016 juin p. 29.
71. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 0204 du 4 septembre 2015). 2015.
72. Conrard S. Les kinés doivent prendre conscience de leurs compétences. Kiné Actual. 11 oct 2018;1529:12.
73. DU / DIU | medecine.univ-lorraine.fr [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <http://medecine.univ-lorraine.fr/fr/formation-continue/du-diu/fr>
74. Conrard S. Sport et activité physique adaptée : il faut dissiper le brouillard. Kiné Actual. 16 juin 2016;1451:10.
75. Conrard S. Activité physique adaptée : il faut poser des limites. Kiné Actual. 4 févr 2016;1433:10-1.
76. Gruet J-P. Enseignant en APA : un référentiel contesté. Kiné Actual. 29 oct 2015;1421:12.
77. Gruet J-P, Conrard S. Sport sur ordonnance : une « grande victoire » pour la profession. Kiné Actual. 5 janv 2017;1471:10-1.
78. Gruet J-P. Embauche d'un APA au cabinet, 5 modèles de contrat. Kiné Actual. 10 nov 2016;1465:24.
79. Salles C, Willame M. Prescription d'activité physique adaptée : la place du kinésithérapeute. (2/2). Kiné Actual. 7 mars 2019;1539:25-8.
80. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Le référentiel de la profession. 2013.
81. Conrard S. Création de 500 « maisons » dédiées, mais la sécu ne paiera pas. Kiné Actual. 5 oct 2017;1502:7.
82. Birnbaum S. Activité physique... et si nous nous bougions ? Kinésithérapie Rev. avr 2018;18,196:1.
83. Leijon M, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Ståhle A. Physical activity referrals in Swedish primary health care – prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. BMC Health Serv Res. 2008;8,1:201.
84. Leclercq I. L'accès libre et la prescription d'activité physique, les limites. Kinésithérapie Rev. 2018;18,198:1-2.

ANNEXES

ANNEXE I	Bénéfices de l'AP pour la santé.
ANNEXE II	Tableau des phénotypes fonctionnels.
ANNEXE III	Tableau des professions en fonction des phénotypes fonctionnels.
ANNEXE IV	Parcours du patient dans « Prescri'mouv ».
ANNEXE V	Mail accompagnant le questionnaire.
ANNEXE VI	Trame du questionnaire.
ANNEXE VII	Le questionnaire.
ANNEXE VIII	Tableau des résultats.
ANNEXE IX	Enquête URPS-MK Grand-Est.
ANNEXE X	Tableau des compétences pour encadrer l'APA.

ANNEXE I : Bénéfices de l'AP pour la santé.

Source : HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. [Internet]. 2018 [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

Tableau 1. Les bénéfices de l'AP pour la santé

Les variables de santé	Les effets de l'AP
Adultes de tous âges	
Toutes causes de mortalité	Diminution du risque, avec relation dose-réponse (20).
Pathologies cardio-métaboliques	Diminution de l'incidence et de la mortalité des pathologies cardio-vasculaires (dont les maladies coronariennes et les AVC), avec relation dose-réponse (20).
Prévention des cancers	Diminution de l'incidence du cancer pour : <ul style="list-style-type: none"> - le cancer du sein, avec relation dose-réponse ; - le cancer du côlon, avec relation dose-réponse ; - le cancer de l'endomètre, avec relation dose-réponse ; - l'adénocarcinome de l'œsophage ; - le cancer du poumon (discuté).
Santé mentale	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la qualité de vie Amélioration du sommeil Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les personnes en bonne santé Réduction du risque de démence Réduction du risque de dépression
Statut pondéral	Réduction du risque de prise de poids excessive Prévention de la reprise de poids après un amaigrissement initial Limitation de la perte de masse musculaire lors d'une perte de poids Effet additif sur la perte de poids possible quand elle est combinée à une restriction alimentaire modérée (effet faible) Réduction de l'obésité abdominale (20)
Adultes âgés	
Chutes	Réduction du risque de chutes Réduction du risque de chutes avec une lésion sévère
États cognitif et fonctionnel	Amélioration des capacités fonctionnelles et de l'autonomie Amélioration de la qualité de vie Réduction des symptômes d'anxiété et de dépression Diminution du risque de démence.
Femmes enceintes ou en post-partum	
Durant la grossesse	Réduction du risque de prise de poids excessif Réduction du risque de diabète gestationnel (Pas de risque pour le fœtus avec une AP d'intensité modérée)
Durant le <i>post-partum</i>	Réduction du risque de dépression du <i>post-partum</i>

Individus avec une pathologie préexistante	
Cancer du sein	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité par cancer du sein, avec relation dose-réponse Réduction de la récurrence du cancer du sein (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21)
Cancer colorectal	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité par cancer colorectal, avec relation dose-réponse Réduction de la récurrence du cancer du colorectal (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21)
Cancer de la prostate (non métastatique)	Réduction de la mortalité toutes causes confondues (21) Réduction de la mortalité par cancer de la prostate Réduction de la récurrence du cancer de la prostate (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21) (Réduction de la sarcopénie, chez les patients avec un cancer métastaté sous blocage androgénique)
Arthrose (de la hanche et du genou)	Diminution de la douleur Amélioration fonctionnelle Amélioration de la qualité de vie
Fracture récente de la hanche	Amélioration de la marche, de l'équilibre et des activités de la vie quotidienne
Hypertension artérielle	Réduction du risque de progression de la maladie cardio-vasculaire Réduction du risque d'augmentation de la pression artérielle avec le temps
Diabète de type 2	Réduction du risque de mortalité toutes causes confondues, en population générale, incluant les DT2 (20) Réduction du risque de mortalité cardio-vasculaire Amélioration des marqueurs de progression de la maladie : HbA1C, pression artérielle et du profil lipidique Réduction du périmètre abdominal, limitation de la perte de masse musculaire
Pathologies respiratoires chroniques (22)	Amélioration des capacités d'exercice et de la qualité de vie Amélioration de la dyspnée et de la tolérance à l'effort Diminution de l'anxiété et de la peur d'augmenter son niveau d'AP Meilleur contrôle des symptômes de la BPCO et de l'asthme (Pas de changement de la fonction pulmonaire chez l'adulte)
Sclérose en plaque	Amélioration de la marche, de la force musculaire et de la condition physique
Lésion de la moelle épinière	Amélioration de la marche, des capacités en fauteuil roulant
Maladie de parkinson	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la marche, de la force musculaire et de l'équilibre
AVC	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la marche
Dépression et pathologie anxieuse	Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les patients avec une pathologie anxieuse ou une dépression clinique (18), avec relation dose-réponse (20)
Démence	Amélioration des fonctions cognitives
Schizophrénie	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la qualité de vie
Troubles de l'hyperactivité, déficit de l'attention	Amélioration des fonctions cognitives

