



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>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

**L'INTÉGRATION DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE DANS LE
DISPOSITIF DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE :
ENQUÊTE QUALITATIVE DANS LE GRAND EST.**

Sous la direction de Hubert JUPIN

Mémoire présenté par Pierre HENRIET
Étudiant en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE28
Dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Pierre HENRIET

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le ...27 avril 2021.....

Signature

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie chaleureusement Monsieur Hubert JUPIN, mon directeur de mémoire, sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Merci à vous pour vos conseils d'expert dans le domaine de l'APA, pour vos retours constructifs et votre réactivité.

Un grand merci aux 5 MK interviewés, qui ont eu la gentillesse de prendre le temps de s'entretenir avec moi. Votre grande disponibilité et votre enthousiasme m'ont permis d'avancer efficacement dans mon travail. En vous exprimant de manière réfléchie et avec vos propres mots, vous avez enrichi ce travail.

Merci à ma référente pédagogique, Madame Emmanuelle PACI, qui a su me remobiliser quand il le fallait, et m'encourager dans mon travail. Vos conseils méthodologiques m'ont été d'un grand soutien. Plus globalement, merci de m'avoir supporté pendant ces 4 années.

Merci à Madame Hélène MARINHO de m'avoir aidé à construire mon guide d'entretien, et à Monsieur Jérémy MARTIN qui m'a conseillé dans le choix initial de mon sujet.

Merci à Monsieur Victorien DIDIER qui m'a également aidé dans mes choix au début de mon travail. Grâce à votre mémoire et à vos conseils, j'ai pu éclaircir mes idées et développer ma problématique.

Je remercie Monsieur Nicolas ODABACHIAN avec qui j'ai pu pré-tester un entretien. Vos ultimes conseils m'ont été très utiles pour clarifier mes entretiens et en améliorer le format.

Merci à tous mes camarades m'ayant apporté de près ou de loin leur aide dans l'élaboration de ce travail, en particulier Tristan, Maëla, Léa, Manon et Maxence. Ce travail clôture 4 belles années passées en votre compagnie.

Pour finir, merci maman. Merci de m'avoir accompagné pendant l'ensemble de mes études. J'ai toujours pu compter sur toi, à n'importe quel moment. Tes relectures m'ont vraiment beaucoup aidé dans ce travail.

L'intégration du masseur-kinésithérapeute dans le dispositif de prescription d'activité physique adaptée : enquête qualitative dans le Grand Est.

Introduction : Les bénéfices de l'activité physique pour la santé sont aujourd'hui reconnus. Depuis le 30 décembre 2016, un médecin est habilité à prescrire sur ordonnance de l'APA à des patients en ALD, afin d'améliorer leur qualité de vie. Comme d'autres professionnels du sport et de la santé, le MK est identifié comme un acteur au cœur du dispositif. Actuellement, l'investissement des MK au sein du dispositif est faible, notamment par rapport à certains professionnels du sport. Il est donc pertinent de se demander : quel intérêt voient les MK à s'intégrer au dispositif de prescription d'APA ?

Matériel et Méthode : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 5 MK intégrés dans les différents réseaux sport-santé du Grand Est. Nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien afin d'analyser leurs connaissances, leur regard sur la formation des intervenants et leur point de vue sur l'intégration de leur profession au sein du dispositif.

Résultats : Intervenant au sein de réseaux sport-santé, les MK interviewés décrivent assez précisément l'APA et le dispositif. Ils y identifient quelques problèmes organisationnels pouvant freiner son développement. L'interdisciplinarité professionnelle est, à leurs yeux, bénéfique pour le patient et pour le MK si elle respecte le cadre législatif. De plus, si les réseaux sport-santé sont déterminants pour le développement du dispositif, les Maisons sport-santé naissantes ne font pas l'unanimité. Enfin, plusieurs facteurs influencent ou freinent l'intégration des MK dans le dispositif. L'intérêt porté par les MK semble relativement faible et variable dans le Grand Est.

Discussion : Pour garantir une offre d'APA pertinente, les différents intervenants doivent travailler ensemble au service des bénéficiaires. Bien que les MK peinent à intégrer le dispositif par méconnaissance de ce champ professionnel, par manque de temps ou pour des raisons financières, les interviewés mettent beaucoup d'espoir dans la nouvelle génération et dans les réseaux sport-santé qui peuvent faire grandir l'intérêt de la profession si une communication efficace est réalisée.

Mots-clés : Activité physique adaptée - Intégration - Intérêt - Masso-kinésithérapie - Réseaux sport-santé

The physiotherapists integration into the prescription scheme of Adapted Physical Activity (APA): qualitative survey in the Grand-Est.

Introduction : Today, the benefits for health of physical activity are acknowledged. Since December 30th 2016, a doctor has had the right to prescribe an APA treatment to patients with long-term illness so as to improve their quality of life. The physiotherapist is an actor in the heart of the APA scheme like any other professional of Sports and Health. Currently, the physiotherapists investment within the scheme is rather small compared to some sports professionals particularly. It is thus relevant to question ourselves about the significance for a physiotherapist to get himself integrated into the prescription scheme of APA.

Material and Method : Semi-directed interviews have been carried out with 5 physiotherapists integrated within various Sport-Health networks in the Grand-Est. We have used an interview guide to analyze their knowledge, how they regard the training of the stakeholders and their point of view on the professions integration within the scheme.

Results : As they are involved in Sport-Health networks, the interviewed Physiotherapists describe APA and the scheme with a pretty good accuracy. They identify a number of organizational problems that could slow down the scheme development. In their view, the professional interdisciplinarity is beneficial to both the patient and the physiotherapist provided the legislative framework be strictly respected. In addition, if the Sport-Health networks are determining for the scheme development, the new Sport-Health Houses are controversial. Furthermore, several factors impact the physiotherapists integration into the scheme. The physiotherapists interest sounds small and variable in the Grand-Est.

Discussion : To secure a relevant offer of APA, the different stakeholders have to work together at the service of the patients. The Physiotherapists say they meet with some difficulties in integrating the scheme, the reasons come from insufficient information about this professional field or from lack of time, they can also be financial. Nevertheless, the Interviewees believe in the physiotherapists new generation and in Sport-Health networks to improve the physiotherapist's interest if an effective communication is achieved.

Keywords : Adapted physical activity - Integration - Interest - Physiotherapy - Sport-health networks

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. L'activité physique.....	1
1.1.1. Inactivité physique et sédentarité.....	3
1.1.2. Les bienfaits de l'activité physique pour la santé.....	4
1.2. L'activité physique adaptée.....	5
1.2.1. Définition	5
1.2.2. Le masseur kinésithérapeute et l'APA.....	5
1.2.3. La prescription d'APA	6
1.2.4 Les acteurs du dispositif et leurs rôles respectifs	7
1.2.5. Le « sport sur ordonnance » dans le Grand-Est.....	9
1.2.6. La problématique de l'intégration des MK au sein de ce dispositif	12
1.3. Question de recherche.....	13
2. MATERIEL ET MÉTHODE	14
2.1. Stratégie de recherche documentaire.....	14
2.1.1. Recherche scientifique.....	14
2.1.2. Recherche législative.....	14
2.1.3. Recherche épidémiologique	14
2.1.4. Recherche professionnelle	15
2.2. Choix de l'étude qualitative	15
2.2.1. Justification du choix de l'approche	15
2.2.2. Élaboration du guide d'entretien	16
2.2.3. Public-cible de l'étude	17
2.3. L'étude, en pratique	17
2.3.1. Sollicitation des MK.....	17
2.3.2. Déroulement de l'entretien.....	18
2.3.3. Matériel	18
2.3.3. Retranscription de données et analyse des résultats	19
2.4. Aspects réglementaires et éthiques.....	19

3. RÉSULTATS.....	20
3.1. Thème 1 : La connaissance du dispositif de prescription d'APA	21
3.1.1. L'APA, sa signification et sa représentation.....	21
3.1.2. L'organisation du dispositif d'APA.....	22
3.2. Thème 2 : Les formations nécessaires pour dispenser de l'APA	23
3.2.1. Les différents profils des intervenants	23
3.2.2. L'inter-professionnalité dans l'APA	25
3.3. Thème 3 : L'intégration du MK au sein du dispositif de prescription d'APA.....	27
3.3.1. Les moyens d'intégrer le dispositif.....	27
3.3.2. Les réseaux et les établissement sport-santé en pratique.....	28
3.3.3. Le kinésithérapeute dans le dispositif d'APA.....	31
4. DISCUSSION	33
4.1. Limites méthodologiques de l'étude.....	33
4.1.1. Le choix discutable de la population cible.....	33
4.1.2. L'élaboration imparfaite du guide d'entretien	34
4.1.3. Le lien très étroit entre le MK et le sujet de l'étude	34
4.1.4. Les distractions liées au format de l'entretien.....	34
4.1.5. Le regard subjectif des MK vis-à-vis des autres professionnels	34
4.1.6. Le comportement du participant face au chercheur.....	35
4.1.7. La non-analyse des expressions corporelles.....	35
4.2. Interprétations et limites des résultats de l'étude.....	35
4.2.1. Les participants à l'étude	35
4.2.2. Connaissance et conception du dispositif de prescription d'APA	36
4.2.3. Les compétences des acteurs du dispositif d'APA	39
4.2.4. La place du MK dans le dispositif d'APA	44
4.3. En ouverture à ce travail	49
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APS Vosges : Activité Physique Santé Vosges

ARS : Agence Régionale de Santé

CNO : Comité National Olympique

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

EAPA-S : Enseignant en Activité Physique Adaptée et Santé

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

MET : Metabolic Equivalent of Task

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MNT : Maladies non-transmissibles

MSS : Maison Sport-Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

REDOM : Réseau Diabète Obésité Maladies cardio-vasculaires

RSSBE : Réseau Sport Santé Bien-Être

1. INTRODUCTION

The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) est une organisation mondiale rassemblant 660000 physiothérapeutes dans 125 pays du monde. En 2015, elle organise un congrès à Singapour dont le slogan est : « *Physiotherapy : Better Movement, Better Health* ». Pour Joëlle André-Vert, l'une des masseurs-kinésithérapeutes (MK) présente à ce congrès, cette devise s'adresse aux professionnels de santé du monde entier et fait prendre conscience de « *l'importance des enjeux relatifs aux activités physiques, aussi bien pour la population générale que pour notre profession* » (1). Les MK doivent promouvoir davantage l'activité physique (AP) et le mouvement dans leur pratique professionnelle et donner envie aux patients d'adopter un mode de vie plus actif. Ainsi, ne revenons-nous pas à l'origine étymologique du mot « kinésithérapie », dont le sens premier est « le traitement par le mouvement » ? Joëlle André-Vert conclut sur la notion de renouvellement professionnel constant : « *Pour la profession, rester en mouvement, questionner sa place au côté des autres professions pour des pratiques collaboratives, c'est répondre mieux aux besoins de santé actuels de la population, aussi bien à l'échelle locale que mondiale. Rester figé dans ses pratiques antérieures, c'est risquer le déclin au profit d'une autre profession.* » (1).

La population mondiale et les professionnels de santé doivent rester « en mouvement » pour mieux vivre. Les Hommes doivent, d'un côté, pratiquer une AP régulière - source de plaisir et de bien-être -, les physiothérapeutes doivent, de l'autre, évoluer chaque jour et investir les nouveaux champs d'activités qui leur sont proposés.

Théoriquement, le dispositif de prescription d'activité physique adaptée (APA) répond aux besoins de la population et des professionnels de santé : une offre d'AP pour les uns, un nouveau champ à investir pour les autres. Encore faut-il que les kinésithérapeutes s'investissent dans le projet et que les bénéficiaires y trouvent un réel intérêt.

1.1. L'activité physique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'AP comme « *tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique* ». Cette organisation a établi des recommandations en matière d'AP pour la santé, détaillées par groupes d'âges (tab I) (2).

Tableau I : Recommandations de l'OMS en matière d'activité physique par tranches d'âges

De 5 à 17 ans	De 18 à 64 ans	À partir de 65 ans et plus
Les enfants et jeunes gens âgés de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.	Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient 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'activité d'intensité modérée et soutenue.	Les personnes âgées devraient 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'activité d'intensité modérée et soutenue

Le niveau d'intensité d'AP s'exprime en MET (Metabolic Equivalent of Task). Le MET est une unité qui évalue le rapport de la dépense énergétique liée à AP sur le métabolisme de base. 1 MET correspond à la dépense énergétique au repos, assis sur une chaise.

Lorsque l'OMS emploie les termes « AP modérée », la dépense énergétique est comprise entre 3 et 6 METS. La marche, la danse ou le jardinage sont des exemples d'AP modérées.

« L'AP soutenue » correspond quant à elle à une dépense énergétique supérieure à 6 METS et regroupe entre autres la course, le vélo ou la marche rapide.

La dépense énergétique relative à l'ensemble des AP et/ou de la vie quotidienne est décrite dans le compendium des AP des adultes (3).

Les recommandations de l’OMS sont des normes pour l’ensemble de la population. Certaines personnes présentant des pathologies chroniques (cardio-vasculaires, métaboliques...) devraient adapter leur volume d’AP en fonction de leur niveau initial d’AP. Une consultation médicale peut être nécessaire afin qu’elles connaissent l’intensité et la durée optimale à laquelle elles doivent réaliser leurs AP. Dans la plupart des cas, une AP d’intensité faible à modérée sera vivement conseillée (4).

1.1.1. Inactivité physique et sédentarité

Une étude de l’Équipe de Surveillance et d’Épidémiologie Nutritionnelle (ESEN) datant de 2016 met en évidence une diminution du niveau d’AP dans la population française (5). L’inactivité physique correspond à un niveau insuffisant d’AP d’intensité modérée à élevée, autrement dit inférieur aux seuils d’AP recommandée par l’OMS (6).

Par ailleurs, le rapport de l’ESEN alerte sur une hausse des comportements sédentaires (5). De 2006 à 2016, les comportements sédentaires chez l’adulte ont augmenté de 67% chez les femmes et de 32% chez les hommes, en France (5). Dans notre pays, 32% des adultes étaient sédentaires en 2018 (7).

Il est important de faire la différence entre inactivité physique et sédentarité. La sédentarité est décrite comme une situation d’éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 METS et correspond surtout au temps passé assis ou allongé (8).

Dans le monde, la sédentarité est le 4^{ème} facteur de risque de mortalité (2). Selon l’OMS, 88% des décès en France sont dus à des maladies non-transmissibles (MNT) (7). Parmi les facteurs de risques majeurs des MNT, il y a la sédentarité (9).

Il est aujourd’hui possible d’évaluer rapidement son niveau d’AP et de sédentarité grâce au test Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), un auto-questionnaire validé par l’OMS (2). Il est par exemple disponible sur le site internet mangerbouger.fr (10).

1.1.2. Les bienfaits de l'activité physique pour la santé

D'ici 2025, les états membres de l'OMS ont pour objectif de réduire la sédentarité de 10% (9). De ce fait, des plans mondiaux, européens et nationaux sont mis en place pour favoriser le développement de l'AP dans l'ensemble de la population (11–13). L'AP est en effet reconnue comme un moyen de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans nombre de pathologies (11). Les bénéfices pour la santé de la pratique d'une AP sont largement plus importants que les risques encourus. Ceci se confirme d'autant plus lorsqu'elle est pratiquée de façon régulière, modérée et adaptée à chaque individu (14). Les grands domaines dans lesquels l'efficacité d'une AP optimale est prouvée sont présentés ci-dessous :

- En psychologie : l'AP diminue l'anxiété et le risque de dépression (15) ;
- En neurologie : l'AP réduit les limitations fonctionnelles des patients atteints de sclérose en plaques, améliore la qualité de vie des patients atteints de la maladie de Parkinson et accroît l'autonomie des patients déments (16–18) ;
- Dans les pathologies métaboliques : l'AP réduit les risques de diabète de type 2, permet le contrôle du diabète de type 1 et limite ses complications, influence positivement le contrôle du poids chez le patient obèse et est recommandée dans le cadre d'un syndrome polykystique (19–22) ;
- Dans le domaine cardio-vasculaire : l'AP a un effet cardio-protecteur en agissant sur la tension artérielle ou en diminuant les pathologies coronariennes (23) ;
- Dans le domaine respiratoire : l'AP permet de prévenir les pathologies respiratoires et d'améliorer la qualité de vie, la tolérance à l'effort et l'état de forme global des patients atteints de pathologies respiratoires (24) ;
- En rhumatologie : l'AP évite la perte osseuse chez les femmes ménopausées et prévient l'ostéoporose, améliore significativement la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite-rhumatoïde et diminue les douleurs des patients présentant de l'arthrose en améliorant leurs fonctions physiques (25–27) ;
- En oncologie : l'AP prévient l'apparition du cancer et aide les patients à en guérir (28).

En outre, il existe un rapport étroit entre les pathologies chroniques et les troubles psychologiques. L'AP agissant positivement sur ces deux facteurs de risque de mortalité, elle empêche la mise en place d'un cercle vicieux (29,30). Les personnes présentant une pathologie chronique sont donc naturellement identifiées comme étant un des publics prioritaires de la stratégie nationale de sport et de santé gouvernementale (8).

1.2. L'activité physique adaptée

1.2.1. Définition

Selon l'article D. 1172-1 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, l'APA est décrite comme « *la pratique dans un contexte d'activités du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* » (31). L'APA est donc une pratique permettant à des personnes atteintes de pathologies chroniques de réaliser une AP optimale et bénéfique pour leur santé. Selon la Fédération Internationale de l'Activité Physique Adaptée (IFAPA), « *L'activité physique adaptée comprend, mais sans s'y limiter, l'éducation physique, le sport, les loisirs, la danse, les arts créatifs, la nutrition, la médecine et la réadaptation* ». Le dispositif d'APA doit promouvoir l'acceptation des différences individuelles, mettre en valeur les modes de vie actifs et sportifs et favoriser la prestation de services innovants (32). Pour ce faire, chaque participant doit être pris en charge en suivant l'approche bio-psycho-sociale (33). En effet, une séance d'APA peut être délivrée à la condition qu'un bilan initial ait permis de déterminer les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation de la personne. Le programme d'APA a donc pour objectif de limiter les difficultés fonctionnelles liées à la pathologie et de favoriser et d'accélérer la réinsertion sociale du bénéficiaire (32).

1.2.2. Le masseur kinésithérapeute et l'APA

D'après l'article 11 du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de MK, celui-ci est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitudes aux AP et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions (34). Sa formation initiale lui donne la possibilité de connaître, d'évaluer et de traiter de nombreuses pathologies appartenant à des champs divers, mais pas seulement. En effet, d'après le décret n°2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de MK, les professionnels sont formés entre autres à (35) :

- *Connaître et savoir recommander les adaptations de la pratique des activités physiques et sportives à des personnes à besoins spécifiques, notamment en situation de handicap, grâce à l'UE 18*

- *Concevoir, conduire et adapter une intervention masso-kinésithérapique en milieu sportif dans un but préventif, curatif, de reprise d'activité et d'amélioration de la performance, grâce à l'UE 23*
- *Adapter la pratique sportive aux différents types de handicap : sensoriel, moteur, mental et psychique, grâce à l'UE 23*
- *Lutter contre la sédentarité et concevoir une démarche éducative individuelle et/ou collective, grâce à l'UE 24*

Grâce à sa formation, le MK est donc autorisé à dispenser de l'APA selon l'article D. 1172-2 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016. Il en est de même pour les autres professionnels de santé de rééducation et de réadaptation (ergothérapeutes et psychomotriciens) ainsi que pour certains professionnels du sport (31).

1.2.3. La prescription d'APA

En 2015, Pedersen B.K. et Saltin B. publient une revue dont l'objectif est de servir de base factuelle à la prescription d'exercices physiques comme traitement de choix dans la prise en charge de 26 pathologies chroniques différentes. Elles rassemblent des maladies psychologiques, neurologiques, métaboliques, cardio-vasculaires, pulmonaires, des troubles musculo-squelettiques et des cancers. De façon concrète, ce document présente pour la première fois l'exercice comme une « *véritable thérapeutique physique* » et compare à de nombreuses reprises l'AP à un médicament. Cet article scandinave peut être présenté comme un ouvrage avant-gardiste ayant sans doute influencé la mise en place du dispositif de prescription d'APA en France, deux ans plus tard (36).

Le 3 mars 2017, une instruction interministérielle relative à l'article D. 1172-1 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 est publiée pour permettre au médecin traitant de prescrire de l'APA. En effet, ce texte définit les recommandations concrètes mises en vigueur pour que le dispositif de dispensation d'APA se déploie sur l'ensemble du territoire national (37). Grâce à ce texte, le médecin traitant peut prescrire de l'APA à des personnes en « Affection Longue Durée » (ALD). La « liste des ALD 30 » recense les 30 pathologies particulièrement coûteuses qui nécessitent un traitement prolongé. Il existe également la « liste des ALD 31 » qui identifie d'autres pathologies nécessitant des soins continus ou un arrêt de travail ainsi que les ALD 32 qui correspondent aux poly-pathologies. Le ticket modérateur à la charge du patient est supprimé pour les 3 catégories d'ALD (38).