ANNEXE II : Tableau des phénotypes fonctionnels.

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée.

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

Annexe 11-7-2 : critères d'évaluation des limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée, au regard d'altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie mentionnée à l'article D. 1172-3

1. Fonctions locomotrices

-Fonction neuromusculaire : Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien

-Fonction ostéoarticulaire : Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien

-Endurance à l'effort : Fatigue invalidante dès le moindre mouvement

-Force : Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires

-Marche : Distance parcourue inférieure à 150 m

2. Fonctions cérébrales

-Fonctions cognitives : Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec

-Fonctions langagières : Empêche toute compréhension ou expression

-Anxiété/ Dépression : Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ ou de dépression

ANNEXE III : Tableau des professions en fonction des phénotypes fonctionnelles.

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée.

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

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

ANNEXE IV : Parcours du patient dans « Prescri'mouv ».

Source : <https://www.prescimouv-grandest.fr/ressources/>



ANNEXE V : Mail accompagnant le questionnaire.

Objet : Kinésithérapie et prescription d'activités physiques.

Vous pouvez dispenser de l'activité physique adaptée ! Le saviez-vous ?

Le kinésithérapeute peut être un acteur essentiel de cette politique de santé publique.

Aidez-moi à vous en informer !

Je suis Victorien Didier, étudiant en 4^e année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Nancy.

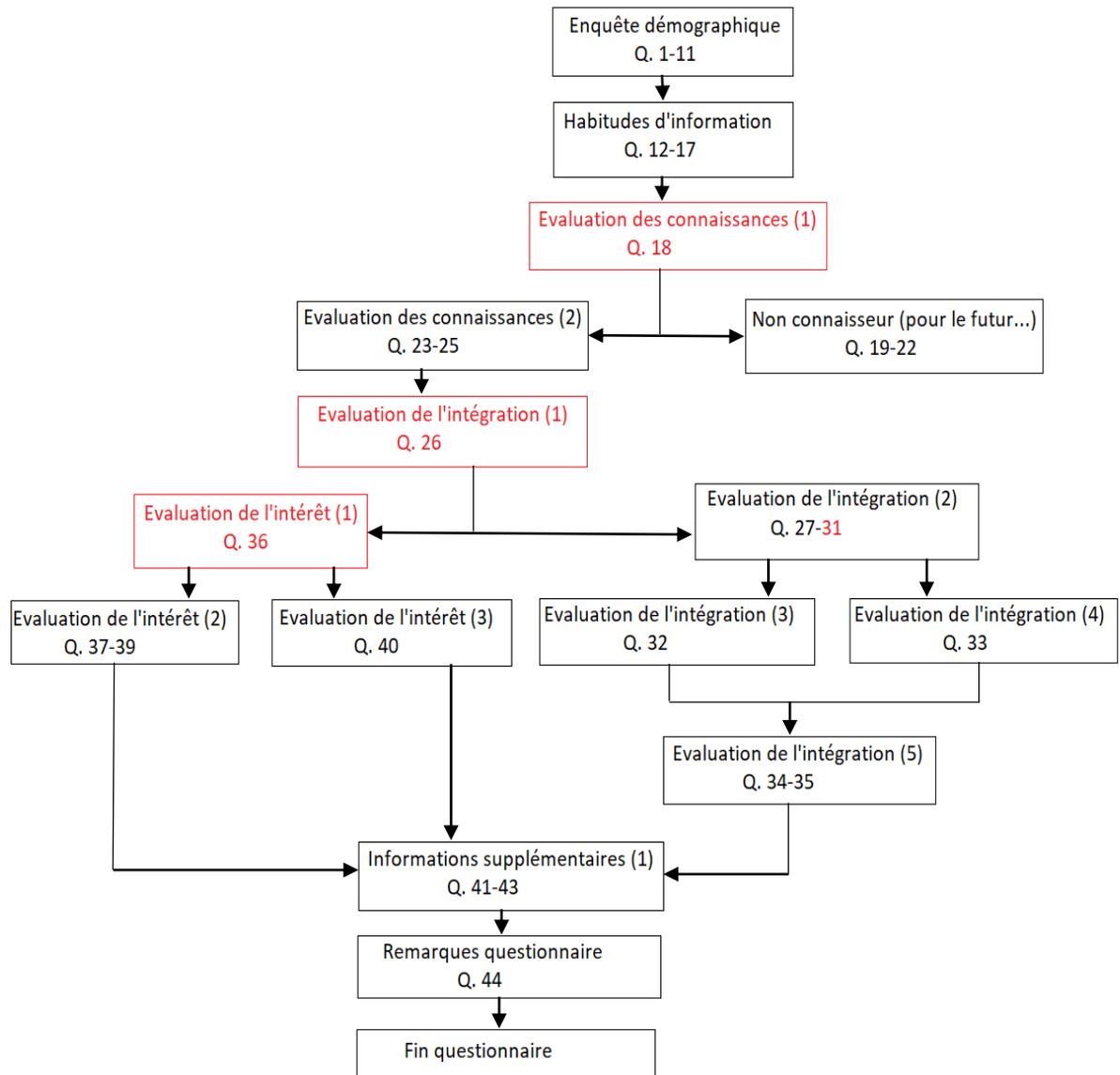
Dans le cadre d'un **mémoire**, je m'interroge sur l'implication des kinésithérapeutes libéraux de la région Grand-Est dans le dispositif de prescription d'activités physiques à destination des patients en ALD.

Pour répondre à cette interrogation, j'ai besoin de vos réponses au questionnaire proposé dans ce mail.

Le questionnaire est anonyme, simple et rapide!

L'étude permettra d'établir un diagnostic sur les connaissances, les intentions et les réticences de la profession vis-à-vis de ce dispositif. Les résultats permettront de déterminer des axes de développement pour l'intégration des kinésithérapeutes dans la mise en place de cette pratique.

ANNEXE VI : La trame du questionnaire.



Légende : Question filtre en rouge

ANNEXE VII : Le questionnaire.

Enquête sur l'implication des MK dans le dispositif d'activités physiques adaptées sur prescription.

Nous vous remercions pour votre collaboration dans cette étude.

Vous n'avez besoin d'aucune connaissance ou expérience particulière pour y répondre. Il s'agit d'une enquête de pratique.

Le questionnaire est construit pour vous permettre de répondre anonymement, facilement et rapidement aux questions posées.

Nous vous remercions d'avance de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

*Obligatoire

Enquête démographique

1. Etes-vous : *

Une seule réponse possible.

- une femme
 un homme

2. Quel âge avez-vous ? *

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

4. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ? *

Une seule réponse possible.

- France
 Belgique
 Espagne
 Allemagne
 Pologne
 Roumanie
 Autre : _____

5. Dans quel département exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Ardennes (08)
- Aube (10)
- Marne (51)
- Haute-Marne (52)
- Meurthe-et-Moselle (54)
- Meuse (55)
- Moselle (57)
- Bas-Rhin (67)
- Haut-Rhin (68)
- Vosges (88)

6. Votre lieu de travail se situe en milieu : *

Une seule réponse possible.

- Rural (< 2 000 habitants)
- Semi-urbain (entre 2 000 et 10 000 habitants)
- Urbain (> 10 000 habitants)

7. Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? *

Une seule réponse possible.

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de Santé Pluri-professionnelle
- Autre : _____

8. Quel est votre statut professionnel ? *

Une seule réponse possible.

- Titulaire
- Collaborateur
- Assistant
- Remplaçant

9. Sélectionnez vos diplômes parmi la liste suivante :

Plusieurs réponses possibles.

- Certificat de formation en kinésithérapie sport et santé
 - Activité physique et Gym vertébrale active : créer un espace de prévention et d'éducation du patient
 - Master en sciences du sport : spécialité activité physique adaptée
 - Diplôme Universitaire Activités Physiques Adaptées, Simulation et E-santé - APASimE's
 - Diplôme Universitaire Santé et Activité Physique Adaptée
 - Licence Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
 - Aucun des diplômes ci-dessus
-

10. **Appartenez-vous à un réseau professionnel de "sport-santé" ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. **Avez-vous votre carte professionnelle d'éducateur sportif ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Passez à la question 12.

Habitudes d'information

Nous aimerions en savoir plus sur vos habitudes d'information.

12. **A quelle fréquence participez-vous à des congrès professionnels en santé ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Occasionnellement (environ 1 tous les 5 ans)
 Annuellement (environ 1 par an)
 Fréquemment (plusieurs par an)

13. **A quelle fréquence consultez-vous les bulletins d'information (URPS / Conseil de l'ordre ...) ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois (environ 1 tous les ans)
 Souvent (environ 1 tous les 3 mois)
 Fréquemment (Tous les mois)

14. **A quelle fréquence consultez-vous les sites internet destinés à informer les professionnels de santé (HAS, CNOMK, URPS, CPAM ...) ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois (environ 1 fois tous les ans)
 Souvent (environ 1 fois tous les 3 mois)
 Fréquemment (au moins 1 fois par mois)

15. **A quelle fréquence consultez-vous les revues professionnelles (kiné la revue / kiné actualité / kiné scientifiques ...) ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois (environ 1 fois tous les ans)
 Souvent (environ 1 fois tous les 3 mois)
 Fréquemment (au moins 1 fois par mois)
-

16. **A quelle fréquence consultez-vous des articles scientifiques ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois (environ 1 tous les ans)
 Souvent (environ 1 tous les 3 mois)
 Fréquemment (au moins 1 par mois)

17. **A quelle fréquence vous informez-vous de l'actualité professionnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois
 Souvent
 Tout le temps

Passez à la question 18.

Évaluation des connaissances (1)

18. **Avant l'envoi de ce questionnaire, avez-vous eu connaissance de l'existence du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longues durées ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 23.*
 Non *Passez à la question 19.*

Passez à la question 12.

Non connaisseur (pour le futur ...) (1)

L'article L. 1172-1 du code de la santé précise que "Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient."

Le décret du 30 décembre 2016 entré en vigueur le 1^{er} mars et l'instruction du 3 mars 2017 déterminent les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée et sa mise en oeuvre.

Dans ce dispositif, le masseur-kinésithérapeute peut réaliser :

- les bilans de début de prise en charge permettant de déterminer le phénotype fonctionnel du patient ;
- les bilans intermédiaires de suivi ;
- la dispensation ou l'encadrement de l'activité physique adaptée, prioritairement pour les patients ayant des limitations fonctionnelles sévères.