La prescription d'APA est donc destinée à un public qui souffre déjà d'une ou plusieurs pathologies, le dispositif mis en place réalise de la prévention secondaire et tertiaire. D'après la constitution de l'OMS, l'objectif de la prescription est de diminuer la prévalence de la pathologie dans la population en limitant son évolution et en diminuant les facteurs de risques. Elle permet également de diminuer la prévalence des incapacités chroniques et les risques de rechutes en luttant contre les complications de la maladie (39).

Bien qu'elle puisse être prescrite, la dispensation d'une séance d'APA n'est pour autant pas remboursée par la sécurité sociale. Seules certaines mutuelles et des collectivités locales remboursent aujourd'hui plusieurs séances d'APA (40).

1.2.4 Les acteurs du dispositif et leurs rôles respectifs

Dans le dispositif de prescription d'APA, tout commence dans un cabinet médical. A la demande de la personne en ALD ou sur avis médical, le médecin traitant peut prescrire des séances d'APA sous certaines conditions.

Lors de la première consultation, le médecin réalise une évaluation de l'état de santé de la personne. Le prescripteur doit estimer le niveau habituel d'AP du bénéficiaire et l'intensité optimale à laquelle il doit la pratiquer afin d'éviter toute pratique à risques. Après avoir évalué sa motivation à intégrer le dispositif, il l'oriente vers un professionnel du sport ou de la santé et a le devoir de suivre son évolution au fil des séances (41).

Pour compléter le bilan médical, le « bilan kiné APA » permet au MK de déterminer le phénotype fonctionnel du bénéficiaire. Si celui-ci présente des limitations fonctionnelles sévères, le MK établit un bilan complet de sa condition physique, afin de l'orienter et de le suivre dans sa démarche d'AP. Si la personne présente des limitations fonctionnelles modérées ou faibles, ce bilan permet au MK de la rediriger vers un professionnel de la santé ou du sport. Ce professionnel devra alors s'appuyer sur les bilans médicaux et « kiné APA » pour la prendre en charge (42).

Une fois l'ensemble des bilans réalisés, le bénéficiaire peut commencer les séances d'APA avec un intervenant ayant les compétences pour lui dispenser une AP en toute sécurité (41). L'article D1172-3 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 permet à certains professionnels de dispenser de l'APA en fonction de la gravité des limitations fonctionnelles du bénéficiaire (31):

- Les professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens), qui sont les seuls intervenants habilités à prendre en charge des personnes présentant des limitations fonctionnelles sévères. Leur formation paramédicale leur donne des connaissances et des moyens de traitements suffisants pour prendre en charge les pathologies les plus lourdes (35) ;
- Les professionnels titulaires d'un diplôme en APA, qui peuvent intervenir en complémentarité des professionnels de santé pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles modérées ou légères. Ces professionnels sont les Enseignants en Activité Physique Adaptée et Santé (E-APAS) : en s'appuyant sur le modèle bio-psycho-social, ils doivent optimiser les capacités des personnes en leur proposant des activités physiques, sportives ou artistiques. Bien qu'ils n'aient pas eu de formation complète sur toutes les pathologies chroniques, ils sont en capacité de concevoir des programmes d'interventions adaptés et personnalisés pour des personnes à besoins spécifiques (43) ;
- Les professionnels disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux personnes atteintes d'ALD. Ces professionnels sont des éducateurs sportifs et prennent en charge préférentiellement les personnes présentant des limitations fonctionnelles minimales ;
- Les personnes titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée qui garantit leur capacité à prendre en charge un bénéficiaire en toute sécurité. Ces intervenants sont souvent bénévoles et animent des séances destinées à des personnes présentant des limitations fonctionnelles minimales ;

Bien que les encadrants interviennent sur des personnes aux profils sanitaires différents, les objectifs de la prise en charge vont dans un sens commun. Leur priorité est de conduire le bénéficiaire vers un mode de vie plus actif alliant plaisir et bien-être. L'AP ne doit pas être une corvée, mais devenir un centre d'intérêt quotidien. Dans ce but, les encadrants doivent organiser des séances de façon personnalisée pour chaque bénéficiaire : les exercices proposés sont progressifs en termes d'intensité et de durée. En outre, ils doivent

délivrer tous les conseils et toutes les informations nécessaires pour que la personne devienne la plus autonome possible dans sa pratique physique quotidienne. Ces conseils sont le fruit d'une communication pluridisciplinaire avec le médecin prescripteur et les différents membres de l'équipe dispensatrice d'APA. Les encadrants doivent en effet, avec l'accord du bénéficiaire, transmettre un compte-rendu sur le déroulement du programme d'APA au médecin traitant pour une prise en charge optimale (31).

1.2.5. Le « sport sur ordonnance » dans le Grand-Est

En 2012, la ville de Strasbourg déploie un dispositif inédit en France consistant à prescrire de l'AP sur ordonnance. Ce dispositif est nommé « Sport sur ordonnance ». Avant-gardiste, il a pour objectif d'orienter des personnes sédentaires présentant une pathologie métabolique ou cardio-vasculaire vers un éducateur sportif afin qu'elles pratiquent une AP à des fins de santé (44). Beaucoup de points communs semblent lier le projet de « sport sur ordonnance » au dispositif de prescription d'APA mis en place 5 ans plus tard. La différence principale réside dans les termes employés, au-delà du cadre juridique.

Le terme « sport » est défini dans le dictionnaire Larousse comme « *l'ensemble des exercices physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à une compétition et pratiqués en observant certaines règles précises* » (45). Si le « sport » est un équivalent de l'exercice physique, l'OMS le définit comme une « *sous-catégorie de l'activité physique, plus délibérée, structurée, répétitive, et qui vise à améliorer ou à entretenir un ou plusieurs aspects de la condition physique* » (2).

A l'heure actuelle, parler de « sport sur ordonnance » pour désigner le dispositif de prescription d'APA est donc un abus de langage. Cette expression reste pourtant très employée dans la littérature et par les collectivités territoriales, très certainement car elle est plus simple et compréhensible pour la majorité de la population.

1.2.5.1. Le contexte sanitaire de la région

Selon la DRDJSCS du Grand-Est, presque 1 personne sur 4 est licenciée dans un club ou une association sportive en 2018, ce qui correspond à la moyenne nationale. Le taux d'équipement sportif de la région est plus élevé que la moyenne nationale, et de nombreux dispositifs associatifs contribuent à l'engagement de personnes atteintes de pathologies chroniques dans la pratique d'une AP ou sportive (40).

Bien que les habitants du Grand-Est semblent pratiquer autant d'AP que dans le reste de la France, la part de personnes obèses ou en surpoids est, quant à elle, plus importante dans la région. Les principales causes de décès sont les tumeurs (29%), les maladies circulatoires (24%) et les pathologies respiratoires (7%). Ces chiffres sont à nuancer car il existe une forte variabilité intra régionale (40).

1.2.5.2. Les réseaux d'APA

Le 23 mars 2018, sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est, de la DRDJSCS et du Régime Local d'Assurance Maladie (RLAM), « Prescri'mouv » voit le jour. Ce dispositif est mis en place pour répondre aux différents décrets relatifs à la prescription d'APA et s'inscrit dans le cadre du « Plan régional 2018-2022 ». Couvrant l'ensemble du territoire régional, Prescri'mouv coordonne aujourd'hui 8 réseaux de professionnels de la santé et du sport :

- Le « Réseau Sport-Santé Bien-Etre » (RSSBE) assure la promotion de l'AP à des fins de santé dans les Ardennes, l'Aube, la Haute-Marne, et la Marne ;
- « Activités Physiques et Sportives Vosges » (APS Vosges) coordonne les différents établissements de Sport-Santé vosgiens.
- « Sport-Santé sur Ordonnance » et le « Réseau Diabète, Obésité, Maladies cardiovasculaires en Alsace » (REDOM) facilite l'accès à l'APA dans le Bas-Rhin.
- Le « Réseau Santé Colmar », le « Réseau Santé Sud Alsace » et le « Réseau Cardio Prévention Obésité » chapeautent ensemble le dispositif du Haut-Rhin.
- Le « Comité National Olympique Grand-Est » (CNO) est en charge du développement du dispositif d'APA sur prescription en Meurthe-et-Moselle, en Moselle et dans la Meuse.

Prescri'mouv a pour objectif de faciliter la prescription d'APA par le médecin traitant. Celui-ci oriente des personnes obèses ou atteintes d'une ALD vers des structures locales adaptées à leurs pathologies. Le dispositif propose 3 parcours de soins en fonction des besoins des personnes :

- Le premier parcours leur permet d'être conseillées en vue d'une reprise d'AP de façon autonome ou dans un club sportif ;
- Le second parcours donne accès à des séances d'APA organisées par un professionnel qualifié dans des créneaux Sport-Santé, ayant reçu le label Prescri'mouv, gage de qualité de prise en charge ;
- Le dernier parcours propose des séances individuelles et collectives par un professionnel qualifié. Il est possible de comparer ce parcours avec une initiation à une pratique physique, car les bénéficiaires sont ensuite redirigés vers le premier et le second parcours (46).

Enfin, il faut noter que le sport-santé en Moselle est également encadré par un réseau indépendant depuis 2019 : Moselle Mouv'. En majorité, il possède les mêmes objectifs que son homologue Prescri'mouv en termes de promotion, d'offre et de communication d'APA. Tout comme Prescri'mouv, ce réseau garantit une prise en charge sécurisée et pertinente en labellisant les intervenants ayant un niveau de formation adapté à la dispensation d'APA. Il se différencie en proposant la prise en charge d'un plus grand nombre de pathologies (47).

1.2.5.3. Les Maisons Sport-Santé : le nouveau plan national

En 2019, l'État lance un appel relatif aux « Maisons Sport-Santé » (MSS). Ces établissements doivent donner l'opportunité à un large public de pratiquer une AP et sportive à des fins de santé ou une APA. Pour cela, les structures mettent en œuvre une démarche de qualité et de sécurité en collaboration avec des collectivités territoriales et des associations. Les objectifs majeurs de ce projet sont (48) :

- *D'encourager un maximum de personnes à pratiquer une activité physique régulière et de faire évoluer les comportements sédentaires vers des styles de vie plus actifs ;*
- *De faciliter le recours à l'APA pour les personnes atteintes de pathologies chroniques ;*
- *D'accompagner les personnes en ALD de façon optimale lorsqu'elles se sont vu prescrire une APA par leur médecin traitant.*

Un an plus tard, un deuxième appel à candidature est lancé par le gouvernement., En janvier 2020, 138 structures ont été labellisées MSS en France, dont 16 dans le Grand Est. Elles couvrent l'ensemble des départements, excepté la Meuse (49).

La Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 a pour objectif de déployer ces établissements sur tout le territoire métropolitain et d'outre-mer. En 2022, l'objectif est de dénombrier 500 MSS en France. Localement, ces structures auront pour rôle de recenser et de communiquer facilement l'offre d'AP. Plus le nombre d'établissements augmentera, plus les participants auront un choix diversifié dans leur pratique physique. Ils pourront alors s'orienter vers la structure adaptée à leurs envies, leurs besoins et leurs capacités. Il est difficile à ce jour d'analyser l'impact réel de ces établissements du fait de leur récente création. Les MSS suscitent pour autant beaucoup d'intérêt auprès du gouvernement car leurs objectifs répondent aux besoins nécessaires au développement du dispositif de prescription d'APA (11).

1.2.6. La problématique de l'intégration des MK au sein de ce dispositif

Aujourd'hui, les autorités scientifiques reconnaissent que l'AP a des bénéfices pour la santé (2). Le gouvernement français souhaite par conséquent encourager sa population à adopter un comportement plus actif (11). Dans ce sens, le dispositif de prescription d'APA cible des personnes atteintes d'une ALD ou de certaines pathologies chroniques (31). Pour cela, des actions locales concrètes sont mises en place sur tout le territoire national. Les réseaux Sport-Santé et les MSS ont pour objectif commun de faciliter et de structurer l'accès à l'APA (46,49).

En mars 2018, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale de la Jeunesse et des Sports (IGJS) publient un rapport pour évaluer les actions menées par le gouvernement en matière d'AP et sportive à des fins de santé. Ce document met en évidence les difficultés actuelles d'avoir une vision globale des actions du fait de leurs diversités et de leurs disparités. Le contenu des prises en charge, le public visé et les résultats obtenus grâce au dispositif de prescription d'APA sont difficilement analysables. Au-delà de la problématique organisationnelle, le nombre de bénéficiaires d'AP à des fins de santé est faible. Le manque de financements de l'APA, de formations professionnelles et de communication interprofessionnelle semble ralentir le développement du dispositif (50). Pour Christèle

Gautier, cheffe de projet de la Stratégie nationale Sport-Santé à la direction des sports au Ministère des sports, « *le principal frein est avant tout culturel* ». Selon elle, le problème français réside dans le fait que certains professionnels de santé, tout comme certains bénéficiaires, ne sont pas persuadés des bienfaits de l'AP sur leur santé (51).

Dans ce contexte, il est intéressant de questionner la place qu'occupent les MK, en pratique, dans la promotion de l'APA. D'après l'article D1172-3 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif à la dispensation d'APA, et par sa formation, le MK est théoriquement un des acteurs majeurs du dispositif. Ses compétences lui permettent de prendre en charge tous types de personnes, surtout celles présentant des limitations fonctionnelles sévères (31).

Selon Raymond Ceconello, MK et ancien directeur de l'IFMK de Nancy, les MK ont dû « *batailler* » pour participer à l'ensemble du projet Prescri mouv'. Bien que sa profession ait toujours été intégrée au développement du dispositif, il explique que la DRDJSCS du Grand Est a montré sa volonté de « *promouvoir les titulaires d'une licence Staps dans l'action de bilan* » (52). Dans d'autres régions, un faible investissement des MK comparativement à celui des éducateurs sportifs ou des professionnels du sport est observé (51). Ce constat s'illustre dans l'actualité du journal l'Équipe®, dans lequel un E APA-S est choisi pour présenter le dispositif de « sport sur ordonnance », preuve du rôle prépondérant de ces acteurs au sein du sport-santé (53).

Pour Mathias Willame, MK nîmois, ceci pourrait s'expliquer par le manque de volonté de sa profession de promouvoir ce projet. Pour lui, il pourrait être intéressant d'interroger directement les MK, et de leur demander s'ils ont « envie de s'investir dans ce projet » (51).

1.3. Question de recherche

Par conséquent, la question que nous avons souhaité approfondir est : Quel intérêt voient les MK du Grand Est à s'intégrer au dispositif de prescription d'APA ?

2. MATERIEL ET MÉTHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

2.1.1. Recherche scientifique

La recherche documentaire scientifique a permis d'identifier les bénéfices de l'AP pour la santé. Dans un premier temps, il a été intéressant d'observer les recommandations globales en matière d'AP préconisées par l'OMS en 2010. Pour affiner la recherche, les bases de données utilisées sont Sciences direct, PubMed, et Google Scholar. Les mots-clefs utilisés sont « impact », « effects », « physical activity », « health ». L'objectif est de montrer que l'AP a des bénéfices pour la santé dans tous les domaines sanitaires. Dans ce sens, il a été pertinent d'intégrer les mots-clefs « neurology », « psychology », « cardio-vascular », « metabolic », « rheumatology », « pulmonary » et « cancer » aux différentes recherches.

2.1.2. Recherche législative

Ces recherches ont permis de définir l'APA et de comprendre l'organisation du dispositif de prescription d'APA. Les conditions requises pour qu'une prescription d'APA soit délivrée par un médecin, le public visé par cette prescription et les acteurs intervenant au sein du dispositif ont ainsi pu être identifiés. Les informations ont été collectées sur le site internet LégiFrance, le site du Ministère de la Santé et des Solidarités, le site du Ministère des Sports et le site internet AMELI. Les mots-clefs utilisés sont « prescription » « activité physique adaptée » et « affection longue durée ».

2.1.3. Recherche épidémiologique

En ce qui concerne les recherches de santé publique, le site internet de l'OMS a permis la collecte de données au niveau mondial et national. Les bases de données Sciences direct et Pubmed ont permis de collecter des informations supplémentaires au niveau national, grâce aux mots-clefs « épidémiologie », « activité physique » et « France ». Enfin des recherches effectuées sur le site de la DRDJSCS ont permis de contextualiser la situation sanitaire et sportive du Grand Est.

2.1.4. Recherche professionnelle

La recherche professionnelle devait permettre de comprendre la place du kinésithérapeute dans le dispositif d'APA et de formuler notre problématique. Le magazine Kiné Actualité a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les MK pour s'intégrer au dispositif d'APA. Sur le site kinéactu, les mots-clefs utilisés sont, « sport santé » et « sport sur ordonnance ».

2.2. Choix de l'étude qualitative

La traduction française des lignes directrices COREQ (COsolidated criteria for REporting Qualitative research) servira de socle méthodologique pour la rédaction de cette étude qualitative (54).

2.2.1. Justification du choix de l'approche

Très utilisées depuis les années 1990 dans les sciences sociales et de l'éducation, les études qualitatives prennent une place de plus en plus importante dans le domaine de la santé. Dans ce champ particulier, les chercheurs doivent se montrer plus que jamais persuasifs pour démontrer la légitimité de leurs travaux (55).

Au même titre que l'étude quantitative, l'étude qualitative est aujourd'hui pertinente scientifiquement (56). Elle doit permettre de comprendre un phénomène complexe dans un contexte particulier tel qu'il est perçu par les participants à l'étude (57). Pour cela, il est important de définir nettement le contexte et les situations dans lesquels interviennent les participants, et de définir ainsi « *l'unité d'analyse* » de l'étude. Afin d'analyser les actions des participants dans ce contexte, il semble intéressant de s'entretenir avec eux. L'objectif de l'échange est d'analyser les pensées, les actions et les interactions des différents acteurs par l'intermédiaire de discussions profondes et éclairées. (58) Pour y parvenir, certaines conditions sont indispensables au bon déroulement de l'entretien. Une relation de confiance doit être établie entre le chercheur et l'interviewé (57).

Pour collecter des données dans une étude qualitative, il est possible de réaliser différents types d'entretiens : directif, semi-directif ou non directif. L'entretien semi-directif,

utilisé dans ce travail, permet de collecter des informations en lien avec notre thématique en laissant une liberté d'expression à l'interviewé(e). En posant de grandes questions ouvertes provenant de thématiques diverses, le chercheur guide partiellement la personne qu'il interviewe et obtient des informations de bonne qualité (57).

L'objectif de ce travail est de comprendre l'intérêt que voient les MK du Grand Est à s'intégrer au dispositif de prescription d'APA. Cette étude a pour objectif de poursuivre et de compléter l'enquête quantitative réalisée par Didier V. en 2018, dont la thématique est « *L'implication des kinésithérapeutes libéraux au sein du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées : une enquête dans le Grand-Est.* » (59). Grâce à des entretiens semi-directifs, il sera possible d'ajouter aux données quantitatives du mémoire de Didier V. une analyse des pensées, des actions et des interactions des MK dans le contexte du Sport-Santé.

2.2.2. Élaboration du guide d'entretien

Avant de commencer les entretiens, le chercheur construit un support appelé guide d'entretien. Ce document regroupe l'ensemble des questions et des informations que le chercheur souhaite communiquer à l'interviewé durant leur échange. Les informations données par le chercheur doivent permettre à l'interviewé de comprendre la situation dans laquelle il est interrogé. Le chercheur doit être complètement transparent avec le participant sur les moyens qu'il met en place pour recueillir les informations dont il a besoin pour son travail (60).

Le guide d'entretien mis en place dans cette étude comporte une partie introductive dans laquelle le chercheur présente sa question de recherche. Cette étape est également destinée à instaurer une relation de confiance avec le MK, clef de la qualité des informations recueillies (57).

Le guide d'entretien décrit ensuite les différentes questions qui seront posées au participant. Ces questions sont regroupées en 3 thèmes :

- Thème 1 : Connaissance du dispositif de sport sur ordonnance ;
- Thème 2 : Formations nécessaires pour dispenser de l'APA ;
- Thème 3 : L'intégration du MK au sein du dispositif de prescription d'APA.

Le guide d'entretien est présenté en ANNEXE I.

Le support se termine avec des questions fermées rapides qui ont pour but de déterminer le lien entre le domaine étudié et le participant. Ces informations sont identifiées à la fin de l'échange pour éviter que le participant n'oriente ses réponses lors de l'entretien en fonction de ces questions.

2.2.3. Public-cible de l'étude

La population cible de l'étude regroupe les MK intervenant dans les réseaux Sport-Santé coordonnés par le dispositif Prescri'mouv ainsi que le réseau Moselle Mouv'. Pour des raisons de représentativité et dans un but comparatif, il semble pertinent d'interroger des MK issus de différents réseaux du Grand Est. Ces réseaux ont en effet quelques spécificités qui pourraient influencer la vision des MK dans le domaine du Sport-Santé. L'objectif est d'avoir une vision générale de leurs ressentis sur l'ensemble de la région.

2.3. L'étude, en pratique

2.3.1. Sollicitation des MK

L'objectif de cette étude est de réaliser des entretiens semi-directifs après la réalisation d'un pré-test. Le MK interrogé doit intervenir dans un des réseaux Sport-Santé coordonnés par le dispositif Prescri'mouv ou Moselle Mouv'.