19. **Après cette courte description, seriez-vous intéressé(e) pour intégrer le dispositif ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. **Aimeriez-vous avoir plus d'informations sur le dispositif de prescription d'activités physiques adaptées ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 21.*
 Non *Passez à la question 44.*
-

Non connaisseur (pour le futur ...) (2)

21. A propos de quel(s) sujet(s) avez-vous besoin d'informations supplémentaires ?

Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

- L'organisation du dispositif
- Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif
- Les différents intervenants du dispositif
- Le financement
- Les réseaux "sport-santé" du Grand-Est
- Les maisons "sport-santé"
- Les structures d'accueil du "sport-santé"
- Intégrer l'activité physique adaptée dans sa pratique professionnelle
- Autre : _____

22. Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous avoir des informations supplémentaires ?

Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

- Documentation papier
- Informations par mail
- Informations sur un site internet
- Informations par l'intermédiaire des réseaux sociaux
- Informations par entretien téléphonique
- Application sur smartphone
- Réunion d'information
- Formation
- Autre : _____

Passez à la question 44.

Évaluation des connaissances (2)

23. Par quel(s) moyen(s) d'informations avez-vous eu connaissance de ce dispositif ?

Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

- Discussion entre collègues
- Congrès
- Bulletins d'informations (URPS/Conseil de l'ordre ...)
- Site internet (HAS, URPS, CNOMK, CPAM ...)
- Mail professionnel (URPS / Conseil de l'ordre ...)
- Média traditionnel : Télévision / Radio / Presse
- Littérature scientifique
- Campagne d'information ministérielle
- Réseaux de santé
- Réseaux sociaux
- Revues professionnelles (kiné actualité / kiné la revue / kiné presse ...)
- Autre : _____

24. Avez-vous lu le décret n°2016-1990 relatif à la mise en application de ce dispositif ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

25. Selon-vous, où se situe le masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif ?

Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

- Il prescrit l'activité physique adaptée.
- Il réalise le bilan initial permettant de déterminer le phénotype fonctionnel.
- Il réalise les bilans intermédiaires de suivi.
- Il encadre l'activité physique pour les patients avec des limitations fonctionnelles minimales.
- Il encadre l'activité physique pour les patients avec des limitations fonctionnelles modérées.
- Il encadre l'activité physique pour les patients avec des limitations fonctionnelles sévères.
- Je ne sais pas

Passez à la question 26.

Évaluation de l'intégration (1)

26. Avez-vous déjà pris en charge un patient sur prescription médicale d'activité physique adaptée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 27.*
- Non *Passez à la question 36.*

Évaluation de l'intégration (2)

27. Quelle(s) tâche(s) avez-vous effectuée(s) ?

plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

- Bilan initial
- Bilan intermédiaire de suivi
- Dispensation de l'activité physique
- Encadrement de l'activité physique

28. Avez-vous réalisé votre prise en charge au sein d'un réseau de "sport-santé" ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

29. Vous avez réalisé cette (ces) prise(s) en charge : *

Une seule réponse possible.

- Dans le cabinet dans lequel vous exercez.
- A l'extérieur du cabinet dans lequel vous exercez.
- Les deux
- Autre : _____

30. Avez-vous réalisé ces prises en charge avant le décret de mars 2017 ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

31. Participez-vous à ces prises en charge encore actuellement ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 33.*
- Non *Passez à la question 32.*

Évaluation de l'intégration (3)

32. Pour quelle(s) raison(s) ne participez-vous plus à ces prises en charge encore actuellement ?

plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

- Absence de financement (CPAM, patients, mutuelles, ARS, autres ...)
 - Absence de prescription médicale
 - Manque de formations dans le domaine de l'activité physique adaptée
 - Déficit de moyens (Temps, matériel, gymnase ...)
 - Conflit avec d'autres professions de santé
 - Conflit avec des professions autres que des professions de santé
 - Dispositif peu connu du grand public
 - Autre : _____
-

Passez à la question 34.

Évaluation de l'intégration (4)

33. D'après votre expérience, quel(s) pourrait(aient) être l'(les) obstacle(s) à l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes au dispositif ?

Plusieurs réponses possibles. Ne cochez aucune des réponses si vous n'estimez pas d'obstacle à l'intégration.

Plusieurs réponses possibles.

- Absence de financement (CPAM, patients, mutuelles, ARS, autres ...)
- Absence de prescriptions médicales
- Manque de formations dans le domaine de l'activité physique adaptée
- Déficit de moyens (Temps, matériel, gymnase ...)
- Conflit avec d'autres professions de santé
- Conflit avec des professions autres que des professions de santé
- Dispositif peu connu du grand public
- Autre : _____

Passez à la question 34.

Évaluation de l'intégration (5)

34. Quel(s) a (ont) été le(s) point(s) positif(s) de votre intégration au sein de ce dispositif ?

Plusieurs réponses possibles. Ne cochez aucune des réponses si vous n'estimez pas de points positifs à votre intégration.

Plusieurs réponses possibles.

- Diversification de l'activité professionnelle
- Complément à la prise en charge thérapeutique des patients en ALD
- Ouverture d'une maison de sport-santé
- Implication dans un dispositif de santé publique et de prévention
- Collaboration inter-professionnelle
- Intégration dans un réseau de soin
- Autre : _____

35. Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous votre expérience dans le cadre du dispositif APA ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Très mauvaise expérience	<input type="radio"/>	Expérience parfaite									

Passez à la question 41.