Afin que les participants à l'étude soient issus de plusieurs dispositifs sur l'ensemble du territoire du Grand Est, les réseaux contactés sont :

- Activité Physique Santé Vosges (*Vosges*)
- Comité Régional Olympique et Sportif Français (*Meurthe et Moselle / Moselle / Meuse*)
- Moselle Mouv' (*Moselle*)
- Réseau Santé Sud Alsace (*Haut-Rhin*)
- Sport-Santé Strasbourg / Réseau Diabète Obésité Maladies cardio-vasculaires (*Bas-Rhin*)
- Réseau Sport-Santé Bien-Être (*Ardennes / Aube / Marne / Haute-Marne*)

Le contact prend la forme d'un appel téléphonique permettant le recensement des MK intégrés aux différents réseaux promoteurs de l'APA. Le contenu de cet appel est présenté en ANNEXE II.

Une fois le recensement effectué, un MK de chaque réseau est contacté aléatoirement par téléphone pour connaître sa volonté d'intégrer l'étude ou non. Si la personne accepte de s'entretenir avec le chercheur, elle intègre l'étude. Si la personne ne souhaite pas prendre part à la recherche, un autre MK du réseau est contacté, et ainsi de suite. Le contenu de cet appel téléphonique est présenté en ANNEXE III.

Lors de l'échange téléphonique, il est important de présenter succinctement au MK l'objet de la recherche, et de lui expliquer pourquoi nous pensons que le regard qu'il porte sur ce sujet et cette problématique peut être intéressant à étudier. Pour instaurer une relation de confiance, il faut préciser que l'anonymat des participants est préservé. (60)

2.3.2. Déroulement de l'entretien

Dans le contexte sanitaire actuel qui est difficile, les entretiens sont réalisés via la plateforme en ligne « ZOOM® ». Avec l'accord du participant, la vidéo de l'entretien est enregistrée. La date et l'heure de l'entretien sont déterminés lors de l'appel téléphonique initial avec le participant à l'étude.

Afin que l'interviewé(e) ait le temps de répondre en toute sérénité aux questions qui lui sont posées, le chercheur prévoit un créneau d'une durée d'une heure pour réaliser l'ensemble de l'entretien. L'interviewé doit ressentir une écoute active du chercheur tout au long de leur discussion.

Il est important de rappeler au participant que son anonymat sera préservé dans le rapport final de l'étude. L'interviewé(e) pourra par ailleurs vérifier que ce principe a bien été respecté puisque le travail final lui sera transmis par courriel électronique, s'il le souhaite.

2.3.3. Matériel

Le matériel nécessaire pour réaliser l'entretien est donc un ordinateur muni d'une webcam pour le chercheur et pour le participant. Le chercheur enregistre la vidéo de l'entretien grâce à la fonction enregistrement sur l'application « ZOOM® ».

L'enregistrement vidéo ou audio est ensuite transféré sur un ordinateur pour y être retranscrit.

Pendant l'interview, le guide d'entretien est à la disposition du chercheur.

2.3.3. Retranscription de données et analyse des résultats

La retranscription des données est fidèle aux paroles prononcées par le chercheur et l'interviewé. Cette fidélité constitue un point crucial dans la pertinence de ce travail. (60) Une fois l'ensemble des données transcrites, le codage est une phase essentielle pour connecter des mots-clés spécifiques aux réponses des personnes interrogées. (61) Le codage est décrit comme une sorte d'opération permettant de découper les informations puis de les regrouper dans différentes catégories (62). Nous interprétons enfin les données catégorisées en réalisant une analyse de contenu et une analyse lexicale.

2.4. Aspects réglementaires et éthiques

La loi Jardé permet aujourd'hui de réglementer la recherche scientifique en santé. Elle a pour but de protéger la personne humaine, de simplifier les démarches administratives des chercheurs et de permettre la publication de certaines études.

Si la recherche de l'étude porte sur l'être humain et que son objectif est d'apporter des connaissances en biologie ou en santé, elle s'inscrit dans le champ législatif de la loi Jardé. Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, alors elle est dite « hors champ ». Les études dans le champ de la Loi Jardé sont réparties en 3 groupes en fonction de leur niveau de risque. Pour être réalisées, les recherches interventionnelles (Niveau 1 et 2) sont préalablement validées par le Comité de protection des personnes (CPP) et sont déclarées à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'ensemble de ce cadre juridique est réglementé par l'article 1121-1 du code de la santé publique, modifié par l'Ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016 (63,64).

Ce document présente une étude qualitative et les données sont recueillies grâce à des entretiens semi-directifs avec des MK du Grand Est. La recherche est donc non interventionnelle et s'inscrit dans le domaine de la sociologie et de la santé publique. Elle est « hors champ ».

3. RÉSULTATS

Afin de recenser les MK susceptibles d'intégrer l'étude, 7 réseaux sport-santé ont été contactés par téléphone. Les résultats de ce recensement sont détaillés dans le tableau ci-dessous (tab II).

Tableau II : Recrutement des participants à l'étude

Réseau contacté	Des MK interviennent dans le réseau	MK contactés au téléphone au sein du réseau	MK intégrant l'étude
APS Vosges	Oui	2	1
CDOS 54/55	Oui	1	1
Moselle Mouv'	Oui	1	1
REDOM	Non		
Réseau Santé Sud Alsace	Oui	2	1
RSSBE	Oui	2	1
Sport Santé Strasbourg	Non		

Parmi ces 7 réseaux, 5 MK ont intégré l'étude. Ils ont tous une activité professionnelle libérale. Les MK n'ayant pas intégré l'étude rentraient dans ses critères d'inclusion, mais ne souhaitaient pas y prendre part. Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées dans le tableau ci-dessous (tab III).

Tableau III : Caractéristiques des participants à l'étude

Participants à l'étude	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Sexe (M/F)	M	F	F	M	M
Âge (année)	36	38	37	55	35
IFMK d'origine	Nancy	Strasbourg	Amiens	Besançon	Bruxelles
Année d'obtention du DE	2015	2005	2006	1988	2010
Formations supplémentaires	Entraîneur d'athlétisme Kiné du sport	Formation en APA	McKenzie Pilates École du dos Avirose	Expert en réparation du préjudice corporel	Diplôme Universitaire d'APA
Suivi d'une équipe sportive	Oui	Non	Non	Plus maintenant	Non
Sport(s) pratiqué(s)	Athlétisme	Équitation Marche	Aucun	Course à pied	Multisport
Réseaux Sport-Santé	CDOS 54	APS Vosges	Réseau Santé Sud-Alsace	Moselle Mouv'	RSSBE
Place de l'APA dans la vie professionnelle	Quotidienne	2h/semaine	10h/semaine	2h/semaine	4h/semaine

Pour faciliter la lecture des résultats, nous appellerons maintenant chaque participant par un numéro en nous référant au tableau ci-dessus. Par exemple, s'il faut citer le 1^{er} participant, la citation prendra la forme suivante : « *citation* » (MK1). De plus, les termes prenant la forme « *[mot]* » correspondent à des annotations du chercheur pour faciliter la compréhension des propos des MK. Les retranscriptions des interviewés sont présentées en ANNEXE IV.

3.1. Thème 1 : La connaissance du dispositif de prescription d'APA

3.1.1. L'APA, sa signification et sa représentation

L'entretien semi-directif débute avec la question suivante : « Selon vous, qu'est-ce que l'APA ? ».

L'ensemble des MK définit l'APA comme une AP destinée à des personnes présentant une pathologie et qui doit être adaptée à leurs capacités physiques. Elle doit également être adaptée aux capacités « *cognitives* » (MK5) et « *psychologiques* » (MK3) des bénéficiaires, ainsi qu'à « *leur niveau de sédentarité* » (MK1). Pour cela, le choix du MK3 est de prendre en charge les bénéficiaires de manière « *individuelle et personnelle* » (MK3). Cette notion est soulignée par le MK1, qui parle d'une prise en charge devant respecter « *le contexte bio-psycho-social de la personne* ». Pour lui, le kinésithérapeute est un « *coach de vie* », et il insiste sur l'importance « *d'impliquer [la famille] dans les objectifs physiques de la personne* » (MK1). L'APA doit respecter « *[les] besoins, [les] envies et [la] motivation* » du bénéficiaire (MK2).

Les termes clés « *maladie chronique* » et « *ALD* » pouvant être attendus pour définir la population cible de l'APA ont été employés par 3 des 5 MK interviewés (MK 2-3-4). Le MK5 donne, quant à lui, des exemples de pathologies rencontrées en parlant de personnes souffrant « *d'obésité* » ou en « *post-infarctus* ». En outre, l'APA est destinée plus largement à « *des gens qui sortent d'un contexte pathologique ou d'hospitalisation* » pour le MK1. Certains participants pensent également que les personnes visées par l'APA sont celles qui ne pratiquent pas assez d'AP ou de sport dans leur quotidien. En effet, l'APA permet de « *faire bouger des gens qui n'ont pas l'habitude de le faire* » (MK1) et de « *démarrer ou redémarrer une activité physique* » (MK3).

Cette première question a permis aux interviewés de différencier l'AP et sportive classique de l'APA. Étant encadrée par des professionnels qui « *connaissent la pathologie* » (MK3) et qui en « *tiennent compte* » (MK2), l'APA permet une approche plus « *individuelle et personnelle* » (MK 2-3). Le MK4 et le MK5 les rejoignent puisqu'ils mettent l'accent sur le fait que l'encadrant « *prend en compte les capacités physiques ou cognitives du public* » (MK5) et s'y « *adapte* » (MK4).

L'APA se caractérise également par ses objectifs singuliers. Elle permet de développer « *l'autonomie* » du bénéficiaire (MK2), en lui permettant de « *réaliser plus d'activité physique chez lui par la suite* » (MK1). Pour le MK3, elle aide la personne à « *reprendre confiance en son corps et en ses capacités* » grâce au soutien « *moral et psychologique* » de l'intervenant. « *Faire bouger* » le bénéficiaire reste l'objectif principal pour le MK1. Il pense que l'APA est la porte d'entrée pour « *adhérer à un genre de cursus dans lequel [le bénéficiaire] développe [son] bien-être grâce à l'activité physique* ». Afin de souligner l'impact de cette AP et sa valeur curative, il la compare ensuite à un véritable « *médicament* ».

3.1.2. L'organisation du dispositif d'APA

La seconde question posée au participant à l'étude est : « Comment s'organise le dispositif d'APA, à vos yeux ? »

Le MK1 entame sa réponse par « *c'est très très très compliqué ...* », tandis que d'autres se sentent perdus « *Bah je ne sais pas trop ...* » (MK3) et mal à l'aise « *bah il ne s'organise pas trop ... (rire)* » (MK2). Tous les MK s'accordent pour autant sur le fait que la prescription d'APA délivrée par un médecin est le point de départ du dispositif d'APA. Cependant, cette première étape semble être problématique pour 4 des 5 professionnels interrogés. Le MK1 trouve qu'il est « *dommage que le système soit mal connu par les médecins* » tandis que pour le MK2, le dispositif « *ne s'organise pas, ou peu, parce que comme ça repose au départ sur le médecin traitant, et que les médecins traitants sont peu informés... ou pas, ou mal...* ». Le MK4 constate qu'à « *chaque fois [qu'il en a parlé] à des médecins, ils restent très prudents sur le dispositif* ». Le MK5 trouve quant à lui que « *les médecins et les kinés ne sont pas assez informés* » pour orienter le patient vers des structures adaptées. De plus, le MK1 témoigne du fait que c'est parfois lui qui va initier le parcours du patient au sein du dispositif : « *Théoriquement, je devrais déjà recevoir l'ordonnance [...] [mais] je juge que le patient va*

avoir besoin d'une équipe pluridisciplinaire [...], [donc] je l'envoie revoir son médecin traitant et je leur parle des partenaires que sont Prescri'mouv, le CUMSAPA ».

Pour le MK3, « *le rôle du médecin est très important* » et « *la prescription de la part d'un médecin a une action de motivation importante pour les patients, [...] ça les rassure* ». Par ailleurs, « *le gros du travail doit venir des médecins généralistes, [...] c'est eux qui doivent orienter les patients qui ont besoin d'APA* » d'après le MK5.

Après la prescription initiale, le bénéficiaire semble avoir un parcours dépendant du réseau sport-santé dans lequel il pratique l'APA. Ainsi, au sein de Moselle Mouv', la personne est contactée par « *le coordinateur* », puis il y a un « *examen d'aptitudes physiques* » qui est nécessairement « *réalisé par les professionnels de la santé ou les professionnels du sport habilités, à savoir les enseignants en APA, et personne d'autre !* », précise le MK4. Dans les réseaux sport-santé labellisés Prescri'mouv, une fois l'ordonnance rédigée, les intervenants parlent d'un « *bilan d'activité physique* » associé à un « *entretien motivationnel* » (MK2) et d'une « *rencontre avec des équipes pluridisciplinaires* » (MK3). Dans certains cas, il faut demander « *un bilan complet avec des examens, un EFR, un test d'aptitude physique* » d'après le MK1.

Les kinésithérapeutes ont également évalué la qualité du dispositif. Le MK2 compare le dispositif à « *du bricolage* » qui « *ne s'organise pas trop* » tandis que le MK5 en est plutôt satisfait : « *dans l'ensemble, il est pas mal* ». Le MK3 regrette que l'APA ne soit « *accessible que pour les patients en ALD ou avec des maladies chroniques* », et pense qu'elle devrait l'être « *pour tous les patients* ». Pour le MK1, « *le dispositif est mal organisé* » malgré le « *cadre législatif* » et les publications « *de l'ordre des MK* » et il souhaite une « *harmonisation sur la prescription d'activité physique* ».

3.2. Thème 2 : Les formations nécessaires pour dispenser de l'APA

3.2.1. Les différents profils des intervenants

La 3^{ème} question posée à l'interviewé est : « *Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires à un intervenant pour dispenser de l'APA de façon sécurisée ?* »

Pour ce qui est des compétences médicales, tous les MK s'accordent à dire que l'intervenant doit connaître la pathologie de la personne prise en charge. Selon le MK1, les connaissances « *dans le champ cardio-respiratoire* » sont particulièrement intéressantes. En supplément, « *des notions de drapeaux rouges* » et des « *connaissances en entretien motivationnel* » sont importantes pour le MK2. Tout comme le MK5, le MK2 pense en outre que « *l'éducation thérapeutique* » doit être maîtrisée par l'encadrant.

Des compétences sportives sont également essentielles pour certains interviewés. Par exemple, le MK3 « *pense qu'il faut des connaissances notamment dans le sport/endurance* ». Pour le MK1, « *si tu es passionné par l'activité physique adaptée ou par le sport tout simplement, ou même par la rééducation par le mouvement, cette approche du hands off, ou que tu es un peu fan d'améliorer le bien-être des patients grâce aux mouvements, alors le dispositif est complètement adapté pour toi !* »

Pour finir, un bon intervenant du dispositif d'APA doit posséder des qualités humaines, selon l'ensemble des participants à l'étude. Le MK4 et le MK5 s'accordent sur le fait que l'intervenant doit être « *à l'écoute* » du bénéficiaire, mais ils sont en désaccord sur la notion d'empathie, qui est la capacité à s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent : pour l'un, « *il faut avoir de l'empathie* » (MK5), pour l'autre « *l'empathie n'a rien à voir là-dedans* » (MK4). L'intervenant doit plus simplement avoir « *de bonnes intentions* » (MK1) et « *de l'attention* » (MK5) à l'égard du bénéficiaire.

En ce qui concerne les qualifications professionnelles, les interviewés pensent tous qu'un MK est, grâce ses compétences, capable de prendre en charge une personne dans le cadre d'une APA. Ceci est vrai « *à condition que le kiné s'intéresse plus à l'éducation thérapeutique et à l'entretien motivationnel* » pour le MK3. Le MK5 partage cet avis, en disant : « *pour des kinés comme moi qui sont sortis avant la réforme des études, il faut faire la formation ETP* ».

Pour ce qui est des autres professions, le MK5 se réfère à la loi du 30 décembre 2016 : pour lui, l'APA peut être dispensée par « *les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psycho-mot', les enseignants en activité physique adaptée, qu'ils soient « licence APA » ou « master APA », ça c'est dans un premier temps. Ensuite, ce sont des éducateurs qui peuvent prendre le relais à la suite de cette prise en charge initiale [...] des éducateurs qui ont un niveau de formation assez protéiforme, [...] cela va des CQP (Certificat de Qualification*

Professionnelle) aux formations qui sont dispensées par des fédérations. ». Il poursuit en disant que des formations supplémentaires sont primordiales pour que les éducateurs puissent dispenser de l'APA de façon sécurisée : *« Il faut forcément une formation « up-gradante » en sport-santé, avec au minimum une connaissance de la pathologie ».* Le MK5 pense également qu'une formation supplémentaire dans le domaine de l'APA est nécessaire aux éducateurs sportifs, et donne l'exemple de ce qui se fait au sein de son réseau sport-santé : *« Concernant les éducateurs sportifs, il leur faut la formation que leur impose la RSSBE ».* Pour le MK2, au vu de leurs compétences éloignées, les MK et les éducateurs devraient prendre en charge les patients en fonction de leurs limitations fonctionnelles : *« Le kinésithérapeute aurait plus sa place dans les pathologies plus complexes, tandis que les éducateurs pourraient viser un public plus large ».* En ce qui concerne les enseignants en APA, les participants à l'étude considèrent globalement que ces professionnels du sport sont compétents pour dispenser de l'APA. Au même titre que les kinésithérapeutes, le MK2 *« pense que les 2 peuvent se valoir [en termes de compétences], à condition que l'[enseignant en] APA s'intéresse plus à la pathologie ».* Le MK5 semble moins bien connaître les compétences des E-APAS, *« pour les E-APAS, qui sortent de la filière STAPS, je peux moins me prononcer ».* Néanmoins, il pense que ces professionnels *« ont quand même une fibre très sportive, peut-être moins activité physique adaptée » et qu'il serait intéressant qu'ils se forment également « avec des associations ou autres ».*

3.2.2. L'inter-professionnalité dans l'APA

La 4^{ème} question de l'entretien est : *« Que pensez-vous du fait que des professionnels issus de champs ou de filières divers puissent dispenser de l'activité physique adaptée ? »*

Les participants à l'étude ont répondu de manière unanime : ils trouvent que cette inter-professionnalité est positive. Le MK5 commence en effet par *« A vrai dire, c'est ce qui m'a tout de suite intéressé [dans l'interdisciplinarité] ».* Les autres interviewés sont dans le même état d'esprit : *« Je pense que c'est hyper intéressant »* (MK3), *« Je pense que c'est une bonne chose »* (MK2) et *« Très simplement, oui, pour moi, c'est une bonne chose ».* Le MK4 reste quant à lui plus nuancé : *« Ça ne me choque pas ».* Il reste en faveur d'une diversité professionnelle, tant que celle-ci *« respecte la loi du 30/12/2016 »* car *« c'est ce qui conditionne la qualité et la sécurité de la prise en charge ».* Il met d'ailleurs l'accent sur le fait que les *« bilans d'aptitudes physiques [doivent être] réalisés par les professionnels « initiaux » [...] Les éducateurs n'ont pas les compétences pour [cela] ».* Le MK5 rejoint son confrère à ce

sujet : *« Hormis le fait que les débuts de prise en charge doivent être réalisés par un professionnel de santé, - ça je reste campé là-dessus -, les autres filières peuvent tout à fait s'intégrer au dispositif ».*

Les arguments en faveur de cette interdisciplinarité sont multiples. Pour beaucoup, les professionnels de santé et les professionnels du sport sont complémentaires : *« on se complète »* (MK2), *« chaque professionnel aura une approche différente »* (MK5), *« on a tous des choses à apporter au patient ou à l'adhérent »* (MK3). Cette complémentarité résulte des compétences multiples et propres à chaque professionnel. Les éducateurs sportifs ont par exemple *« souvent la chance de bien, très bien connaître le sport ou l'activité physique qu'ils enseignent [et] [...] ils savent directement l'adapter aux débutants ou aux personnes fragiles »* (MK5). Le MK3 confirme les propos de son confrère en disant que les professionnels issus des filières sportives : *« ont des compétences que nous n'avons pas [en activité physique] »*. Pour le MK2, les éducateurs sportifs *« savent mieux motiver les patients que [les MK] »* et *« voient moins la pathologie, mais plus la personne dans son ensemble »*.

Pour tous les participants, les professionnels intervenant au sein du dispositif doivent travailler ensemble : *« plus on proposera des prises en charges différentes, mieux ça sera pour le patient. »* (MK2). Le MK1 va encore plus loin, affirmant qu'il serait même dangereux que la prise en charge soit effectuée par un seul et même professionnel : *« Plus il y aura de personnes qui graviteront autour du patient, plus ce sera intéressant. Si tu es seul, tu peux rapidement avoir un rôle de gourou : à la fois le kiné, le coach sportif, le diététicien, le psychologue... Il faut diviser ! »*. De plus, les interviewés identifient des désaccords pouvant exister entre certains professionnels issus de filières diverses. Ceci est illustré par les propos de 2 participants : *« Il faudrait qu'on réussisse à travailler ensemble et pas se mettre des bâtons dans les roues, quoi... »* (MK3), *« Il faut arrêter cette « guéguerre » et il faut bosser ensemble »* (MK1). Enfin, le MK1 rappelle que l'inter-professionnalité est nécessaire car *« les kinés ne pourront pas tout faire et ne pourront pas être partout »*.