Évaluation de l'intérêt (1)

36. Etes-vous intéressé(e) pour intégrer ce dispositif ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 37.*
 Non *Passez à la question 40.*

Évaluation de l'intérêt (2)

37. Pour quelle(s) raison(s), êtes-vous intéressé(e) pour intégrer le dispositif ?

*Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.*

- Diversification de l'activité professionnelle
 Complément à la prise en charge thérapeutique des patients en ALD
 Ouverture d'une maison de sport-santé
 Implication dans un dispositif de santé publique et de prévention
 Collaboration inter-professionnelle
 Intégration dans un réseau de soins
 Autre : _____

38. Vous êtes intéressé(e) pour intégrer le dispositif, mais envisagez-vous des obstacles à votre intégration ?

*Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.*

- Absence de financement (CPAM, Patients, Mutuelles, ARS, autres ...)
 Absence de prescriptions médicales
 Manque de formations dans le domaine de l'activité physique adaptée
 Déficit de moyens (Temps, matériel, gymnase)
 Conflit avec d'autres professions de santé
 Conflit avec des professions autres que des professions de santé
 Dispositif peu connu du grand public
 Autre : _____

39. Seriez-vous prêt(e) à réaliser ces prises en charge à l'extérieur de votre cabinet ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Passez à la question 41.

Évaluation de l'intérêt (3)

40. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas intéressé(e) pour intégrer le dispositif ?

*Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.*

- Option 1
 Autre : _____

Passez à la question 41.

Informations supplémentaires (1)

41. Auriez-vous besoin d'informations supplémentaires concernant le dispositif ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 42.*
 Non *Passez à la question 44.*

Informations supplémentaires (2)

42. A propos de quel(s) sujet(s) avez-vous besoin d'informations supplémentaires ?

Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

- L'organisation du dispositif
 Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif
 Les différents intervenants du dispositif
 Le financement
 Les réseaux "sport-santé" du Grand-Est
 Les maisons "sport-santé"
 Les structures d'accueil du "sport-santé"
 Intégrer l'activité physique adaptée dans sa pratique professionnelle
 Autre : _____

43. Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous avoir des informations supplémentaires ?

Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

- Documentation papier
 Informations par mail
 Informations sur un site internet
 Informations par l'intermédiaire des réseaux sociaux
 Informations par entretien téléphonique
 Application pour smartphone
 Réunion d'information
 Formation
 Autre : _____

Passez à la question 44.

Remarques questionnaire

Nous vous remercions d'avance de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

44. Avez-vous quelque chose à ajouter?

ANNEXE VIII : Tableau des résultats.

	Repondants	pop totale M/LGE	connaisseurs	non connaisseurs	P (Chi2) connaissance	Intéressé (199)	Non intéressé (142)	P (Chi2) intérêt	Intégration
sexe	Homme	165 (46,5%)	48,9%	107 (44,2%)	58 (51,3%)	84 (42,2%)	75 (52,8%)	0,05*	6 (42,8%)
	Femme	190 (53,5%)	51,1%	136 (55,8%)	55 (48,7%)	115 (57,8%)	67 (47,2%)		8 (57,1%)
Age	20-29	49 (13,5%)	31,0%	30 (12,4%)	18 (15,9%)	35 (17,6%)	13 (9,2%)		0 (0%)
	30-39	136 (38,3%)	33,7%	95 (39,3%)	41 (36,3%)	65 (42,7%)	47 (33,1%)		4 (28,6%)
	40-49	49 (13,8%)	14,6%	41 (17%)	8 (7,1%)	30 (15%)	14 (9,6%)	0,0003 (sans 70-79)	5 (35,7%)
	50-59	90 (25,4%)	13,6%	54 (22,3%)	38 (31,9%)	38 (19%)	47 (33%)		5 (35,7%)
	60-69	31 (8,7%)	6,3%	22 (9,1%)	9 (8%)	11 (5,5%)	20 (14%)		0 (0%)
	70-79	1 (0,3%)	0,8%	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,7%)		0 (0%)
Année d'obtention du diplôme	1970-79	18 (5,1%)	-	13 (5,4%)	5 (4,4%)	4 (2%)	14 (9,9%)		0 (0%)
	1980-89	74 (20,8%)	-	46 (19%)	28 (24,8%)	34 (17%)	36 (25,4%)	0,004 (sans 1970-79)*	4 (28,6%)
	1990-99	54 (15,2%)	-	37 (15,3%)	17 (15%)	26 (13%)	25 (17,6%)		3 (21,4%)
	2000-09	119 (33,5%)	-	84 (34,7%)	35 (30,1%)	70 (35%)	45 (31,7%)		4 (28,6%)
	2010-17	90 (25,4%)	-	62 (25,6%)	28 (24,8%)	66 (32,7%)	22 (15,5%)		3 (21,4%)
Pays d'obtention du diplôme	France	277 (78%)	61,4%	188 (77,7%)	89 (78,8%)	150 (75,4%)	117 (82,4%)		10 (71,4%)
	Belgique	62 (17,5%)	17,1%	42 (17,4%)	20 (17,7%)	39 (19,6%)	20 (14,1%)	0,2 (seulement France: Belgique)*	3 (21,4%)
	Espagne	1 (0,3%)	0,4%	0 (0%)	1 (0,9%)	1 (0,5%)	0 (0%)		0 (0%)
	Allemagne	12 (3,4%)	18,8%	9 (3,7%)	3 (2,7%)	7 (3,5%)	4 (2,8%)		1 (7,1%)
	Pologne	1 (0,3%)	0,8%	1 (0,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)		0 (0%)
	Roumanie	0 (0%)	0,9%	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)
	Autres	2 (0,6%)	-	2 (0,8%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)		0 (0%)
	Ardennes	7 (2%)	4,7%	7 (3%)	0 (0%)	2 (1%)	5 (3,5%)		0 (0%)
	Alsace	16 (4,5%)	4,9%	12 (5%)	4 (3,5%)	8 (4%)	8 (5,6%)		0 (0%)
	Normandie	22 (6,2%)	8,9%	13 (5,4%)	9 (8%)	13 (6,5%)	8 (5,6%)		1 (7,1%)
département d'exercice	Haute-normandie	12 (3,4%)	2,0%	8 (3,3%)	4 (3,5%)	5 (2,5%)	7 (4,9%)		0 (0%)
	Meurthe et moselle	99 (27,8%)	12,3%	64 (26,4%)	35 (31%)	57 (28,6%)	34 (23,9%)	0,6 (sans Ardennes: Haute-normandie, Haut-Rhin)*	8 (57,1%)
	Meuse	22 (6,2%)	2,2%	17 (7%)	5 (4,4%)	15 (7,5%)	7 (4,9%)		0 (0%)
	Moselle	101 (28,5%)	16,0%	65 (26,9%)	36 (31,9%)	53 (26,6%)	46 (32,4%)		2 (14,2%)
	Bas-rhin	28 (7,9%)	31,0%	19 (7,9%)	9 (8%)	19 (9,5%)	8 (5,6%)		1 (7,1%)
	Haut-rhin	6 (1,7%)	12,8%	4 (1,7%)	2 (1,8%)	3 (1,5%)	3 (2,1%)		0 (0%)
	Vosges	42 (11,8%)	5,2%	33 (13,6%)	9 (8%)	24 (12%)	16 (11,3%)		2 (14,2%)
	Rural	78 (22%)	-	56 (23,1%)	22 (19,5%)	47 (23,7%)	31 (21,8%)		0 (0%)
	Semi-urbain	132 (37,2%)	-	92 (38%)	40 (35,4%)	78 (39,2%)	48 (33,9%)		6 (42,9%)
	Urban	145 (40,8%)	-	94 (38,8%)	51 (45,1%)	74 (37,2%)	63 (44,4%)		8 (57,1%)