Dans tous les cas, les MK interrogés mettent en avant le fait que la pluridisciplinarité est dans l'intérêt du patient. Pour le MK5, l'APA est *« la marche qui manquait entre le moment où le patient sort de notre cabinet et où on l'envoie pratiquer de l'activité physique dans le milieu ordinaire »*. De plus, les séances d'APA *« apportent une autre ouverture à leurs bénéficiaires, qui leur permet justement de prendre conscience de leurs capacités »* (MK4). Le

MK1 est persuadé que « *l'objectif, c'est que le patient bouge !* ». Il est rejoint par le MK4 qui précise que le patient doit prendre « *plaisir [à] bouger différemment* ».

3.3. Thème 3 : L'intégration du MK au sein du dispositif de prescription d'APA

3.3.1. Les moyens d'intégrer le dispositif

Pour aborder la dernière thématique de l'entretien, le chercheur demande : « Selon vous, comment le MK peut-il aujourd'hui s'intégrer au dispositif de prescription d'APA ? ».

Tous les interviewés évoquent le fait que le MK peut se rapprocher d'un réseau sport-santé pour intégrer le dispositif d'APA. Le MK2 juge que les professionnels du Grand Est ont la « *chance d'avoir un dispositif qui s'appelle Prescri'mouv qui nous donne tout « clé en main » ou presque* ». Pour le MK5, « *Le plus simple, c'est de se rapprocher d'un réseau d'APA comme le RSSBE* ». D'autres participants à l'étude accordent une importance particulière aux réseaux : « *Le projet Moselle Mouv' essaye de trouver des solutions pour les kinés.* » (MK4) et « *[les kinésithérapeutes] ne peuvent pas faire [le traitement] seuls, c'est pour ça que les réseaux sont importants* » (MK1). Le MK5 précise par ailleurs que ses confrères ont la possibilité de s'informer sur ces réseaux en lisant « *les actualités de l'URPS* » ou en se rapprochant « *de l'ARS* ». Pour le MK3, « *Le mieux, c'est de se rapprocher des kinés qui font déjà de l'activité physique adaptée, d'aller vers des salles de sport ou vers des dispositifs comme Prescri'mouv* ». Il évoque donc 2 moyens supplémentaires d'intégrer le dispositif : se rapprocher des structures proposant de l'AP, comme « *les salles de sport* » ou les « *associations communales* » (MK1), et communiquer avec d'autres professionnels. Certains réseaux sport-santé auraient également l'avantage de trouver des solutions « *matérielles en termes de locaux* », pour éliminer notamment les « *soucis d'accessibilité [au cabinet]* » (MK4). Le MK4 parle en outre des aides « *financières qui [sont] indispensable[s]* » pour « *valoriser honnêtement et convenablement une prise en charge* ».

La notion de communication évoquée précédemment semble également être un déterminant majeur de l'intégration du MK dans le dispositif. Celle-ci doit être réalisée auprès des MK ainsi qu'auprès des professionnels issus d'autres filières. Pour le MK2, « *un kiné seul peut aussi faire de l'APA, s'il parvient à nouer des liens avec les médecins prescripteurs* ». Il poursuit : « *c'est peut-être l'avantage qu'on a par rapport aux éducateurs* », qui auraient moins

de possibilités de créer ce genre de liens, selon lui. Dans ce sens, le MK4 insiste sur le fait « *qu'il faut vraiment vraiment vraiment inciter des kinés à aller dans ce champ-là* »

Pour 2 des 5 interviewés, les kinésithérapeutes ne « *peuvent pas s'intégrer [au dispositif], ils doivent [le faire] !* » (MK4), ils « *doivent se sortir de leur quotidien.* » (MK3). Le MK3 précise que les kinésithérapeutes ont le devoir d'intégrer le dispositif « *tout autant que les coaches et les éducateurs en activité physique adaptée* ». Le dispositif d'APA étant un dispositif préventif, le MK4 ajoute « *la prévention est une action indispensable dans notre profession* ».

Pour s'intégrer, les MK pensent aussi que le dispositif peut leur apporter tout autant qu'aux bénéficiaires qu'ils prennent en charge. Les séances d'APA peuvent par exemple être réalisées en groupe, ce qui est rarement le cas dans une prise en charge kinésithérapique classique : « *l'idée, pour moi, ce n'est pas forcément de ne faire que de l'individuel parce que, forcément, les gens au sein d'un groupe se comportent différemment* » (MK3). Le MK5 souligne ce point : « *Souvent, c'est en groupe, donc il y a un autre aspect, une autre émulation extrêmement importante dans cette prise en charge-là* ». En outre, ce dispositif permet de prendre en charge une personne dans un contexte non médical. Bien que la personne présente des limitations fonctionnelles invalidantes et qu'elle pratique de l'AP via une prescription médicale, elle reste une bénéficiaire et non une patiente. Les propos de plusieurs MK le mettent en évidence : « *On est sur du bénéficiaire et non sur du patient* » (MK5), « *Je ne parle pas de patient, car dès l'instant qu'on est dans le cadre de l'APA, il faut changer de paradigme. Si on parle de patient, on entre dans la notion de soin* » (MK4). Pour le MK4, « *lorsqu'on sort de la dimension de soin, la relation est complètement différente avec la personne* ». Il poursuit en soutenant « *qu'hors de la relation soignant-soigné, on entre beaucoup plus dans la vie des gens* ».

3.3.2. Les réseaux et les établissements sport-santé en pratique

Dans le prolongement de la question précédente, l'interviewé doit réfléchir à celle-ci : « *Que pensez-vous des réseaux ou des établissements dédiés à la pratique de l'APA ?* »

Pour le MK5, les réseaux simplifient les démarches des professionnels souhaitant s'intégrer au dispositif : « *Au tout début de l'APA, chaque professionnel devait prendre contact avec sa commune, l'ARS ou même des mutuelles pour se faire payer ce genre de*

prestations... L'avantage du réseau maintenant, c'est qu'on n'a qu'un seul interlocuteur ». Il poursuit en mettant en avant le fait que les réseaux permettent d'utiliser des « outils via internet, pour nos bilans et tout ça... ». Selon lui, la seule zone d'ombre est administrative : « Le côté négatif, c'est que pour y rentrer, euh... il faut remplir leurs critères ». Le MK4 semble convaincu que les réseaux départementaux participent vivement au développement du dispositif d'APA : « On a donc des réseaux très locaux, ou départementaux comme Moselle Mouv'. C'est ce qui va permettre de développer le sport-santé en France ». Le MK3 rejoint ses confrères, mais choisit de mettre l'accent sur le fait que les réseaux facilitent la communication « interprofessionnelle ». D'après lui, « le côté réseau est très bien aussi pour avoir une bonne visibilité » auprès des patients, et il donne en plus la possibilité « de continuer à se former ». Le MK1 est plus nuancé dans sa réponse. Pour lui, « Le réseau est quelque chose de très bien à lancer, mais il doit être lancé par des acteurs de terrain. ».

D'après les participants à l'étude, les réseaux semblent également faciliter le changement de mode de vie du bénéficiaire. Pour le MK3, ils permettent au patient d'être encadré, notamment grâce aux différentes « consultations pluridisciplinaires entre l'infirmier, le médecin, le nutritionniste... ». Dans ces dispositifs, les bénéficiaires sont, selon lui, « ravis », « vraiment changés » et ont un gain de « motivation », ce que le kinésithérapeute juge être « la clé » ouvrant les portes d'une vie active durable. Par ailleurs, sans le réseau sport-santé, le MK3 juge qu'il ne serait pas apte à encadrer suffisamment ces personnes : « seule, en tant que kinésithérapeute libérale, je ne pourrais pas leur apporter cet encadrement ». Pour le MK4, les réseaux départementaux vont permettre à terme « d'avoir un maillage sur la France entière », et donc « une meilleure connaissance du terrain ». En effet, il serait alors possible de « prendre en compte la réalité locale et cantonale de l'état de santé de la population » et par conséquent, d'identifier les personnes fragiles qui se trouvent dans « des situations hyper défavorables [et qui n'iraient] pas au-devant du médecin pour entamer une démarche d'activité physique ». Au contraire de ces dispositifs départementaux, le MK4 ne croit pas aux réseaux régionaux : « les dispositifs régionaux sont inutiles ».

Le MK3 évoque un autre avantage : une fois que l'APA a été dispensée à un bénéficiaire, un réseau avec de nombreux contacts peut guider le patient pour qu'il poursuive une AP classique dans sa vie quotidienne : « Derrière, il réoriente les patients vers une activité qu'ils affectionnent ». Enfin, le fait que la personne soit prise en charge par un professionnel issu d'un réseau peut permettre au patient de se sentir encadré par des personnes

compétentes : « *Je pense que c'est ces compétences-là que les patients trouvent plus facilement grâce aux réseaux, grâce à des professionnels de santé, mais formés* » (MK3).

En dehors des réseaux sport-santé, les interviewés évoquent les avantages et les inconvénients des établissements dédiés à l'APA, et notamment des Maisons Sport-Santé (MSS).

Ces établissements sont perçus par les participants comme des structures locales permettant aux bénéficiaires d'avoir accès à de l'APA. Pour le MK5, les MSS peuvent être « *pratiques pour les gens* » car elles proposent « *une offre locale à un seul et même endroit* », à condition qu'elles respectent le cadre législatif : « *Il faut qu'on respecte quand même le fait que les personnes moins autonomes doivent être encadrées par des professionnels de santé, et les bénéficiaires plus autonomes par d'autres professionnels formés.* ». Le MK2 pense quant à lui que la centralisation de l'APA dans un établissement n'est pas forcément une bonne solution pour les bénéficiaires. Exerçant en milieu rural, il juge aujourd'hui que les MSS ne sont pas accessibles à tous : « *pour aller faire du sport toutes les semaines, c'est très loin.* ». Pour lui, les MSS ne doivent pas être « *uniquement [un lieu] pour pratiquer de l'APA* », mais également être « *un lieu d'information, de renseignement, ou de formation* ». Le fait que la MSS soit une structure locale permet en contrepartie, tout comme les réseaux départementaux, une meilleure « *connaissance du terrain* » (MK4).

D'autre part, les MSS semblent aujourd'hui être confrontées à quelques difficultés en France. Pour le MK2, « *il y a pas mal de choses déjà sur le terrain* » et ces établissements semblent se limiter à un « *titre* » administratif supplémentaire. De plus, ces établissements ne semblent pas « *trop bien budgétisés* », mais il faut maintenant « *voir, sur la durée, les moyens qui seront mis en place pour construire et faire vivre les maisons sport-santé* » (MK2). Pour le MK1, les réseaux et les MSS sont « *l'avenir* » pour les kinésithérapeutes. Ces dispositifs donnent les moyens à ses confrères de revenir, selon lui, à la base de leur métier : « *le kiné, c'est un prof de gym* » qui « *fait bouger ses patients* ». Il souhaite donc aujourd'hui que son futur cabinet soit labellisé sport-santé, mais il dit éprouver beaucoup de difficultés : « *C'est une galère monumentale.* ». Les structures pouvant être labellisées peuvent prendre « *trop de formes différentes* » et les critères de labellisation sont trop facilement remplis selon lui : « *le cahier des charges est bidon, [...] je les encourage à devenir plus chiants* » (MK1). Le MK4

est plus nuancé que son confrère, mais trouve quand même le « *réseau [d'établissements] également très protéiforme* ».

3.3.3. Le kinésithérapeute dans le dispositif d'APA

Pour finir, la dernière question de l'entretien est formulée de la manière suivante : « Selon vous, quel intérêt portent les MK du Grand Est à ce nouveau domaine professionnel qu'ils peuvent investir ? ».

Cette question, cruciale pour répondre à la problématique de l'étude, semble être un sujet de réflexion pour les interviewés : « *hm, bonne question...* » (MK3), « *c'est une question très intéressante* » (MK4).

Le MK4 pense que « *l'intérêt est assez vif, en tous les cas en Moselle* », mais pas sur l'ensemble de la région. D'après le MK5, « *c'est une catastrophe...* ». Le MK1 semble perplexe et plutôt négatif : « *J'espère me tromper, mais... [...] j'ai identifié quelques freins.* ». De son côté, le MK3 estime « *qu'il y a beaucoup de professionnels qui souhaiteraient s'investir dans ce domaine-là* » contrairement au MK2 : « *Malheureusement, je pense qu'il y a une très grande partie de la profession qui pense que ça ne la concerne pas* ».

Certains MK pessimistes justifient leurs dires par des exemples concrets : « *La preuve, c'est qu'on n'est que 2 kinés dans les Vosges sur le réseau Prescri'mouv* » (MK2), « *La RSSBE recherchait un kinésithérapeute pour faire passer des bilans [...]. Sur tous les kinés contactés, un seul a répondu favorablement en nous disant qu'il ne pourrait le faire que sur les 3 prochains mois.* » (MK5). Le MK4, qui connaît bien le réseau dans lequel il intervient, juge qu'« *il a la chance en Moselle d'avoir un grand nombre de kinés qui se sont intéressés au projet* ». Le MK3 a, quant à lui, donné son ressenti général, mais avoue qu'il « *ne communique pas assez avec les autres kinés pour savoir quel intérêt ils portent à ce nouveau domaine professionnel.* ».

Le facteur-temps est souvent un problème soulevé : « *[les MK] pensent être limités par le temps* » (MK3), « *il ne faut pas oublier le manque de temps* » (MK2), « *ils ont leur agenda plein* » (MK5). Pour le MK3 : « *c'est un faux problème* », car c'est juste « *une orientation différente* ».

L'aspect financier semble également repousser certains MK. Pour le MK1, « *ce dispositif ne donnera pas d'intérêt pour des professionnels qui sont là pour le tiroir-caisse* » car « *l'activité physique en individuel, ce n'est pas rentable* ». Bien que le MK5 estime que « *ce n'est pas forcément moins payé qu'un acte de masso-kinésithérapie* », il pose la question suivante de manière ironique : « *Pourquoi consacrer du temps à quelque chose qui financièrement ne changera pas [nos] fins de mois ?* ». Le MK2 rejoint ses confrères : « *Il faut voir si c'est valorisé financièrement, pour l'instant, ce n'est pas le cas* ». Pour lui, c'est d'ailleurs la raison expliquant l'implication majeure des EAPA-S par rapport à celle des kinésithérapeutes : « *Nous, on a des métiers confortables, avec des situations financières confortables [...] ... Eux, ils crèvent la dalle, ils sont passionnés et ils veulent s'en sortir. Donc c'est normal qu'ils soient là avant nous* ». Les MK en général resteraient prudents : « *ils restent dans un contexte professionnel rassurant* » (MK1), « *ils sont dans la facilité ... dans le quotidien qui va bien. [...] Ils ne veulent pas se compliquer la vie* » (MK5).

Les interviewés pensent également que certains MK du Grand Est ne connaissent pas le dispositif : « *La méconnaissance du dispositif d'APA ne rend pas notre prise en charge optimale* » (MK2) et « *Il y a un problème de connaissance du dispositif.* » (MK3).

Enfin le MK2 pense que « *C'est un problème générationnel* » et que, « *malheureusement, [...] [le changement] ne viendra pas de la profondeur de la profession* ». Malgré cela, il partage avec ses collègues l'idée que les jeunes diplômés vont investir ce jeune dispositif : « *[la nouvelle] génération va faire du bien, c'est clair* » (MK1), « *Je pense que vous, les plus jeunes, vous investirez plus le terrain.* » (MK2) et « *Moi j'ai beaucoup d'espoir en vous parce que vous êtes dynamiques, vous avez envie de faire des choses qui sortent un peu du quotidien.* » (MK5).

Dans un second temps, les participants à l'étude ont évoqué les facteurs qui favorisent l'intégration des MK dans le dispositif. Pour le MK4, l'élément fondamental est la communication : « *La communication, moi, j'y attache beaucoup d'importance.* ». Tout comme son confrère, le MK2 affirme qu'il faut « *communiquer, encore et encore* ». Cette communication peut prendre différentes formes. Tout d'abord, il y a la diffusion d'informations pour faire connaître le dispositif : « *pour Moselle Mouv', la communication est réalisée par le Conseil National de l'Ordre et ça, c'était clairement un enjeu important* » (MK4). C'est cela qui permet de mettre en place « *le maillage* », très important aux yeux du MK4. Pour lui, la

communication « *par les réseaux sociaux* » semble également très pertinente. Il poursuit en insistant sur l'importance de la communication interprofessionnelle, notamment avec les médecins. Bien que les médecins « *restent prudents sur le dispositif* » selon lui, « *soit par méconnaissance du métier d'APA, soit parce qu'il ne valorise que les kinés et les professionnels de santé* », le MK4 reste persuadé que « *la relation de proximité qu'entretient le kiné avec le médecin du village ou du secteur au service des personnes qui ont des maladies chroniques dans le secteur [...] c'est bingo, quoi !* ».

En outre, le MK5 semble observer une augmentation des formations sur la thématique : « *On voit bien toutes les formations qui sont proposées, qui se développent : des formations très actives, très dynamiques* ». Cette observation n'est pas celle du MK2 : « *dans [les] formations, là, [...] ce qui manque, c'est ça : c'est l'activité physique adaptée* ». Pour conclure, le MK4 mise sur le « *phénomène d'entraînement* » : pour lui, « *plus on montrera que ça fonctionne, plus il y aura un intérêt pour la profession, les collectivités et les patients* ».

4. DISCUSSION

4.1. Limites méthodologiques de l'étude

4.1.1. Le choix discutabile de la population cible

Afin qu'une discussion constructive s'engage lors des entretiens, les participants à l'étude sont des MK faisant partie d'un réseau sport-santé du Grand Est. Ce choix initial soulève une question légitime : Peut-on réellement analyser l'intérêt des professionnels du Grand Est en ne s'adressant qu'à ceux qui s'investissent dans le projet ? Ce qui est sûr, c'est que cette étude ne permet pas de connaître l'intérêt de tous les MK de la région. Cependant, il est difficile d'évaluer objectivement « un intérêt », car c'est une notion très abstraite et fluctuante. Un MK intégré dans le dispositif d'APA semble être une personne bien placée pour évaluer la dynamique générale au sein du réseau sport-santé dont il est membre. Au même titre que des professionnels ayant réalisé des formations dans le domaine de l'APA, ces MK peuvent aussi analyser les facteurs influençant l'intégration de leurs confrères au sein du dispositif, ce qui est très intéressant.

En outre, chaque MK s'implique de manière différente dans ce dispositif. Le MK doit être un acteur du dispositif d'APA pour intégrer l'étude, mais nous ne savons pas la place qu'il

occupe au sein du réseau (président, coordinateur, dispensateur d'AP...). Ses connaissances et son regard vis-à-vis du dispositif risquent d'être influencés par son statut au sein du réseau.

4.1.2. L'élaboration imparfaite du guide d'entretien

Le guide d'entretien est organisé de la manière suivante : il est divisé en 3 thèmes généraux qui contiennent chacun des questions semi-ouvertes. Chaque question est suivie de relances potentielles pour que le participant affine son raisonnement. En réalisant l'entretien, il est très difficile pour le chercheur de suivre strictement le support car l'échange est imprévisible et les relances ne sont pas forcément adaptées. De ce fait, peut-être aurait-il été préférable d'identifier avant l'entretien des mots-clefs attendus pour certaines questions, sans forcément réfléchir à des relances ? Cela aurait donné plus de liberté au chercheur qui aurait alors mieux respecté son support.

4.1.3. Le lien très étroit entre le MK et le sujet de l'étude

Le thème général de ce travail est le dispositif de prescription d'APA. Les participants à l'étude sont des MK dispensant de l'APA au sein d'un réseau sport-santé. Pour certains d'entre eux, s'exprimer sur ce sujet leur tient à cœur. Ils en parlent avec émotion, ce qui peut impacter leur objectivité et leur jugement. Dans ce cas de figure, il y a un biais subjectif.

4.1.4. Les distractions liées au format de l'entretien

Que ce soit du côté du participant ou du côté du chercheur, les distractions peuvent être nombreuses. Le fait de réaliser l'entretien à distance empêche le chercheur de fixer des rendez-vous dans un endroit calme et propice à une discussion. Le MK choisit donc librement le lieu dans lequel il souhaite s'entretenir avec le chercheur. Certains participants n'ont eu le choix que de réaliser l'entretien au volant d'une voiture ou dans la même pièce qu'un enfant. Pour le chercheur, la source de déconcentration majeure était de suivre la conversation zoom et son guide d'entretien en même temps, pour anticiper la suite de la discussion.

4.1.5. Le regard subjectif des MK vis-à-vis des autres professionnels

Dans le guide d'entretien, une partie est consacrée aux formations nécessaires pour dispenser de l'APA. Dans cette partie, le chercheur s'intéresse au regard que portent les MK

sur les compétences des différents acteurs du dispositif et sur le fait que plusieurs professionnels dispensent de l'APA. Ces questions amènent le participant à comparer les différents acteurs du dispositif et leurs professions entre elles. Il est difficile de s'exprimer sur une profession différente de la nôtre et que nous ne connaissons que partiellement. Au contraire, le MK peut considérer plus favorablement ses confrères, qui lui ressemblent.

4.1.6. Le comportement du participant face au chercheur

Lors de l'entretien réalisé via l'application « Zoom », le participant se retrouve face au chercheur par l'intermédiaire d'une caméra. Le format vidéo permet aux 2 acteurs d'interagir de manière auditive et visuelle. Face au chercheur, le participant peut souhaiter se montrer sous une facette positive, peut être mis en confiance car il est le centre d'intérêt. La barrière de l'écran peut amplifier ce phénomène. Si la crise sanitaire l'avait permise, une rencontre physique aurait certainement limité ce phénomène.