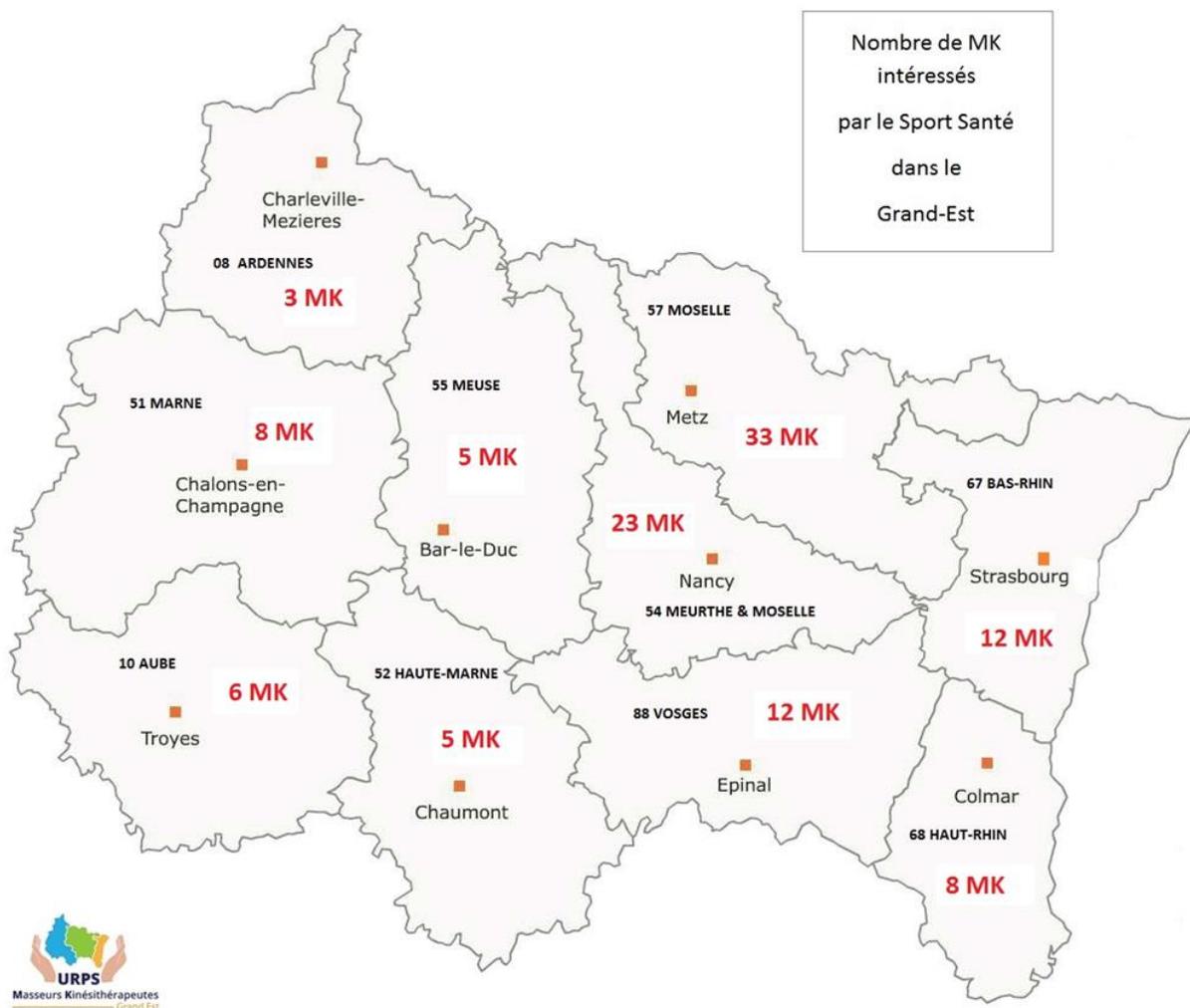
* : test pas présenté dans les résultats car nous estimons ce calcul non pertinent.