4.1.7. La non-analyse des expressions corporelles

Grâce à l'enregistrement vidéo, il est possible d'identifier les différentes réactions corporelles des participants. Bien que l'analyse corporelle permette d'interpréter plus complètement les idées des MK interrogés, elle n'est pas réalisée dans cette étude. L'interprétation de données verbales est souvent imparfaite et en partie subjective, alors est-il réellement possible d'analyser les réactions non-verbales des participants en tant qu'étudiant en masso-kinésithérapie ? Il nous semble que cette analyse n'est pas légitime et qu'elle nécessite un certain niveau de formation sur le sujet pour être pertinente et objective.

4.2. Interprétations et limites des résultats de l'étude

4.2.1. Les participants à l'étude

7 réseaux sport-santé ont été contactés. Parmi eux, 2 réseaux nous ont informé qu'aucun MK n'intervenait en leur sein. Il est possible que les personnes contactées n'aient pas connaissance que des MK interviennent dans leur dispositif. Cependant, si ces informations s'avèrent exactes, plusieurs hypothèses sont envisageables. Il est possible que l'intérêt des MK pour ces réseaux soit nul ou que ces réseaux n'aient pas identifié les MK comme des acteurs du dispositif de prescription d'APA. Toujours est-il que ces résultats

surprenants soulèvent une question : qui sont les professionnels intervenant auprès des personnes présentant des limitations fonctionnelles sévères ? Selon le décret du 30 décembre 2016, seuls les professionnels de santé y sont habilités dans le cadre de l'APA (31). Il est possible que les personnes prises en charge dans ces réseaux ne présentent pas de limitation fonctionnelle sévère, mais ceci n'est pas mentionné sur les sites internet respectifs.

Parmi les autres réseaux sport-santé, 7 MK ont été contactés et 5 ont intégré l'étude. Pour que l'étude soit la plus représentative possible, les participants ont été sélectionnés de la manière suivante : ils interviennent au sein de 5 réseaux sport-santé différents qui proposent une offre d'activité dans 9 des 10 départements du Grand Est. Bien que ces 5 réseaux fassent la promotion de l'APA dans la majeure partie de la région, 4 autres réseaux existent dans le Grand Est. L'étude n'a donc pas permis d'interroger des MK intervenant dans tous les réseaux sport-santé du Grand Est. Afin que l'étude soit la plus représentative possible, il aurait fallu interroger plus de MK, jusqu'à ce que le principe de saturation soit respecté : les participants n'expriment plus de nouvelles idées et reprennent les informations données par leurs confrères. Il faut également souligner que chaque MK au sein d'un même réseau sport-santé a des connaissances et un regard différent sur l'APA. La représentativité de l'étude peut donc être remise en cause. Encore faut-il rappeler que ce type d'étude permet de comprendre une situation complexe vécue par un groupe de personnes dans un contexte précis, et non de donner une conclusion générale sur une large population (57).

4.2.2. Connaissance et conception du dispositif de prescription d'APA

Tous les participants décrivent l'APA comme une AP adaptée aux conditions physiques d'une personne (5/5MK). Légalement, cela signifie qu'une APA doit être dispensée dans le respect « *des aptitudes et des motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* » (31). Pour cela, une prise en charge suivant le modèle bio-psycho-social semble pertinente (3/5MK). Il est donc important d'impliquer la famille dans le projet de vie du bénéficiaire (1/5MK). Pour la majorité des interviewés, c'est cette adaptation aux capacités physiques et mentales de la personne, permise grâce aux connaissances médicales des intervenants, qui donne à l'APA sa singularité et qui la différencie de l'AP et sportive classique (4/5MK). La notion de compétition, absente dans l'APA mais que l'on retrouve dans le sport, n'a pas été abordée par les participants pour comparer ces 2 pratiques physiques.

De plus, les bénéficiaires d'APA sont des personnes présentant une ou plusieurs pathologies (5/5MK). Cependant, ces termes sont trop généraux, car seules certaines pathologies donnent accès au dispositif de prescription d'APA : selon le décret du 30 décembre 2016, les personnes pouvant s'y intégrer sont porteuses de maladies chroniques faisant partie de la liste des ALD (31). La majorité des interviewés évoquent les termes-clés « *chronique* » et « *ALD* » (3/5MK). 2 interviewés ne prononcent pas ces mots. Les pathologies qu'ils décrivent peuvent être portées par des bénéficiaires du dispositif. Ces MK s'appuient sur leur expérience personnelle, et les exemples qu'ils nous donnent sont probablement ceux qu'ils rencontrent le plus dans leur cabinet. En outre, la formulation de la question du chercheur ne leur a peut-être pas permis de donner une réponse plus générale. Ces réponses peuvent tout de même nous laisser supposer que le public-cible du dispositif est difficilement identifiable, et que certains participants ont une vision erronée des personnes réellement visées par le dispositif.

En outre, l'APA serait préférentiellement destinée à des personnes qui ne pratiquent pas d'AP dans leur quotidien (2/5MK). Bien que cette notion ne soit pas un critère pour qu'une personne intègre le dispositif dans le cadre législatif, il est possible de se demander si les MK ne dispensent pas de l'APA à des personnes majoritairement inactives, dans leur pratique. Le développement du dispositif de prescription d'APA s'inscrit par ailleurs dans la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 visant, entre autres, à lutter contre l'inactivité physique et la sédentarité (11). Cette notion de « *lutte contre la sédentarité* » n'est cependant évoquée que par le MK1.

Pour décrire l'APA, les participants évoquent succinctement ses objectifs. La plupart évoque l'objectif global à long terme : il faut conduire le bénéficiaire vers une autonomie dans sa pratique physique (3/5MK). Leurs propos vont dans le sens de l'objectif décrit dans le cadre législatif : « *permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière* » (31).

Bien que l'AP soit présentée comme une thérapeutique non médicamenteuse par la HAS (41) car ce n'est pas une « *substance ou une préparation administrée* » à une personne (65), elle agirait comme un véritable « *médicament* » aux yeux du MK1. Cette comparaison est de plus en plus retrouvée dans la littérature moderne pour justifier les effets bénéfiques concrets de l'AP pour la santé (36).

Par ailleurs, l'organisation du dispositif de prescription d'APA semble difficile à appréhender pour les interviewés (3/5MK). D'un point de vue théorique, le dispositif est organisé grâce au décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'APA. Intégrés au sein de réseaux sport-santé, les interviewés ont très certainement connaissance de ce cadre législatif. Leurs réponses révèlent donc probablement une organisation qui n'est pas encore stabilisée.

Tout d'abord, le dispositif est mal connu des médecins (3/5MK), qui restent cependant des acteurs majeurs de l'équipe pluridisciplinaire (2/5MK). Tous les participants à l'étude identifient la prescription médicale par le médecin comme l'étape initiale de la prise en charge d'une personne dans le dispositif d'APA. Le fait que cette première étape soit contrariée par le manque d'informations ou de connaissances des médecins peut être une première explication des difficultés d'organisation ressenties par les interviewés. Bien que le médecin soit le seul professionnel qualifié pour prescrire de l'APA à une personne, l'identification de la population-cible peut être réalisée par tous les professionnels intervenant dans le dispositif selon la HAS (41). C'est pour cela que le MK1 se décrit comme un acteur du repérage de la population-cible du dispositif. Il est intéressant que plusieurs professionnels puissent inciter des personnes à consulter leur médecin traitant afin qu'elles pratiquent de l'APA. Un bénéficiaire peut donc être amené à s'entretenir avec plusieurs professionnels avant d'être correctement orienté vers le dispositif de prescription d'APA. Le fait qu'une personne puisse mettre du temps avant de bénéficier d'APA ne montre-t-il pas une limite dans l'organisation du dispositif ?

Ensuite, le fait que l'APA ne soit « *accessible que pour les patients en ALD ou avec des maladies chroniques* », selon le cadre législatif, est regrettable (1/5MK). Si le cadre législatif restreint en effet la population-cible de l'APA à ce type de pathologies, les réseaux sport-santé tentent aujourd'hui d'élargir au maximum cette population en y incluant de plus en plus de pathologies. Prescri'mouv cible notamment les personnes obèses en supplément de certaines maladies chroniques inscrites sur une liste ALD (66), tandis que Moselle Mouv' propose l'APA à toute personne porteuse d'une maladie chronique, si l'on se réfère à l'offre disponible sur son site internet (47).

Lorsque la personne dispose d'une prescription d'APA rédigée par son médecin traitant, le parcours lui permettant d'avoir accès aux séances d'APA est dépendant du réseau sport-santé qu'elle intègre. Le MK4 nous décrit ce parcours conformément aux données recueillies sur le site internet du réseau Moselle Mouv', dont il fait partie (47). Les autres MK sont issus de réseaux sport-santé chapeautés par le dispositif régional Prescri'mouv. Ces participants à l'étude détaillent moins le cursus du participant. Bien qu'ils évoquent ensemble certaines étapes de prise en charge dans le dispositif, ils ne décrivent pas de manière tout à fait complète ni organisée le cursus d'un bénéficiaire au sein de Prescri'mouv. Il est possible que les interviewés n'aient pas jugé utile de décrire l'ensemble du parcours d'un bénéficiaire d'APA, ou que la question du chercheur n'ait pas été correctement formulée. Si ce n'est pas le cas, décrire l'ensemble des étapes de ce cursus semble difficile pour 4 des participants. L'organisation du dispositif semble donc potentiellement complexe.

En interrogeant 5 MK intervenant au sein de réseaux sport-santé, le chercheur s'attend à s'entretenir avec des interviewés relativement bien informés dans ce domaine. De façon générale, les interviewés ont montré qu'ils avaient des connaissances sur l'APA et le dispositif de prescription, et leurs réponses nous ont permis d'identifier les informations-clés à leurs yeux et leur conception du dispositif. Bien que cette étude qualitative ne permette pas de connaître les connaissances de l'ensemble des MK du Grand Est dans le domaine de l'APA, elle permet cependant d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées par des personnes expérimentées dans ce domaine. Pour plusieurs interviewés, l'organisation du dispositif semble perfectible dans la pratique. En outre, il est intéressant d'identifier des notions que les participants à l'étude n'abordent pas. Ces dernières peuvent soulever les questions suivantes : Ont-elles été omises par choix, ou seraient-ce des oublis involontaires ? La question a-t-elle été mal posée par le chercheur ? Des participants « experts » peuvent-ils manquer eux-mêmes de connaissances en la matière ? Est-ce la preuve de la complexité du dispositif ?

4.2.3. Les compétences des acteurs du dispositif d'APA

Pour prendre en charge un bénéficiaire de façon sécurisée, les MK sont unanimes : il faut connaître la pathologie de cette personne (5/5MK). Bien que « *connaître la pathologie* » d'un bénéficiaire soit essentiel à tout acteur le prenant en charge, cette expression est très globale et elle peut prendre plusieurs sens différents. Les interviewés font-ils par exemple référence aux connaissances anatomo-physio-pathologiques, aux facteurs de risques liés à la pathologie, ou aux recommandations concernant le niveau d'AP idéal pour une pathologie

donnée ? En outre, un intervenant semble devoir disposer de connaissances en éducation thérapeutique (2/5MK). Le dispositif de prescription d'APA est un dispositif préventif (11), et l'éducation thérapeutique donne de précieuses informations au bénéficiaire à travers une prestation de conseil et d'expertise . Même si un intervenant n'a pas l'obligation de maîtriser l'éducation thérapeutique pour dispenser de l'APA (31), cette compétence reste néanmoins très intéressante pour que le bénéficiaire adopte un comportement favorable à sa santé (67).

Outre ses compétences médicales, l'intervenant semble devoir disposer de compétences sportives (2/5MK). Le sport est une sous-catégorie de l'AP selon l'OMS et n'est pas, par définition, adapté aux compétences physiques et psychiques d'une personne contrairement à l'APA (2,45). Selon le Conseil national de l'ordre des MK, un kinésithérapeute « *conduit des séances d'activités physiques et sportives* » et possède donc des compétences sportives au-delà de ses compétences thérapeutiques (68). De plus, un intervenant connaissant les conditions de réalisation de certains sports peut tout à fait les adapter à un bénéficiaire dans le cadre d'une APA. Adapter une activité sportive peut d'ailleurs être un moyen intéressant de faire adhérer le bénéficiaire à un programme physique ludique. De plus, si un « sport adapté » plaît à la personne prise en charge, elle se rapprochera peut-être plus facilement d'associations sportives proposant ce sport lorsqu'elle sera devenue autonome dans sa pratique physique. Par ailleurs, 4 des 5 MK déclarent pratiquer du sport eux-mêmes, et 2 d'entre eux sont intervenus auprès d'équipes sportives au cours de leur carrière professionnelle. Il est donc probable que ces interviewés s'appuient sur leurs expériences sportives personnelles pour dispenser de l'APA.

Un intervenant doit également disposer de qualités humaines (5/5MK). Celles-ci facilitent la prise en charge bio-psycho-sociale exigée par le dispositif (33). Il est en effet difficile d'adapter une AP à une pathologie et de conduire une personne vers une autonomie physique sans s'intéresser à elle, à ses envies et à ses besoins. La notion « *d'empathie* » est quant à elle controversée : le MK5 pense qu'il en faut, contrairement au MK4. L'empathie est la capacité à s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent. Bien qu'il soit nécessaire de s'intéresser à la sphère bio-psycho-sociale d'une personne prise en charge, « s'identifier » à elle peut être dangereux. L'intervenant reste un professionnel qui semble devoir garder une certaine distance avec le bénéficiaire : un excès d'empathie semble donc pouvoir nuire à la prise en charge. D'un autre côté, le dispositif de prescription d'APA permet de sortir de la relation

soignant-soigné que l'on trouve lors d'une prise en charge kinésithérapique classique, et peut par conséquent permettre de nouer une relation plus personnelle avec le bénéficiaire.

Chaque professionnel possède des compétences propres. Le MK dispose des compétences pour prendre en charge un bénéficiaire d'APA (5/5MK). Des formations supplémentaires en « *entretien motivationnel* » et en « *éducation thérapeutique* » restent pour autant essentielles (1/5MK). Législativement, elles ne sont pas nécessaires (31), mais elles peuvent en effet enrichir la prise en charge, comme nous l'avons expliqué précédemment.

Lorsque les participants à l'étude s'expriment sur les autres professionnels pouvant dispenser de l'APA, leurs réponses sont très variées. Le MK4 détaille par exemple de manière très complète les différents acteurs du dispositif et leur rôle respectif, en se référant au décret du 30 décembre 2016, qui est le texte de loi de référence dans ce domaine (31). Il apporte donc une grande partie des éléments législatifs théoriques tandis que ses confrères interviewés ne font référence qu'à certains professionnels : les « *éducateurs sportifs* » (3/5MK) et les « *enseignants en APA* » (3/5MK). Le fait que les participants à l'étude citent ces professionnels en particulier témoigne peut-être de leurs influences prédominantes dans le dispositif. Au contraire, les professionnels de santé non MK ne semblent pas être des acteurs très présents au sein du dispositif car ils ne sont identifiés que par 1 des 5 interviewés.

En ce qui concerne les éducateurs sportifs, ils semblent avoir besoin de formations supplémentaires en sport-santé pour dispenser de l'APA (2/5MK). Par exemple, le RSSBE impose une formation sport-santé aux éducateurs sportifs. Ceci semble s'expliquer en partie par les propos du MK4, qui juge que les éducateurs sportifs ont un niveau de formation hétérogène. Le cadre législatif n'oblige pas les éducateurs physiques à réaliser des formations complémentaires dans le domaine du sport-santé, mais ne leur permet d'intervenir qu'auprès de bénéficiaires présentant des limitations fonctionnelles minimales (31).

Pour l'ensemble des interviewés ayant identifié les EAPA-S comme des acteurs du dispositif, ces professionnels ont les compétences pour dispenser de l'APA (3/3MK). Selon le décret du 30 décembre 2016, les EAPA-S ont en effet le droit de dispenser de l'APA à des personnes présentant des limitations fonctionnelles modérées et légères. Aucun des MK interrogés ne parle de cet aspect législatif. Est-ce une méconnaissance, juste un oubli, une

notion peu importante à leurs yeux ? Ou est-ce parce qu'ils ne l'observent pas dans la pratique ? Peut-être n'ont-ils pas eu l'occasion de travailler avec des EAPA-S ?

Pour les interviewés, le fait que plusieurs professionnels interviennent au sein du dispositif est une bonne chose si le cadre législatif est respecté (5/5MK). En effet, le rôle des intervenants au sein du dispositif diffère en fonction de leurs qualifications professionnelles propres. Avant qu'un professionnel de la santé ou du sport ne dispense de l'APA à un bénéficiaire, un bilan physique et fonctionnel peut venir compléter le bilan effectué par le médecin. Une fois encore, ce bilan doit être réalisé par des professionnels de santé si le patient présente des limitations fonctionnelles sévères (41). C'est dans ce contexte que l'ordre des MK a développé une notice de mise en œuvre de l'APA, et a insisté sur le fait qu'un « bilan kiné APA » est primordial pour une personne intégrant le dispositif (42). Pour les interviewés, le bilan ne doit être réalisé que par un professionnel de santé (2/5MK).

Pour quelles raisons les participants à l'étude sont-ils en faveur de l'interdisciplinarité ? Tout d'abord, les acteurs du dispositif sont complémentaires (3/5MK) car chaque professionnel possède des compétences qui lui sont propres. Par exemple, un éducateur physique posséderait plus de compétences sportives qu'un MK (2/5MK). Bien qu'il ne faille pas confondre sport et APA, nous avons expliqué précédemment l'intérêt pour un intervenant de posséder des compétences sportives, notamment pour l'aspect ludique de l'activité ainsi que pour envisager le futur du bénéficiaire. Le MK2 estime dans ce sens que les éducateurs sportifs motiveraient plus les bénéficiaires que les MK. Les MK motivent les patients quotidiennement dans leurs prises en charge thérapeutiques classiques, mais il est possible qu'une activité ludique proposée par un éducateur sportif renforce l'intérêt du bénéficiaire pour l'APA. Les kinésithérapeutes auraient-ils du mal à sortir du contexte de soin qui rythme la majeure partie de leur activité professionnelle ?

Comment les différents professionnels doivent-ils travailler au sein du dispositif ? Les participants à l'étude s'accordent à dire que les professionnels doivent travailler ensemble. Le fait que plusieurs professionnels interviennent auprès d'un bénéficiaire améliore sa prise en charge (2/5MK), et il pourrait même être dangereux qu'il n'ait affaire qu'à un seul intervenant (1/5MK). L'organisation du dispositif limite ce phénomène selon la loi : la consultation médicale initiale, le bilan d'aptitudes physiques et les séances d'APA sont des étapes de prise en charge qui font intervenir plusieurs professionnels. De plus, les personnes intégrant le dispositif sont

porteuses de maladies chroniques, et sont donc très certainement suivies par d'autres professionnels hors du cadre de l'APA.

Certains interviewés pensent également qu'une sorte de rivalité néfaste peut exister entre les différents acteurs du dispositif, à leur grand regret (2/5MK). Ces interviewés ont probablement identifié cette problématique en communiquant avec d'autres professionnels de santé sur le terrain. On peut en effet imaginer que certains professionnels se sentent « en concurrence » avec des professionnels issus d'une autre filière. Cette problématique pourrait freiner le développement du dispositif. Cependant, il faut rappeler que chaque professionnel a un rôle précis au sein du dispositif selon la loi (31). Chacun intervient prioritairement auprès des bénéficiaires en fonction des limitations fonctionnelles de celui-ci (31).

Pour tous les participants à l'étude, l'interdisciplinarité reste avant toute chose dans l'intérêt du bénéficiaire. Comme ils l'ont évoqué précédemment, chaque professionnel possède des compétences médicales et sportives propres. Tous les bénéficiaires peuvent alors être pris en charge de façon sécurisée, et ont la chance de pouvoir choisir l'APA qui leur correspond. D'après les interviewés, l'objectif du dispositif est de rendre les personnes autonomes dans leur pratique physique et qu'elles prennent du plaisir à le faire. En outre, le dispositif d'APA est décrit par le MK5 comme « *la marche qui manquait entre le moment où le patient sort de notre cabinet et où on l'envoie pratiquer de l'activité physique dans le milieu ordinaire* ». Ces propos sont très intéressants : il est vrai que le dispositif permet d'adapter l'AP au bénéficiaire, et non que le bénéficiaire ait à s'y adapter directement dans la vie ordinaire. Pour autant, l'APA s'adresse à un public très précis, et une faible proportion des patients qui sortent d'un cabinet de kinésithérapie peuvent y avoir accès à ce jour.

Pour développer l'analyse du second thème, il faut s'intéresser aux formations complémentaires réalisées par les participants à l'étude. Le MK5 a réalisé un DU en APA, et le MK2 une formation complémentaire en APA. Ces professionnels ont souhaité se spécialiser dans ce domaine, bien qu'ils n'y soient pas contraints d'un point de vue législatif. Il aurait été intéressant de les questionner sur les apports qu'ont eu ces formations sur leur pratique professionnelle, dans la mise en œuvre de l'APA. Malheureusement nous ne l'avons pas fait. Les interviewés n'ayant pas réalisé de formation dans ce domaine précis ont tous des formations en lien avec l'activité physique et le sport. Leurs compétences sportives leur permettent de proposer des APA variées. Bien qu'ils ne soient pas forcément représentatifs

de l'ensemble des MK dispensant de l'APA dans la région, les interviewés ont tous une sensibilité au sport provenant de leur expérience personnelle ou des formations qu'ils ont pu réaliser.