	Respondants	pop totale MNLGE	connaisseurs	non connaisseurs	P (Chi2) connaissance	Intéressé (199)	Non intéressé (142)	P (Chi2) intérêt	Intégration
Statut professionnel	Titulaire	278 (78,3%)	194 (80,2%)	84 (74,3%)	0,3 (sans remplaçant)*	146 (3,4%)	121 (85,2%)	0,009 (sans remplaçant)	11 (78,6%)
	Collaborateur	30 (8,5%)	17 (7%)	13 (11,5%)		18 (9%)	11 (7,7%)		1 (7,1%)
	Assistant	42 (11,8%)	29 (12%)	13 (11,5%)		32 (16,1%)	8 (5,6%)		2 (14,2%)
Structure d'exercice	Remplaçant	5 (1,4%)	2 (0,8%)	3 (2,7%)	0,4*	3 (1,5%)	2 (1,4%)	0,01 (sans autre)	0 (0%)
	Cabinet individuel	122 (34,4%)	79 (33%)	43 (38,1%)		58 (48,7%)	59 (41,5%)		5 (35,7%)
	Cabinet de groupe	187 (52,7%)	130 (53,7%)	57 (50,4%)		108 (54,2%)	72 (50,7%)		7 (50%)
Diplômes	on de santé puH-profession	39 (11%)	29 (12%)	10 (8,8%)	0,2 (comparaison : diplôme APA/ pas de diplôme APA)	28 (14%)	9 (6,3%)	0,4 (seulement : certificat de formation en kiné sport et santé. Aucun des diplômes ci-dessus)*	2 (14,2%)
	Autre	7 (2%)	4 (1,7%)	3 (2,7%)		4 (2%)	3 (2,1%)		0 (0%)
	Certificat de formation en médecine sportive santé	43 (12,1%)	27 (11,2%)	16 (14,2%)		26 (13%)	15 (10,5%)		2 (14,2%)
	licence physique et sportive avec ou sans un espace de prévention et d'éducation ou d'agrément	7 (2%)	6 (2,5%)	1 (0,9%)		6 (3%)	0 (0%)		1 (7,1%)
	Mastère en sciences du sport - spécialité activités physiques adaptées	1 (0,3%)	1 (0,4%)	0 (0%)		1 (0,5%)	0 (0%)		0 (0%)
	Diplôme universitaire de Kinésithérapie Adaptées Simulation et Santé - APS/SPS	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)
	Diplôme universitaire Santé et Activité Physique Adaptée	4 (1,1%)	4 (1,7%)	0 (0%)		4 (2%)	0 (0%)		0 (0%)
	Licence Services et Techniques des Activités Physiques et Sportives	14 (3,9%)	13 (5,4%)	1 (0,9%)		9 (4,5%)	4 (2,8%)		0 (0%)
	Aucun des diplômes ci-dessus	272 (76,6%)	183 (75,6%)	89 (78,8%)		152 (76,4%)	119 (83,8%)		1 (7,1%)
	réseaux professionnels "sport-santé"	non	7 (2%)	4 (1,7%)		3 (2,7%)	4 (2%)		2 (1,4%)
carte d'éducateur sportif	oui	42 (11,8%)	35 (14,5%)	7 (6,2%)	calcul impossible	156 (98%)	140 (98,6%)	calcul impossible	13 (92,9%)
	non	313 (88,2%)	207 (85,5%)	106 (93,8%)		30 (15,1%)	9 (6,3%)		3 (21,4%)
					0,02*	169 (84,9%)	133 (93,7%)	0,01**	11 (78,6%)

* : n'est pas présenté dans les résultats car nous estimons ce calcul non pertinent.

ANNEXE IX : Enquête URPS-MK du Grand-Est.

Source : UPRS-MK Grand-Est. Septembre 2018.



ANNEXE X : Tableau des compétences pour encadrer l'APA.

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée.

TABLEAU DES COMPETENCES				
Limitations Compétences	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
- 1 - Assurer l'éducation pour la santé et/ou participer à une éducation thérapeutique.	Etre capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Etre capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Etre capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.	Etre capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.
- 2 - Savoir réaliser l'évaluation initiale de la situation du patient, en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels.	Mettre en œuvre des évaluations fonctionnelles propres à la pratique physique envisagée. Evaluation des freins, ressources individuelles, et capacités de la personne à s'engager dans une pratique autonome, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Etre capable, le cas échéant, d'adapter les évaluations fonctionnelles à la situation de la personne. Evaluation des freins, ressources individuelles, et capacités de la personne à s'engager dans une pratique adaptée aux limitations, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Etre capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Evaluation des freins, ressources individuelles, et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.	Etre capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Evaluation des freins, ressources individuelles, et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.
- 3 - Etre capable de concevoir, co-construire et planifier un programme d'activité	Etre capable de concevoir une séance d'activité physique en suscitant participation et adhésion de la part du patient.	Savoir opérer des adaptations simples sur les activités physiques, dans un objectif de tolérance et d'autonomie	Etre capable d'identifier les modalités de pratique et leurs adaptations pédagogiques les plus appropriées à l'état des	Etre capable de fixer des objectifs cohérents en termes d'amélioration de l'état de santé, et d'ajuster le programme
physique individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne.		dans la pratique.	personnes et aux objectifs définis dans l'évaluation initiale. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.	d'activité physique en fonction des réponses du patient. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.
- 4 - Savoir mettre en œuvre un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique).	Etre capable d'animer une séance d'activité physique et sportive (APS), de repérer toute altération de la tolérance des séances, d'évaluer les progrès au sein de la pratique, d'entretenir la motivation des pratiquants.	Savoir transformer les APS pour les enseigner (mise en œuvre des apprentissages moteurs et développement des aptitudes), en tenant compte des contraintes associées aux activités physiques en rapport avec des limitations minimales. Savoir évaluer les séances pédagogiques au moyen d'outils adaptés aux déficits des patients (adhésion, motivation, progrès) et leur tolérance.	Etre capable d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à s'assurer d'une balance bénéfice-risque favorable. Maîtriser les méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés (approche ciblée et personnalisée).	Être capable - d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à s'assurer d'une balance bénéfice-risque favorable. - de concevoir des adaptations permanentes et évolutives des AP adaptées, voire de construire de nouvelles modalités de pratiques compatibles avec des limitations fonctionnelles sévères. - d'utiliser des méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés.