4.2.4. La place du MK dans le dispositif d'APA

Pour commencer, les participants à l'étude ont tenté d'identifier les moyens mis à la disposition des MK pour s'intégrer au dispositif. Se rapprocher d'un réseau sport-santé local est une option pertinente pour les interviewés (5/5MK). Les réseaux ont un rôle informatif important (2/5MK), facilitent l'interdisciplinarité et répartissent les bénéficiaires entre les différents intervenants (1/5MK). Ils auraient également l'avantage d'apporter des solutions financières et matérielles aux intervenants (1/5MK). Ces aides incitatives concrètes sont des moyens de développer l'attrait des professionnels pour le dispositif d'APA. Le MK5 évoque également que l'URPS et l'ARS communiquent régulièrement sur les réseaux sport-santé. Organismes touchant un large public, ils permettent aux réseaux sport-santé d'être connus par un grand nombre de MK. Les participants à l'étude estiment donc que les réseaux sport-santé participent au développement du dispositif (3/5MK).

Pour les interviewés, les réseaux sport-santé ont plusieurs intérêts. Ils facilitent tout d'abord la communication interprofessionnelle (2/5MK) et les démarches des MK souhaitant dispenser de l'APA (1/5MK). Leurs offres locales permettent en effet de mettre en relation les différents acteurs du dispositif et les aident à s'y intégrer.

En outre, ces réseaux offrent la possibilité aux professionnels de se former dans le domaine de l'APA (2/5MK). Ils améliorent donc les compétences de leurs intervenants, ce qui est un gage de qualité pour le dispositif. La formation proposée par le RSSBE en est un exemple. L'augmentation des formations dans le domaine de l'APA est par ailleurs un facteur susceptible de développer l'intérêt des MK pour le dispositif (1/5MK). Pour autant, trop peu de formations sont encore proposées aux MK (1/5MK).

Les réseaux sport-santé semblent également profiter aux bénéficiaires. Ces réseaux peuvent dans un premier temps être comparés à « la vitrine du dispositif » car ils donneraient de la visibilité à l'APA (1/5MK). En ce qui concerne les réseaux ayant une action locale, ils permettraient également d'identifier les personnes fragiles grâce au maillage territorial mis en

place. Cela pourrait être particulièrement intéressant pour des personnes socialement défavorisées qui n'iraient pas spontanément consulter leur médecin traitant (1/5MK).

En outre, les réseaux sports-santé faciliteraient le changement de mode de vie du bénéficiaire, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'encadrement pluri-professionnel permis par ce type de réseau semble très intéressant (2/5MK). Bien qu'un MK seul possède les compétences pour prendre en charge tous types de bénéficiaires d'un point de vue législatif (31), le fait que plusieurs professionnels gravitent autour d'une personne ne peut que lui être bénéfique. Pour le MK3, « *l'infirmier* » et « *le nutritionniste* » encadrent également la personne. Ces professionnels ne sont pas identifiés comme des acteurs du dispositif d'APA (31), mais peuvent tout à fait intervenir de manière complémentaire pour améliorer la qualité de vie du bénéficiaire.

Les réseaux auraient en outre la capacité d'orienter le bénéficiaire à la fin de la prise en charge APA (1/5MK). Le fait que ces réseaux se construisent grâce à plusieurs professionnels au sein d'un territoire local leur permet sans doute de connaître de nombreuses structures proposant de l'AP.

Les réseaux sport-santé semblent apporter de nombreux avantages aux bénéficiaires, mais les interviewés identifient quelques inconvénients organisationnels. Les « *réseaux régionaux* » sont par exemple remis en question. Ce genre de dispositif engloberait un trop grand territoire géographique, ce qui empêcherait d'identifier précisément les besoins locaux et le public-cible du dispositif d'APA. Aujourd'hui, Prescri'mouv est le dispositif régional du Grand Est. En réalité, il chapeaute un ensemble de réseaux locaux qui interviennent sur l'ensemble de la région. Il est donc probable que ces réseaux locaux répondent aux besoins de leurs populations locales et que Prescri'mouv ait un rôle de coordination générale.

Au-delà des réseaux sport-santé, il peut être intéressant de se rapprocher d'une structure proposant de l'AP en général. Les associations communales et les salles de sport en sont des exemples car elles ont parfois une filière APA (1/5MK). Les établissements dédiés à l'APA, et notamment les MSS, sont des structures locales qui se développent actuellement en France (48).

Le fait que ces structures proposent une offre locale semble avoir des avantages et des inconvénients, pour les interviewés. D'un côté, cette offre peut permettre de répondre précisément aux besoins de la population locale (1/5MK) et peut être pratique pour les personnes habitant autour de la MSS (1/5MK). Celle-ci deviendrait l'établissement de référence centralisant l'offre d'APA, à condition qu'elle respecte le cadre législatif (MK5). Cette notion est problématique pour le MK2.

Les MSS ne sont aujourd'hui pas accessibles à tous, notamment aux personnes habitant hors des grandes zones urbaines (1/5MK). Comme les MSS sont en plein développement, il est possible que ce problème géographique soit bientôt compensé. Pour être intéressantes, les MSS ne doivent pas se limiter à la dispensation de l'APA, mais également être des lieux de formation et de renseignement (1/5MK). Selon l'ARS du Grand Est, les établissements doivent théoriquement être des lieux d'informations et orienter les bénéficiaires vers des structures adaptées. Ils n'ont pas vocation à être des lieux de formation (69).

Les MSS sont des nouveaux établissements qui viennent s'ajouter aux réseaux sport-santé existants. Est-il pertinent de créer ce type d'établissements au profit d'actions visant à développer les réseaux sport-santé (1/5MK) ? Cette question est légitime car ils ont globalement les mêmes objectifs, bien que la création d'établissements locaux de référence présente de nouveaux intérêts.

Les MSS sont aujourd'hui également mal financées (1/5MK), même si l'état apporte quelques aides financières à ces établissements (48). Cette problématique concerne d'ailleurs l'ensemble du dispositif d'APA, dont la stratégie de financement n'est pas clairement définie.

Les MSS semblent malgré tout être des lieux où les MK pourraient revenir aux bases historiques de leur métier : un thérapeute qui traite ses patients en privilégiant une rééducation active (1/5MK). Ce type de prise en charge est aujourd'hui de plus en plus recommandé dans de nombreuses pathologies et va dans le sens de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 (11).

Par ailleurs, le cahier des charges des MSS semble trop général (1/5MK). Ces propos peuvent nous faire douter de la pertinence de certains établissements, qui seraient labellisés

trop facilement. Dans le même esprit, les MSS prendraient trop des formes différentes (1/5MK).

Pour 2 des 5 interviewés, les MK du Grand Est ont le devoir d'intégrer le dispositif d'APA : la profession ne peut pas se permettre de ne pas investir ce nouveau champ professionnel, car la prévention est primordiale dans notre métier. Le dispositif permet de dispenser de l'APA à des personnes souffrant d'une ou de plusieurs pathologies et ainsi de réaliser de la prévention secondaire ou tertiaire (41). Un MK dispose par ailleurs des compétences pour effectuer de la prévention en milieu sportif (35). Les MK doivent investir le dispositif tout autant que les autres professionnels du sport (1/5MK). Cette parité professionnelle pourrait permettre d'augmenter les possibilités et la qualité des prises en charge pour les bénéficiaires.

Pour s'intégrer à ce jeune dispositif, les MK du Grand Est doivent y trouver de nouvelles sources de motivation. Pour cela, certains interviewés évoquent la possibilité de dispenser de l'APA à un groupe (2/5MK). Un MK travaillant en cabinet libéral réalise en grande majorité des prises en charge individuelles. Il est vrai qu'il est possible de réaliser des séances de groupe dans le cadre de l'APA pour les patients présentant des limitations fonctionnelles modérées et faibles. Cependant, les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères doivent être pris en charge individuellement par des professionnels de santé (41).

En outre, le dispositif d'APA donne la possibilité aux MK de sortir du contexte de soin quotidien (2/5MK). Il peut être intéressant de sortir de la relation soignant-soigné avec le bénéficiaire pour qu'il adhère plus facilement à la prise en charge et qu'il ne se sente pas « malade ». D'un autre côté, l'intervenant reste un professionnel qui dispense de l'APA à un bénéficiaire. Si la relation qu'ils nouent est trop intime, cet aspect professionnel n'est plus respecté et il est possible que cela nuise à l'évolution du bénéficiaire.

Bien que les MK du Grand Est semblent disposer de nombreuses sources de motivation pour intégrer le dispositif, il faut questionner leur engouement pour l'APA dans la pratique. 2 MK sur 5 pensent que leurs confrères ont de l'intérêt pour le dispositif, tandis que les 3 autres participants à l'étude jugent que les MK ne s'y intéressent presque pas. Ces réponses se basent sur le ressenti des interviewés et sont donc difficilement analysables. Toutefois, les participants à l'étude sont des professionnels qui interviennent dans ce dispositif,

et ils ont donc probablement une vision générale de l'engouement des MK au sein de leurs réseaux sport-santé. Pour justifier leurs propos, certains des interviewés nous font part d'exemples concrets qu'ils ont vécus dans le cadre de l'APA. En outre, l'intérêt des MK pour le dispositif d'APA semble être influencé par le département et le réseau dans lequel les professionnels peuvent s'investir.

Pour finir, les interviewés ont identifié certains facteurs qui pourraient expliquer ce manque d'intérêt de professionnels du Grand Est. Tout d'abord, les MK n'auraient pas le temps de s'investir dans le dispositif (3/5MK). Les MK du Grand Est ont, pour autant, le choix de leur pratique professionnelle, et peuvent tout à fait choisir d'accorder plus de temps au dispositif d'APA qu'à leur activité thérapeutique classique. Mais il est clair qu'un MK qui intègre le dispositif voit son quotidien professionnel bouleversé (3/5MK).

Cependant, il est compréhensible que les MK ne veuillent pas changer leurs activités professionnelles si ce nouveau domaine professionnel n'est pas valorisé financièrement (3/5MK). Le fait que les séances d'APA ne soient pas remboursées par la sécurité sociale (40) et qu'un manque de financement soit identifié par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de la Jeunesse et des Sports (50) peut expliquer les propos des interviewés à ce sujet.

La situation financière et professionnelle « *confortable* » des MK pourrait expliquer leur faible implication dans le dispositif, comparativement aux EAPA-S, pour qui le dispositif est un des seuls champs professionnels qu'ils peuvent investir (1/5MK).

Le dispositif d'APA semble également mal connu des MK du Grand Est (2/5MK). Ceci pourrait s'expliquer par la jeunesse du dispositif, bien que les réseaux sports-santé permettent aujourd'hui de donner une visibilité à l'APA.

De nombreux freins peuvent ainsi limiter l'intérêt des MK pour le dispositif, mais la communication semble déterminante pour inciter les MK à l'investir (3/5MK). Elle peut par exemple être réalisée par les réseaux sociaux (1/5MK), plateformes touchant de plus en plus de personnes. Un MK peut y présenter un réseau sport-santé à un confrère, mais aussi s'entretenir avec un médecin traitant pour l'informer qu'il dispense de l'APA de manière personnelle. Dans ce dernier cas, la communication est encore plus importante car les médecins semblent mal connaître le dispositif (3/5MK). Ce lien médecin-MK est assez unique :

par son statut de professionnel de santé initial, le MK peut sans doute plus facilement nouer une relation avec le médecin prescripteur. C'est le développement d'un maillage territorial qui permettrait de créer ces liens. (1/5MK).

Pour finir, un facteur générationnel est identifié par les interviewés. Pour eux, les jeunes MK, au contraire des professionnels en fin de carrière, auraient un intérêt pour le dispositif d'APA (4/5MK). Ces propos sont à nuancer, car aucun des 4 MK évoquant cette problématique n'a plus de 40 ans. Le fait que 4 des 5 participants à l'étude aient moins de 40 ans peut justifier leurs propos. Précisons que nous ne connaissons pas leur âge au moment du recrutement de la population de l'étude.

4.3. En ouverture à ce travail

Dans ce travail, les participants à l'étude ont relevé différents facteurs influençant l'intégration des MK au sein du dispositif de prescription d'APA. Pour eux, il est mal connu par certains MK du Grand Est et leur intérêt pour ce dispositif grandira si une communication efficace est réalisée. Dans ce cadre, il est possible de penser qu'un livret de sensibilisation à ce nouveau champ professionnel ou d'autres moyens de communication pourraient être pertinents à réaliser. Ces outils de communication pourraient par exemple être destinés préférentiellement à de jeunes diplômés ou à des étudiants d'IFMK, car les interviewés estiment que c'est la « *nouvelle génération* » qui intégrera le plus le dispositif.

En outre, la crise sanitaire liée à la COVID-19 impacte l'état de santé de la population. En effet, le confinement accroît les comportements sédentaires et inactifs des personnes présentant des pathologies chroniques (70). Du fait de leurs pathologies reconnues comme des facteurs de comorbidités, ces personnes peuvent voir leurs limitations fonctionnelles s'aggraver. Le développement du dispositif d'APA et l'intégration des MK semblent donc être d'une grande importance dans les années à venir pour prévenir toute aggravation de l'état de santé d'une population déjà fragilisée. Une étude de cette nature pourrait donc être intéressante à réaliser dans les années à venir, afin de connaître l'impact de la crise sanitaire sur les personnes atteintes de pathologies chroniques qui ont pratiqué une APA. Le MK, par ses compétences dans les domaines respiratoire, ostéo-articulaire et neurologique, n'aurait-il pas un rôle majeur préventif et curatif à jouer dans ce cadre ?

CONCLUSION

Le but de cette étude qualitative n'est pas de connaître le nombre de MK participant au dispositif d'APA dans le Grand Est. En interrogeant des personnes expérimentées dans ce domaine, nous avons cependant pu identifier plusieurs facteurs-clés permettant d'accroître l'intérêt et l'intégration des MK pour le dispositif. Nous avons également pu déterminer des freins. De plus, les interviewés sont des acteurs intervenant dans les différents réseaux sport-santé du Grand Est. Nous avons ainsi pu connaître leur ressenti sur l'implication de leurs confrères au sein des projets locaux, en évoquant avec eux des exemples concrets de situations vécues sur le terrain.

Tout d'abord, à travers leur représentation et leur description personnelle du dispositif, nous avons identifié les objectifs de l'APA. Autonomiser des personnes porteuses de pathologies chroniques dans leurs AP, à l'aide d'une prise en charge respectant le modèle bio-psycho-social, semble être la finalité du dispositif. Pour cela, il paraît important que l'intervenant donne au bénéficiaire l'envie de « bouger » pour sa santé alors que celui-ci n'en avait pas forcément l'habitude, ou de « re-bouger ». Pour que la personne adhère à ce projet, il est nécessaire qu'il soit source de plaisir et de motivation. Les interviewés regrettent en outre que l'APA ne soit accessible qu'aux personnes en ALD, et identifient des problèmes organisationnels pouvant freiner le développement du dispositif.

De plus, pour les participants à l'étude, il est primordial que la prise en charge soit réalisée par des professionnels possédant des compétences médicales, sportives et des qualités humaines, dans le respect du décret du 30 décembre 2016. Ces aptitudes permettent une qualité et une sécurité des prises en charge. Pour tous, l'inter-professionnalité au sein du dispositif est un atout majeur dans l'encadrement des bénéficiaires.

Pour finir, les interviewés considèrent en majorité que l'intégration de leurs confrères reste faible et variable à l'échelle de notre région. Ce ressenti serait lié à plusieurs facteurs : la méconnaissance du dispositif par les MK du Grand Est, l'aspect chronophage de l'APA et la problématique financière persistante. Cependant, les participants à l'étude croient au dynamisme des réseaux sport-santé et à l'investissement de la jeune génération pour améliorer l'intégration des MK au sein du dispositif, si une communication efficace est réalisée.

BIBLIOGRAPHIE

1. André-Vert J. Kinésithérapie : le mouvement, c'est la vie ! *Kinésithérapie Rev.* oct 2015;15(166):1-4.
2. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. [Internet]. 2010 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/>
3. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR, Tudor-Locke C, et al. 2011 Compendium of Physical Activities: A Second Update of Codes and MET Values. *Med Sci Sports Exerc.* août 2011;43(8):1575-81.
4. HAS. Prescrire l'activité physique : un guide pratique pour les médecins [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins
5. Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. 2020;(15):296-304.
6. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Activité physique et santé [Internet]. 2019 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
7. OMS | Maladies non transmissibles: profils des pays 2018 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/nmh/countries/fr/>
8. on behalf of SBRN Terminology Consensus Project Participants, Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act.* déc 2017;14(1):75.
9. Activité physique [Internet]. WHO. 2018 [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
10. Test de niveau d'activité physique | Manger Bouger [Internet]. Manger Bouger. 2020 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/Bouger-plus/Vos-outils/Test-de-niveau-d-activite-physique>
11. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: https://www.sports.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=0
12. WHO. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 [Internet]. [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>
13. WHO. L'OMS lance son Plan d'action mondial pour l'activité physique [Internet]. [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity>
14. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/actualisation-des-rep%C3%A8res-du-pnns-r%C3%A9visions-des-rep%C3%A8res-relatifs-%C3%A0-l%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-%C3%A0>
15. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the Treatment of Depression and Anxiety. *Int J Psychiatry Med.* janv 2011;41(1):15-28.

16. Kubsik A, Klimkiewicz P, Klimkiewicz R, Janczewska K, Woldańska-Okońska M. Rehabilitation in multiple sclerosis. *Adv Clin Exp Med*. 27 juin 2017;26(4):709-15.
17. Wu P-L, Lee M, Huang T-T. Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: A systematic review. *Lebedev MA*, éditeur. *PLOS ONE*. 27 juill 2017;12(7):14.
18. Kouloutbani K, Karteroliotis K, Politis A. The effect of physical activity on dementia. *Psychiatriki*. 1 juill 2019;30(2):142-55.
19. Aune D, Norat T, Leitzmann M, Tonstad S, Vatten LJ. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose–response meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. juill 2015;30(7):529-42.
20. Czenczek-Lewandowska E, Grzegorzczak J, Mazur A. Physical activity in children and adolescents with type 1 diabetes and contemporary methods of its assessment. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2018;24(4):179-84.
21. Jakicic JM, Davis KK. Obesity and Physical Activity. *Psychiatr Clin North Am*. déc 2011;34(4):829-40.
22. Harrison C, Brown W, Hayman M, Moran L, Redman L. The Role of Physical Activity in Preconception, Pregnancy and Postpartum Health. *Semin Reprod Med*. 11 mai 2016;34(02):28-37.
23. Makar O, Siabrenko G. Influence of physical activity on cardiovascular system and prevention of cardiovascular diseases (review). *Georgian Med News*. déc 2018;(285):69-74.
24. Blondeel A, Demeyer H, Janssens W, Troosters T. The role of physical activity in the context of pulmonary rehabilitation. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 2 nov 2018;15(6):632-9.
25. Howe TE, Shea B, Dawson LJ, Downie F, Murray A, Ross C, et al. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Musculoskeletal Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 6 juill 2011 [cité 17 nov 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000333.pub2>
26. Verhoeven F, Tordi N, Prati C, Demougeot C, Mouglin F, Wendling D. Physical activity in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. mai 2016;83(3):265-70.
27. Kraus VB, Sprow K, Powell KE, Buchner D, Bloodgood B, Piercy K, et al. Effects of Physical Activity in Knee and Hip Osteoarthritis: A Systematic Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc*. juin 2019;51(6):1324-39.
28. Lemanne D, Cassileth B, Gubili J. The role of physical activity in cancer prevention, treatment, recovery, and survivorship. *Oncol Williston Park N*. juin 2013;27(6):580-5.
29. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques [Internet]. *Inserm - La science pour la santé*. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
30. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast*. 2017;2017:1-10.
31. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. 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. *Journal officiel* n°312 du 31 décembre 2016, p. 48.
32. Definition [Internet]. *IFAPA*. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://ifapa.net>
33. Fabre C, Chavignay É. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Rev Mal Respir Actual*. nov 2010;2(6):628-30.

34. MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Journal officiel n°236 du 9 octobre 1996, p. 14799-853.
35. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Journal officiel n°204 du 4 septembre 2015, p. 16.
36. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports. déc 2015;25:1-72.
37. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Journal officiel du 25 avril 2019.
38. Définition de l'ALD [Internet]. AMELI. 2020 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
39. Constitution [Internet]. WHO. 1948 [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
40. Le plan régional 2018-2022 Activités Physiques et Sportives aux fins de santé - DRDJSCS Grand Est [Internet]. DRDJSCS. 2018 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <http://grand-est.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article2685>
41. HAS. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
42. Notice de mise en œuvre de l'Activité physique adaptée [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2017 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/notice-de-mise-en-oeuvre-de-lactivite-physique-adaptee/>
43. Barbin J, Camy J, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault M. Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. [Internet]. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. 2016 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/1146/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20M%C3%A9tier%20Enseignant%20en%20APA.pdf>
44. Weber A, Herzog F, Lecocq J, Feltz A, Pradignac A. P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. Nutr Clin Métabolisme. déc 2014;28:97-8.
45. Larousse. Définition : sport. [Internet]. Le dictionnaire Larousse en ligne. 2020. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sport/74327>
46. Prescri'mouv : Bougez plus pour vivre mieux. [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.prescimouv-grandest.fr/>
47. MoselleMouv' : le réseau santé par le sport. [Internet]. MoselleMouv'. 2020 [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://mosellemouv.fr/>
48. Appel à projets (AAP) relatif au « Maison Sport Santé » [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://grand-est.drdjscs.gouv.fr/sites/grand->

- est.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/aap__maisonssportsante__publie_ms_-_mss.pdf
49. Les Maisons Sport Santé (MSS) [Internet]. Agence Régionale de Santé Grand Est. 2020. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-maisons-sport-sante-mss>
 50. IGAS, IGJS. Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. [Internet]. 2018 mars. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/autres/RapportIGASIGJSAPSMars2018.pdf>
 51. Gruet JP. Sport sur ordonnance : Les kinés trop souvent oublié. *Kiné Actual*. 21 févr 2019;(1528):5.
 52. Picard A. La région Grand Est se lance dans le sport santé. *Kiné Actual* [Internet]. 3 oct 2018; Disponible sur: www.kineactu.com
 53. L'activité physique adaptée en questions avec Clarisse Agbegnenou. L'Équipe [Internet]. déc 2020 [cité 19 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.lequipe.fr/Tous-sports/Actualites/L-activite-physique-adaptee-en-questions-avec-clarisse-agbegnenou/1197940>
 54. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
 55. Deschenaux F. La reconnaissance de la recherche qualitative dans les champs scientifiques. *Assoc Pour Rech Qual*. 2013;32(1):205.
 56. Gedda M. La recherche qualitative : sa pertinence et sa nécessité en kinésithérapie. *Kinésithérapie Rev*. déc 2016;16(180):20-3.
 57. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23.
 58. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Libellio AEGIS*. 2011;4(7):47-58.
 59. Didier V. Implication des kinésithérapeutes libéraux au sein du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées : une enquête dans le Grand-Est. Nancy : ILFMK, 2019, 50p.
 60. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie Rev*. déc 2016;16(180):32-7.
 61. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Rev Sci L'éducation*. 26 juin 2013;38(1):23-45.
 62. Point S, Fourboul CV. Le codage a visée théorique. *Rech Appl En Mark*. 1 déc 2006;21(4):61-78.
 63. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Article L1121-1 relatif aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Code de la santé publique, L1121-1. Journal officiel du 31 décembre 2016.
 64. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Journal officiel n°140 jdu 17 juin 2016.
 65. Larousse. Définition : médicament. [Internet]. Le dictionnaire Larousse en ligne. 2021 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9dicament/50118>
 66. Prescri mouv' [Internet]. Prescimouv Grand Est. 2019 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.prescimouv-grandest.fr/ressources/>
 67. Foucaut A-M. Activité physique, santé et éducation thérapeutique du patient chronique. In: *Éducation Thérapeutique* [Internet]. Elsevier; 2020 [cité 14 avr 2021]. p. 219-33. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294769313000238>

68. Ordre des masseurs-kinésithérapeute. 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 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://eure.ordremk.fr/files/2020/10/AVIS-CNO-n%C2%B02016-03--CNO-DES-23-ET-24-MARS-2016-RELATIF-A-LA-MISE-EN-OEUVRE-DACTIVITE-PHYSIQUE-ET-SPORTIVE-PAR-LE-MK.pdf>
69. Les Maisons Sport Santé (MSS) [Internet]. Agence Régionale de Santé Grand Est. 2020 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/les-maisons-sport-sante-mss>
70. Ali AM, Kunugi H. COVID-19: A pandemic that threatens physical and mental health by promoting physical inactivity. *Sports Med Health Sci.* déc 2020;2(4):221-3.

ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien

Présentation

En dernière année d'étude de masso-kinésithérapie et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une étude qualitative sur l'intérêt porté par les masseurs-kinésithérapeutes au dispositif de prescription d'activité physique adaptée.

Je souhaite par conséquent connaître votre réflexion et votre avis éclairé sur ce thème. Pendant cet entretien, n'hésitez pas à parler avec vos propres mots. Je ne jugerai aucune de vos expressions, qu'elles soient corporelles ou verbales.

Le document que j'ai sous les yeux me permettra de préserver une continuité dans notre discussion et m'aidera à vous proposer l'ensemble des thèmes que je souhaite aborder avec vous.

N'hésitez pas à prendre votre temps pour répondre à mes questions. Je vous demande en effet d'être le plus précis et exhaustif possible dans vos réponses. J'ai réalisé un diaporama avec les différentes questions que je souhaite vous poser. Il a pour but de ne pas trop nous égarer dans la discussion et de rester concentré sur la question.

Les données visuelles et sonores de cet échange sont enregistrées pour être retranscrites. Votre anonymat sera respecté lors de cette retranscription et je me porte garant de l'ensemble des données.

Êtes-vous prêt(e) à commencer l'entretien ?

Thème 1 : Connaissance du dispositif de sport sur ordonnance

Question 1 : Selon vous, qu'est-ce que l'APA ?

Relances possibles :

- Qu'est-ce qui la différencie d'une activité physique ou sportive classique ?
- Quel lien possède le kinésithérapeute avec l'APA ?

Comment s'organise « le dispositif de prescription d'APA » à vos yeux ?

Relances possibles :

- Quel est le cheminement pour que le patient puisse pratiquer une APA ?
- Quels sont les objectifs du médecin lorsqu'il prescrit de l'APA à un patient ?
- Selon vous, quelle est la population visée par la prescription d'APA ?

Ce que je cherche à observer

- Identifier les connaissances théoriques de la personne interviewée sur le thème de l'APA.
- Identifier les objectifs du dispositif de prescription d'APA pour la santé du patient.
- Identifier les différentes étapes du dispositif et ses acteurs.
- Analyser la place du masseur-kinésithérapeute au sein du dispositif.

Thème 2 : Formations nécessaires pour dispenser de l'APA

Question 3 : Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires à un intervenant pour dispenser de l'APA de façon sécurisée ?

Relance possible :

- Quelles sont les qualifications professionnelles nécessaires pour dispenser une séance d'APA de manière pertinente ?

Question 4 : Que pensez-vous du fait que des professionnels issus de filières/champs divers puissent dispenser de l'APA ?

Relances possibles :

- Comment définiriez-vous la relation de ces différents acteurs au sein du dispositif ?
- Quels en sont les intérêts pour les patients ?
- Au contraire, quels sont les dangers de cette inter-professionnalité ?

Ce que je cherche à observer

- Identifier les formations habilitées à dispenser de l'APA.
- Analyser le fait que la pathologie du patient influence sa prise en charge et les compétences nécessaires au thérapeute.
- Analyser la relation entre les différents professionnels qui dispensent de l'APA.
- Identifier les avantages et les inconvénients d'une prise en charge pluridisciplinaire pour le patient.

Thème 3 : L'intégration du MK au sein du dispositif de prescription d'APA

Question 5 : Selon vous, comment les MK peuvent-ils aujourd'hui s'intégrer au dispositif de prescription d'APA ?

Relances possibles :

- Actuellement, quelles sont les ressources mises à la disposition des MK pour s'y intégrer ?
- De quels moyens le MK a-t-il besoin pour intégrer davantage le dispositif ?

Question 6 : Que pensez-vous des réseaux ou des établissements dédiés à la pratique de l'APA ?

Relances possibles :

- Quel regard portez-vous sur les réseaux favorisant la dispensation actuelle d'APA ?
- Que pensez-vous de la création des Maisons Sports Santé dans toute la France ?
- Pensez-vous que les réseaux/établissements influencent l'accès des patients à l'APA ?
- Selon vous, quelles stratégies devraient être mises en place et développées pour favoriser l'intégration du MK au sein du dispositif ?

Question 7 : Selon vous, quel intérêt portent les MK du Grand-Est à ce nouveau domaine professionnel qu'ils peuvent investir ?

Relances possibles :

- Quels sont les éléments qui poussent les MK à intégrer le dispositif ?
- Au contraire, quels sont les éléments qui peuvent les en dissuader ?
- Pour vous, quel est l'élément crucial influençant l'intégration des MK au sein du dispositif d'APA ?

Ce que je cherche à observer

- Identifier les besoins du MK par rapport à son intégration au sein du dispositif.
- Analyser les attentes du MK par rapport à son intégration au sein du dispositif.
- Identifier les moyens offerts au MK pour faciliter son intégration.
- Identifier les réseaux et les établissements favorisant l'intégration des MK.
- Analyser l'intérêt porté par les MK à intégrer le dispositif, et la représentation qu'ils en ont.

Conclusion

Avez-vous des questions ou désirez-vous ajouter quelque-chose ?

Présentation de l'interviewé(e)

Pour finir, je souhaite connaître quelques informations vous concernant :

- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ?
- Dans quel IFMK l'avez-vous obtenu ?
- Avez-vous réalisé des formations supplémentaires ?
- Suivez-vous une équipe sportive ?
- Êtes-vous sportif vous-même ?
- Quelle est la place de l'APA dans votre vie professionnelle ?

ANNEXE II :

Entretien téléphonique à destination des réseaux de sport-santé du Grand Est pour le recensement des masseurs-kinésithérapeutes

« Bonjour,

Je m'appelle Pierre HENRIET, étudiant en masso-kinésithérapie à l'ILFMK de Nancy.

Je suis actuellement en 4^{ème} année et je réalise un mémoire de fin d'études portant sur la prescription d'activité physique adaptée.

J'aimerais, dans ce contexte, interrogé des masseurs kinésithérapeutes intervenants dans les différents réseaux de sport santé du Grand-Est, dont le vôtre, [nom du réseau contacté].

Les masseurs kinésithérapeutes tirés au sort pour participer à l'étude seront ensuite contacté un par un aux téléphones pour savoir s'ils désirent ou non participer de manière anonyme à l'étude.

Serait-il possible que vous me transmettiez les contacts des masseurs-kinésithérapeutes intervenant au sein de votre dispositif ? »

ANNEXE III :

Entretien téléphonique à destination des participants à l'étude

« Bonjour,

Je suis Pierre HENRIET, étudiant en masso-kinésithérapie à l'ILFMK de Nancy.

Je suis actuellement en 4^{ème} année et je réalise un mémoire de fin d'études portant sur la prescription d'activité physique adaptée.

Je m'interroge donc sur l'intérêt que porte les MK à intégrer le dispositif de prescription d'activités physiques adaptées.

Pour y parvenir, je souhaite réaliser des entretiens semi-directifs sur les 3 thématiques suivantes :

- La connaissance du dispositif de sport sur ordonnance ;
- Les formations nécessaires pour dispenser de l'APA ;
- L'intégration du MK au sein du dispositif de prescription d'APA.

Vous avez été tiré au sort parmi les MK du Grand-Est pour prendre part à cette étude.

Souhaitez-vous participer à cette étude ? Je souhaite vous préciser que je respecterai votre anonymat si vous acceptez ma proposition.

Pouvons-nous convenir ensemble d'un rendez-vous pour la réalisation de cet entretien ? Dans ce contexte sanitaire difficile, l'échange sera réalisé via la plateforme « ZOOM » et durera moins d'une heure. »

ANNEXE IV :
Retranscriptions des entretiens semi-directifs via « ZOOM® »

Retranscription MK1 :

Enquêteur - En dernière année d'étude de masso-kinésithérapie et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une étude qualitative sur l'intérêt porté par les masseurs-kinésithérapeutes au dispositif de prescription d'activité physique adaptée.

Je souhaite par conséquent connaître votre réflexion et votre avis éclairé sur ce thème. Pendant cet entretien, n'hésitez pas à parler avec vos propres mots. Je ne jugerai aucune de vos expressions, qu'elles soient corporelles ou verbales.

Le document que j'ai sous les yeux me permettra de préserver une continuité dans notre discussion et m'aidera à vous proposer l'ensemble des thèmes que je souhaite aborder avec vous.

N'hésitez pas à prendre votre temps pour répondre à mes questions. Je vous demande en effet d'être le plus précis et exhaustif possible dans vos réponses. J'ai réalisé un diaporama avec les différentes questions que je souhaite vous poser. Il a pour but de ne pas trop nous égarer dans la discussion et de rester concentré sur la question.

Les données visuelles et sonores de cet échange sont enregistrées pour être retranscrites par la suite. Votre anonymat sera respecté lors de cette retranscription et je me porte garant de l'ensemble des données.

Êtes-vous prêt(e) à commencer l'entretien ?

Interviewé – Aucun problème on y va !

Enquêteur – D'accord. Je vous partage l'écran. Voyez-vous la première question ?

Interviewé – Oui c'est tout bon.

Enquêteur – D'accord. Premier thème abordé : c'est la connaissance du dispositif de prescription d'APA. Première question : Selon vous, qu'est-ce que l'activité physique adaptée ?

Interviewé – Alors c'est là que ça peut être très complexe et à la fois très simple à expliquer ! Déjà, on peut se demander : qu'est-ce que c'est qu'une activité physique ? Une activité physique, ça peut déjà être juste se lever, monter ou descendre des escaliers par exemple. Tu peux le mesurer grâce au METS, qui calcule la dépense énergétique. Donc ce qui est intéressant, c'est que tu as un moyen de quantifier l'évolution métabolique en fonction de la tâche. Après si on revient sur l'activité physique adaptée... Il faut se demander : activité physique adaptée à qui ? Comme je suis professionnel de santé, pour moi, elle est adaptée à des gens qui sortent d'un contexte pathologique ou d'hospitalisation, et il va falloir les aider à repartir sur un concept d'activité physique. Cette activité est adaptée à leur pathologie, on va dire à leur degré d'aptitude ou à leur niveau de sédentarité, parce qu'on parle d'APA, et le but de l'APA, c'est de faire bouger des gens qui n'ont pas l'habitude de le faire et de les faire adhérer à un genre de cursus dans lequel ils développent leur bien-être grâce à l'activité physique. C'est tout simplement, pour moi, sortir d'un « état basique », où tu dors. Grâce à l'activité physique adaptée et dans n'importe quelle tâche de la vie quotidienne, vous allez continuer à produire de la force et arrêter d'être grabataire, chez les personnes âgées notamment. L'activité physique adaptée permet de maintenir ses acquis, d'aller mieux et surtout d'éviter que ça ne soit pire ! L'activité physique est un médicament, et elle permet justement de faire descendre la médication.

Enquêteur – D'accord et du coup cette activité physique, qu'est-ce qui la différencie d'une activité sportive classique ?

Interviewé – Ça va être l'objectif du patient ! Si l'objectif du patient est de descendre à la cave puis de remonter, ça peut être un challenge sportif. Quelqu'un qui a mal toute la journée, parce qu'il n'y a pas d'endorphines sécrétées par une activité physique, on va faire des exercices de renforcement en lui faisant faire du vélo, il va sécréter des endorphines, retrouver de la confiance en soi, bouger, entretenir ses tissus, améliorer ses capacités cardio-vasculaires, faire du muscle, améliorer son équilibre... Il faut passer par là pour que ça aille mieux. Cette activité sportive adaptée va lui permettre de réaliser plus d'activités physiques chez lui par la suite. Notre objectif final, c'est de descendre à la cave, parce que c'est les habitudes de vie, vous avez peut-être une douche... Faire du jardinage... Parce que pour moi, faire du jardinage, c'est une activité physique adaptée ! L'objectif est de retourner à des occupations physiques grâce à du renforcement musculaire ou à une activité sportive. Moi je lutte contre les personnes qui disent « C'est plus de votre âge, vous n'avez plus la condition physique » !

Enquêteur – D'accord, oui je comprends bien... Et vu que tu luttas contre ça en tant que professionnel, quel est le lien entre le kinésithérapeute et l'APA ?

Interviewé – Le kiné est un coach ! Un coach de vie en fait. Tu ne peux pas être un membre de la famille, mais tu vas avoir un poids important dans la vie quotidienne du patient. La famille ne va pas avoir énormément d'influence sur ce domaine. Elle peut être un support à ce que tu vas apporter. L'objectif, ça va être de les impliquer dans les objectifs physiques de la personne. On a un métier vachement humain donc tu vas avoir un rôle qui se rapproche de celui d'un membre de la famille. Si tu ne t'intéresses pas au patient, à son contexte bio-psycho-social, tu ne nous pas un truc. « Faites ça pour faire ça », ça ne marche pas. Si tu fais un truc robotisé, tu perds ce côté humain de notre métier, qui est quelque chose d'hallucinant... Il faut avoir un comportement humain, sinon c'est grillé. La technique, tu as toute ta vie pour la perfectionner. Gagner la confiance du patient, ce n'est pas grand-chose en plus, ça prend 5 secondes : c'est un sourire, un « bonjour, qu'est-ce que je fais pour vous » ? Et là il y a énormément de patients, même si je ne leur ai pas fait grand-chose, qui me disent : « Merci de m'avoir écouté, ça me rassure ».

Enquêteur – Oui c'est très important ! On passe à la deuxième question du coup : Comment s'organise le dispositif d'activité physique adaptée à vos yeux ?

Interviewé – C'est très très très compliqué... C'est un truc que je creuse depuis 4 ans... On est dans une région assez dynamique, je te parle de la région Grand-Est... Les précurseurs restent quand même les Alsaciens, et surtout la ville de Strasbourg. Ils ont mis quand même pas mal de moyens politiques et médicaux pour mettre en place tout ça ! Je trouve, à titre personnel, qu'on est vraiment en retard par rapport à ce que scientifiquement, ou l'EBP, peut nous apporter sur la puissance de l'activité physique adaptée. Je trouve qu'on est complètement à côté de ce que le métier de kiné représente à nos yeux de nos jours. Si tu poses la question à un médecin ou à n'importe qui « qu'est-ce qu'on fait chez le kiné ? », on te répond du massage, du chaud et des électrodes... Et un peu de renforcement musculaire, un peu ! Moi, quand je parle de prescription d'APA... Sur Nancy, on a la chance d'avoir un réseau qui commence à se développer, le CUMSAPA, à Brabois, on a aussi Prescri'Mouv. On a aussi le cadre législatif. L'ordre des MK a aussi lancé pas mal de publications. Personnellement j'aimerais bosser avec un APA....

Enquêteur – Je me permets de vous couper (rire), on reviendra après sur ce sujet, ne vous en faites pas ! C'est très intéressant, mais j'aimerais savoir aussi comment, dans la pratique, le patient peut-il avoir accès à des séances d'APA ? Quel est le cheminement du patient pour qu'il accède à de l'APA ?

Interviewé – Alors dans les étapes nécessaires, il faut que tu passes par un médecin. Je trouve que c'est dommage que le système soit mal connu par les médecins, à part s'ils ont une sensibilisation dans leur cursus de formation. Bien souvent, c'est moi qui suis demandeur d'activité physique adaptée. Théoriquement, je devrais déjà recevoir l'ordonnance, pour faire « du bilan ». En réalité, comment ça se passe dans mon quotidien ? Je juge que le patient va avoir besoin d'une équipe pluridisciplinaire, parce que j'ai besoin d'autres professionnels pour réussir mes objectifs avec lui, par exemple perte de poids, rééquilibration du diabète : ce genre de choses... Je l'envoie revoir son médecin généraliste, et je lui évoque les partenaires qui sont prescri'mouv, le CUMSAPA... Tu cites juste des réseaux qui existent sur Nancy. Et à partir de ton bilan ou d'une fiche de transmission, tu lui demandes de faire un bilan complet avec des examens, un EFR, un test d'aptitudes physiques. Après seulement, je récupère le patient. Ou alors « je me le fais piquer » (rire). Ce n'est pas grave, l'objectif, c'est qu'il soit pris en charge en APA par une structure compétente. Oui le dispositif est mal organisé, il y a des choses qui se mettent en place, mais je pense que ça serait bien qu'il y ait une harmonisation sur la prescription d'activité physique, d'avoir un réseau de gens motivés pour dispenser de l'activité physique mais il faut un outil !

Enquêteur – Là encore on en reparlera dans le dernier thème, mais c'est bien que vous m'en parliez déjà ! Pour finir, est-ce que vous pourriez m'apporter des éléments de précision sur la population visée par cette prescription ?

Interviewé – La dernière personne que j'ai orientée vers le CUMSAPA a 17 ans, et on n'est pas du tout dans un cursus de BPCO... On était tout simplement sur une jeune fille déconditionnée. On était sur une obésité morbide. Si on n'a pas un test d'effort, comment peut-on juger le niveau d'activité physique qu'elle va devoir produire sur un vélo ou sur un tapis ? Moi je veux un avis médical. Donc tu passes par ce genre de services qui va proposer une batterie d'examens. Ça peut très bien aller d'une jeune de 17 ans, jusqu'à des patients âgés de plus de 70 ans !

Enquêteur – D'accord, parfait, alors si ça vous va, on va passer au 2^{ème} thème qui porte sur les formations nécessaires pour dispenser de l'APA ? 3^{ème} question : Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires à un intervenant pour dispenser de l'activité physique adaptée de façon sécurisée ?