<p>- 5 - Savoir évaluer à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels).</p>	<p>Etre capable d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients.</p>	<p>Etre capable - d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Etre capable - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients, - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Etre capable - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients, - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins, - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>
<p>- 6 - Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique.</p>	<p>Disposer des connaissances nécessaires à la bonne exécution des gestes de secours destinés à préserver l'intégrité physique d'une victime en attendant l'arrivée des secours organisés. (attestation PSC-1)</p>	<p>Etre capable de - sécuriser la zone de l'accident, - collecter et transmettre les renseignements importants sur la situation, l'état du blessé aux services de secours, - agir face à un blessé qui présente une hémorragie externe, une perte de connaissance, un arrêt cardiaque, un traumatisme d'un membre dans le cadre d'une activité sportive, en évitant l'aggravation de l'état du blessé.</p>	<p>Etre capable - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur), - de transmettre une alerte aux services de secours. - d'éviter l'aggravation de l'état du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>	<p>Etre capable - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur), - de transmettre une alerte aux services de secours. - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>
<p>- 7 - Connaître les caractéristiques générales des principales pathologies chroniques.</p>	<p>Connaissances très générales sur la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité.</p>	<p>Connaissances très générales sur - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité, - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients.</p>	<p>Connaissances très générales sur - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité, - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients, - les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients, - les effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>	<p>Connaissances très générales sur - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité, - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients, - les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients, - effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>

Implication des kinésithérapeutes libéraux au sein du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées : une enquête dans le Grand-Est.

Introduction : La pratique régulière d'activité physique a montré de nombreux bénéfices pour la santé et notamment en prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 permet la prescription d'activité physique adaptée (APA) par le médecin traitant pour les patients atteints d'une affection de longue durée. Le décret n°2016-1990 autorise les masseurs-kinésithérapeutes (MK) à dispenser les APA principalement pour les patients atteints de limitations fonctionnelles sévères et réaliser les bilans de prises en charge. Nous nous interrogeons sur l'implication des MK libéraux du Grand-Est (MKLGE) dans ce dispositif. Ont-ils connaissance du dispositif ? Certains sont-ils déjà intégrés ? Ou sont-ils intéressés pour l'intégrer ?

Méthode : Nous avons envoyé un questionnaire sous format « Google Form », par mail, à 2500 MKLGE par l'intermédiaire de l'URPS-MK du Grand-Est. Les réponses ont été réceptionnées du 19 octobre au 21 décembre 2018 et les données analysées avec « Microsoft® Excel® 2013 ».

Résultats : Sur les 355 MKLGE inclus dans l'étude, 242 (68,2%) ont eu connaissance de l'existence du dispositif. Sur ces 242, 76 (31,4%) en ont une bonne connaissance et 14 (5,8%) ont déjà intégré le dispositif. Sur 228 MKLGE, 140 (61,4%) ont déclaré être intéressés pour intégrer le dispositif.

Discussion et conclusion : Nous observons que les MKLGE peinent à investir le dispositif, en ont une connaissance approximative, mais y portent un certain intérêt. Au vu des résultats, il existe un réel besoin de communication auprès des professionnels et des efforts supplémentaires doivent être réalisés pour augmenter leur implication. Plusieurs obstacles entravent leur investissement tels que : le manque de prescription, un déficit de moyens, un dispositif peu connu du grand public, le financement, le manque de formations, un conflit avec d'autres professionnels. Certains évoquent le développement personnel, la qualité des soins, une intention d'ouverture, de collaboration et d'intégration pour investir ces réseaux. Il serait intéressant de compléter l'étude en recueillant l'avis et le ressenti des MKLGE vis-à-vis de ce dispositif et de réévaluer les résultats dans un futur proche.

Mots-clés : activité physique adaptée, kinésithérapie, prescription, santé publique.

Involvement of the liberal physiotherapists within the device of adapted physical activities on prescription: a survey of a French's region « Grand-Est ».

Introduction : The regular practice of physical activity has shown many benefits for health and especially in primary, secondary and tertiary prevention. Article 144 of the law of modernization of french's health system n°2016-41 allows adapted physical activities (APA) on prescription by the general practitioner for patients with a long-term condition. The decree n°2016-1990 authorizes physiotherapist (PT) to dispense APA mainly for the patients with severe functional limitations and to realize the balance sheets. We wonder about the involvement of self-employed PTs of the French's region « Grand-Est » (PTLGE) in this device. Do they know? Have some PTs already integrated it ? Are they interested in it?

Method : We sent by e-mail a survey prepared with "Google Form" to 2500 PTLGE through the URPS-MK of the french's region « Grand-Est ». The responses were received from October 19 to December 21, 2018 and the data analyzed with "Microsoft® Excel® 2013".

Results : Among the 355 PTLGE included in the study, 242 (68.2%) were aware of the existence of the device. Of these 242, 76 (31.4%) have good knowledge and 14 (5.8%) have already integrated the device. Of 228 PTLGEs, 140 (61.4%) said they were interested in integrating the device.

Discussion and conclusion : We observe that PTLGEs hardly invest the device, have an approximate knowledge of it, but are interested. Seen the results, there is a real need of communication with professionals and additional efforts have to be made to increase their involvement. Several obstacles hinder their investment such as: lack of prescription, lack of resources, a device poorly known to the general public, funding, lack of training, conflict with other professionals. Some recall personal development, the quality of care, an intention of openness, collaboration and integration to invest these networks. It might be interesting to complete the study by collecting the opinion and the feeling of the PTLGE about this device and to re-evaluate the results in a near future.

Key-Word : adapted physical activity, physiotherapy, prescription, public health.