Interviewé – Je dirais que n'importe quel professionnel, avec de bonnes intentions, sortant d'un IFMK, peut le prendre en charge. C'est du bon sens. L'expérience professionnelle va jouer un plus derrière, ça c'est clair ! Les formations additionnelles dans la formation continue vont t'aider. Mais il y en a très peu dans ce domaine, ça commence seulement à sortir depuis cette année. Malheureusement, elles ne sont faites que par des médecins. On nous présente la pathologie, tout ça... Mais c'est à mon sens un peu trop « bateau ». Ce n'est pas forcément adapté pour une population kiné. Si t'es passionné par l'activité physique adaptée ou par le sport tout simplement, ou même par la rééducation par le mouvement, cette approche du « hands off », ou que tu es un peu fan d'améliorer le bien-être des patients grâce au mouvement, alors le dispositif est complètement adapté pour toi ! Entre parenthèses, ce sont aujourd'hui les recommandations dictées par le conseil national de l'ordre et par la sécurité sociale ... Je pense qu'un étudiant qui sort d'un IFMK, avec un peu de bon sens, qui a bien écouté ses cours notamment sur la cardio-respi, ça passe !

Enquêteur – D'accord, je comprends. Du coup, on va passer à la 4^{ème} question, qui va être un peu dans le prolongement : Que pensez-vous du fait que des professionnels issus de filières ou de champs différents puissent dispenser de l'activité physique adaptée ?

Interviewé – (rire) ... J'aimerais savoir ce qu'en pense mon conseil de l'ordre... C'est la question que je me pose ! Très simplement, pour moi oui, c'est une bonne chose. A l'heure actuelle, les E-APAS sont embauchés, et c'est facile de les embaucher pour faire le boulot du kiné. Sauf que la plupart des kinés ne voudront pas faire le boulot de l'APA. Moi j'ai découvert ce que c'était qu'un enseignant en activité physique adaptée, donc un mec qui a fait une licence et même un master en Staps. Il a donc une connaissance physiologique du muscle, peut-être un petit peu moins de la pathologie... Connaissant un très bon ami APA, je vois un peu les points de litige dans mon approche thérapeutique par rapport à la sienne. Mais je vois aussi ce qu'il peut apporter à quelqu'un qui en a besoin ! Il y a déjà des personnes qui interviennent dans un cadre commercial pour dispenser de l'activité physique adaptée ou faire

bouger les gens, Et je suis désolé, mais c'est presque du taff de kiné pour de l'APA... Donc ce job d'E-APAS heureusement qu'il est créé, parce qu'on manque de kinés dans ce domaine... Et pas que, on est constamment en carence de confrères et de consœurs, que ce soit pour les remplacements ou pour les assistanats... Les kinés ne peuvent pas tout faire et ne pourront pas être partout, donc à mon sens, il faut travailler en collaboration ! Donc dans mon quotidien, je bosse avec des coachs qui font de l'activité physique adaptée. Je bosse avec des APA. Moi je n'ai pas eu de formation sur l'éducation thérapeutique alors que je suis professionnel de santé, les Staps, oui ! J'ai dû faire une formation complémentaire ! Il faut arrêter cette « guéguerre » et il faut bosser ensemble ! Je me bats avec les Staps pour leur prouver que les kinés ne sont pas là pour leur dire « On ne veut pas de vous, vous allez nous piquer du boulot. » ... C'est des choses que j'ai pu entendre dans notre cursus de formation ou dans la bouche de certains de mes collègues et ça me « fout en l'air » quand j'entends ça ... L'objectif, c'est que le patient bouge !!! Oui il faut qu'on travaille ensemble, dans un cadre de formations commun. Ils ont des choses à nous apporter. On est un peu formatés avec notre rôle de professionnels de santé, mais eux ont des choses très intéressantes à nous apporter !

Enquêteur – D'accord. Donc si je dois retenir quelque chose, c'est que ça va être à la fois avantageux pour les professionnels car on est en carence de kinés à l'heure actuelle, mais également pour les patients pour qu'ils aient une prise en charge pluridisciplinaire variée, c'est bien ça ?

Interviewé – Oui. Plus il y aura de personnes qui graviteront autour du patient, plus ce sera intéressant. Si tu es seul, tu peux rapidement avoir un rôle de gourou : à la fois le kiné, le coach sportif, le diététicien, le psychologue... Il faut diviser !

Enquêteur – D'accord, très bien ! On passe au dernier thème sur l'intégration du MK dans le dispositif de prescription d'activité physique adaptée. On rentre vraiment dans le sujet du mémoire ! Du coup, 5^{ème} question : Selon vous, comment les masseurs-kinésithérapeutes peuvent-ils aujourd'hui s'intégrer au dispositif de prescription d'activité physique adaptée ?

Interviewé – Alors est-ce que tu pourrais me préciser ce que tu entends par dispositif de prescription d'activité physique adaptée ?

Enquêteur – Pour repréciser ma question, là je parle vraiment du dispositif « législatif », où, comme nous l'avons dit précédemment, un médecin prescripteur fait une prescription d'APA, puis le bénéficiaire est pris en charge par un professionnel tel que le kiné, à la fois pour établir un bilan ou pour dispenser une activité physique. Maintenant, j'aimerais connaître les ressources que peut utiliser un kiné pour s'intégrer dans le dispositif.

Interviewé – Le conseil national de l'ordre avait publié un communiqué en rouge, en énorme, avec pour slogan : « l'APA, pas sans le kiné ou le bilan APA, pas sans le kiné ». Ça veut dire qu'avant de lâcher des gens vers des coachs pas forcément très bien formés... Le cadre législatif, il est posé. Est-ce que c'est respecté ? Non. Le médecin a bien compris qu'il est là pour lancer le truc. Le kiné, lui, est là pour évaluer, et après qu'est-ce qui se passe ? Les personnes les plus fragiles vont être suivies en rééducation par le kiné. Dans ce cas, il faut une formation médicale peut-être un peu plus poussée que celle d'un APA ou d'un coach. Une fois qu'il y a une récupération ou des acquis, tu proposes, après, une activité physique dans le but de maintenir ou d'améliorer les acquis. En gros, notre rôle de MK, c'est d'éduquer, de sécuriser, et derrière, on oriente. Est-ce qu'on peut faire une ordonnance en tant que kiné pour ça ? non. Ça ne marche pas, on n'a pas de cadre législatif.

Enquêteur – Après, au-delà du fait de s'interroger sur la question de la prescription par le kiné, qui est intéressante...

Interviewé – Le kiné ne fait pas que du bilan, il fait aussi du traitement dans ce dispositif. Il ne peut pas le faire tout seul, et c'est pour ça que les réseaux sont hyper importants ! Les associations communales aussi, parce que à terme, l'objectif, c'est que le patient intègre une association qui propose de l'activité physique, qui va surtout lui permettre de créer un lien social !

Enquêteur – Ça tombe bien qu'on parle de ça, ça me permet d'enchaîner sur la question suivante : Que pensez-vous des réseaux et des établissements dédiés à l'activité physique adaptée ?

Interviewé – Alors si tu parles des Maisons Sport-Santé, t'as regardé dans la région combien il y en a ? Je t'encourage à aller voir la structure labellisée sport santé à Mont-Saint-Martin. Elle n'existe pas, je les ai appelés. Elle n'existera pas. Pour moi, c'est juste de la politique.

C'est très regrettable, hein... J'ai eu récemment l'ARS car je souhaite avoir une labellisation sport-santé pour le second cabinet que je monte à l'heure actuelle. C'est une galère monumentale... Le cahier des charges est bidon... On te propose une labellisation sans rien recevoir en échange... Le but, c'est juste d'être labellisé pour rentrer dans un réseau, dans une philosophie. Le réseau est quelque chose de très bien à lancer, mais il doit être lancé par des acteurs de terrain et non pour faire plaisir à certains... Quand quelqu'un veut monter un réseau, il faut qu'il sache de quoi il parle ! Est-ce qu'il sait ce que c'est que l'activité physique, le sport, un réseau ? Bien souvent les gens qui montent ces réseaux-là ne sont pas impliqués... Heureusement, il y a des personnes qui se battent pour faire de vrais réseaux comme Prescri'Mouv, comme Moselle Mouv' ! Il y a de vrais projets qui se montent, notamment avec l'ARS qui suit derrière. Donc les réseaux oui, mais attention, je trouve qu'à l'heure actuelle c'est trop léger... Je les encourage à devenir plus chiants sur le cahier des charges !

Enquêteur – Je comprends, mais selon vous, les réseaux et les établissements dédiés au sport-santé sont-ils l'avenir de l'activité physique adaptée ?

Interviewé – Le label permet de montrer que tu adhères à un projet. Même pour les associations... Moi je fais de l'athlé, et le sport-santé, il existe depuis bien 10-15 ans ! On appelait ça à l'époque « marche nordique », qui n'est pas une discipline athlétique, et pourtant cette discipline a été lancée par des coachs athlé-santé ! Donc le sport-santé, ça ne date pas d'hier... On essaye de te dire qu'il y a des trucs révolutionnaires qui sont en train de se créer, alors qu'ils essayent juste de mettre un logo sur un réseau. Alors ça peut peut-être relancer la dynamique... Mais les maisons sports-santé prennent trop de formes différentes... Le sport-santé, il existe ! Ce qu'il manque, c'est tout simplement le poids du médecin ! Le poids des professionnels médicaux... Tout simplement de monter une structure commune ! Dans l'objectif de faire adhérer le patient à l'activité physique. Dire que les réseaux et les maisons sport-santé, c'est l'avenir ? En kiné, je te dirai oui ! Dans tous les cas, il faut qu'on revienne aux bases de notre métier : à la base, le kiné c'est un prof de gym ! Il fait bouger ses patients, ce n'est pas du massage / électrodes / chaud. Et progressivement, on en revient à ces bases. Quand on fait de l'activité physique adaptée, on met le nom qu'on veut derrière, mais on revient aux fondamentaux ! Et on se fait piquer, oui, le boulot, par des gens qui ne sont pas des professionnels de santé mais qui ont compris que c'est le mouvement qui allait soigner ! Peu importe la labellisation, la MSS, le réseau... Faites bouger les gens ! Les structures, elles

existent, par contre présenter des gens formés à des programmes d'APA, ça serait peut-être plus intéressant !

Enquêteur – D'accord, parfait ! On passe à la dernière question : Selon vous, quel intérêt portent les masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est à ce nouveau domaine professionnel qu'ils peuvent investir ?

Interviewé – J'espère me tromper mais... Je suis sorti en 2015, et avec cette petite expérience, j'ai identifié quelques freins ! Ta génération va faire du bien à la profession, c'est clair ! Je vous attends avec grand plaisir ! Le problème, c'est que pour être un professionnel de santé, je sais que c'est plus simple d'avoir 4 box, 4 électrodes et 4 crèmes de massage en termes de rentabilité. Ce dispositif ne donnera pas d'intérêt à des professionnels qui sont là pour le « tiroir-caisse ». Ils vont s'en foutre complètement de faire de l'activité physique ! Si tu donnes de l'activité physique à un patient, tu vas le voir moins longtemps, s'il fait des exercices à la maison. Alors oui, l'activité physique en individuel, ce n'est pas rentable, mais par contre elle va être ultra-intéressante sur le plan professionnel parce que tu es impliqué dans le traitement du patient et tu t'éclates ! Tu as un réel intérêt pour ton métier. Le nouveau domaine professionnel, il existe depuis très longtemps, le seul problème, même si je n'accuse pas nos anciens, on leur a appris à être des thérapeutes d'une certaine manière, peut-être avec moins de possibilités de formation. Ils restent dans un contexte professionnel rassurant. Ça les rassure financièrement, intellectuellement. Donc il faut peut-être changer l'attrait financier, en disant « Tu peux gagner autant en faisant mieux. ».

Enquêteur – Oui... Et du coup si je dois un petit peu résumer ce que tu viens de dire, les facteurs qui influencent l'intégration des kinés dans le dispositif sont culturels, générationnels et un aspect financier pour certains.

Interviewé – Oui, c'est plutôt bien résumé !

Enquêteur – D'accord bah super, c'est le mot de la fin ! Merci beaucoup de m'avoir accordé du temps, je t'envoierai mon mémoire quand je l'aurai fini !

Interviewé – Avec plaisir, on se redit tout ça ! N'hésite pas à me contacter si tu veux d'autres renseignements !

Enquêteur – Ca marche merci ! Au revoir, bonne soirée !

Interviewé – Salut Pierre !

Retranscription MK2 :

Enquêteur - En dernière année d'étude de masso-kinésithérapie et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une étude qualitative sur l'intérêt porté par les masseurs-kinésithérapeutes au dispositif de prescription d'activité physique adaptée.

Je souhaite par conséquent connaître votre réflexion et votre avis éclairé sur ce thème. Pendant cet entretien, n'hésitez pas à parler avec vos propres mots. Je ne jugerai aucune de vos expressions, qu'elles soient corporelles ou verbales.

Le document que j'ai sous les yeux me permettra de préserver une continuité dans notre discussion et m'aidera à vous proposer l'ensemble des thèmes que je souhaite aborder avec vous.

N'hésitez pas à prendre votre temps pour répondre à mes questions. Je vous demande en effet d'être le plus précis et exhaustif possible dans vos réponses. J'ai réalisé un diaporama avec les différentes questions que je souhaite vous poser. Il a pour but de ne pas trop nous égarer dans la discussion et de rester concentrés sur la question.

Les données visuelles et sonores de cet échange sont enregistrées pour être retranscrites par la suite à l'écrit. Votre anonymat sera respecté lors de cette retranscription et je me porte garant de l'ensemble des données.

Êtes-vous prêt(e) à commencer l'entretien ?

Interviewée – Oui c'est parti !

Enquêteur – D'accord. Je vous partage l'écran. Voyez-vous la première question ?

Interviewée – Oui tout à fait.

Enquêteur – D'accord, alors le premier thème que nous allons aborder est la connaissance du dispositif de prescription d'activité physique adaptée. Et du coup, première question, selon vous qu'est-ce que l'APA ?

Interviewée - Alors euh ...Je dirais que c'est proposé à des personnes avec des pathologies chroniques et différentes déficiences euh.... Une activité physique qui leur permettrait par la suite d'être en autonomie, de développer une activité physique en autonomie. Voilà ce que je dirais.

Enquêteur – D'accord. Alors euh... Si l'objectif est de faire pratiquer de l'activité physique à des personnes ayant des pathologies chroniques ou certaines déficiences, qu'est-ce qui différencie l'APA d'une activité physique classique ?

Interviewée - Euh alors.... ça serait tenir compte des différentes pathologies qu'ils peuvent avoir. Euh Ça serait vraiment leur proposer quelque chose d'individuel, qui correspond à leurs besoins, à leurs envies et à leur motivation, et encore une fois chercher à développer leur autonomie en dehors des séances proposées.

Enquêteur – D'accord. Lorsque vous parlez des séances proposées, j'imagine que ce sont celles que vous réalisez, vous, en tant que kiné ?

Interviewée – Oui tout à fait.

Enquêteur – Du coup, quel lien possède le kinésithérapeute avec l'APA ?

Interviewée – Bah, le lien, on va le faire par le bilan des capacités physiques de la personne euh... dans lequel seront intégrées aussi les éventuelles restrictions données par le médecin et/ou que s'imposerait le patient. Et euh... dans ce bilan, il y aurait aussi euh... pour faire le lien et réussir à proposer une activité physique vraiment adaptée, le travail sur la motivation de la personne, l'entretien motivationnel qui peut être intégré dedans aussi.

Enquêteur – D'accord ! Super ! Du coup on passe sans attendre à la deuxième question : comment s'organise le dispositif de prescription d'APA à vos yeux ?

Interviewée – Bah, il ne s'organise pas beaucoup, hein (rire). Le dispositif de prescription, ce n'est quand même pas ... bon, pas grand-chose ... c'est difficile, le dispositif d'APA. Justement la prescription, c'est difficile. Je pense que ça ne s'organise pas ou peu parce que comme ça repose au départ sur le médecin traitant, et que les médecins traitants sont peu informés... ou pas, ou mal, bah ça ne s'organise pas beaucoup, quoi. Je pense qu'à cette heure-ci, ça s'organise principalement sur les gens qui pratiquent l'APA et qui essayent de faire évoluer la vision des médecins. Mais ça reste quand même du bricolage, j'ai envie de dire, malheureusement.

Enquêteur – D'accord, je vois... Et si jamais, quand même, on essayait de s'intéresser aux différentes étapes qui vont permettre au patient de pratiquer de l'APA, comment est organisé le dispositif ? Vous avez parlé du médecin prescripteur au départ, et après ?

Interviewée – Bah, après, ça serait un bilan du médecin prescripteur qui en quelques questions évaluerait les besoins et éventuellement les craintes du patient. Ensuite il nous l'adresserait à nous ou aux éducateurs sportifs avec une ordonnance, avec éventuellement les restrictions et quelques éléments du dossier médical. Et puis après, bah, c'est le bilan d'activité physique, euh... Ensuite, la proposition de séances, individuelles ou en groupe, et encore une fois j'insiste là-dessus car c'est vraiment pour ça que je suis parti là-dedans personnellement : travailler sur l'autonomie du patient.

Enquêteur – D'accord, parfait ! Nous avons fini avec ce premier thème. Passons donc au second qui est axé sur les formations nécessaires pour dispenser de l'activité physique adaptée. Troisième question : Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires à un intervenant pour dispenser de l'APA de façon sécurisée ?

Interviewée - Alors, les compétences, ça va être la connaissance des pathologies, qui sont chroniques dans la majorité des cas, euh ... des notions de drapeaux rouges à toujours avoir en tête quel que soit le moment de la prise en charge. Euh ... des connaissances en entretien motivationnel et en éducation thérapeutique pour bien mener les séances. Après, je ne sais pas ce qu'il y a derrière la question mais... que ce soit la formation kiné ou la formation APA, je pense que les 2 peuvent se valoir, à condition que l'APA s'intéresse plus à la pathologie et à condition que le kiné s'intéresse plus à l'éducation thérapeutique et à l'entretien motivationnel.

Enquêteur – C'était en effet un des sous-entendus de la question puisqu'il y a plusieurs professionnels qui interviennent au sein du dispositif. Vous avez introduit ma question suivante, Que pensez-vous du fait que des professionnels issus de filières ou champs divers puissent dispenser de l'APA ?

Interviewée - Je pense que c'est une bonne chose, on se complète. D'après mon expérience personnelle, même si j'ai rencontré peu de kinés réalisant de l'APA, je trouve quand même que les éducateurs sportifs savent mieux motiver les patients que nous, euh... D'un point de vue personnel, certainement que c'est parce que je ne suis pas toute jeune et que je mets en place des séances d'APA depuis peu de temps, du coup j'ai tendance à plus m'intéresser à la pathologie du patient, tandis que les éducateurs sportifs voient moins la pathologie mais plutôt la personne dans son ensemble. Je pense qu'on se complète. Je pense que le kinésithérapeute aurait plus sa place dans les pathologies plus complexes, tandis que les éducateurs pourraient viser un public plus large. Je trouve que c'est une bonne chose. Plus on proposera des prises en charge différentes, mieux ce sera pour le patient.

Enquêteur – D'accord, je comprends dans vos paroles l'importance d'une équipe pluri-professionnelle pour prendre en charge au mieux le patient.

Interviewée – Oui, tout à fait.

Enquêteur – Très bien ! Passons à la troisième et dernière partie qui concerne l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes au sein du dispositif de prescription d'activité physique adaptée. Du coup question 5, selon vous comment les masseurs-kinésithérapeutes peuvent ils s'intégrer aujourd'hui au dispositif d'activité physique adaptée ?

Interviewée – Euh... Dans le Grand-Est on a la chance d'avoir un dispositif qui s'appelle prescri'mouv qui nous donne tout « clé en main » ou presque. Donc à ce niveau-là, c'est assez facile. Mais un kiné seul peut aussi faire de l'APA s'il parvient à nouer des relations avec les médecins prescripteurs. Je pense quand même que le côté "réseau" est plus intéressant. On nous propose aussi en ce moment d'intégrer le réseau « gouv » euh... qui permettra de la visibilité auprès des complémentaires et des mutuelles. Le côté équipe et réseau est, selon moi, indispensable, je vois mal un kiné tout seul le faire, encore que... S'il crée une relation

avec un ou plusieurs médecins prescripteurs, pourquoi pas... C'est peut-être l'avantage qu'on a par rapport aux éducateurs, du coup.

Enquêteur – D'accord, c'est vrai que ça peut être un avantage. On va rebondir tout de suite sur ce que vous venez de dire puisque la question 6, c'est donc : Que pensez-vous des réseaux et des établissements dédiés à la pratique de l'APA ?

Interviewée – Je pense que c'est une bonne chose pour le côté communication, car comme je le disais tout à l'heure, c'est là où le bât blesse pour moi au niveau du monde médical. Le côté réseau est très bien aussi pour avoir une bonne visibilité et ne pas être tout seul dans son coin, pour éventuellement continuer à se former. Par contre je crains un peu que mes confrères les kinés euh... ne partent pas trop là-dedans parce que globalement, on n'est pas trop fans de ça, le fait d'intégrer quelque chose, d'intégrer un titre. Et du coup, j'ai peur que les kinés passent à la trappe. Mais ça serait dommage car on y a complètement notre place, que ce soit au niveau des établissements ou au sein des réseaux. Malheureusement je n'entends pas beaucoup parler de kinés dans ce qui existe déjà, alors après, euh... Je me demande aussi, sur la durée, les moyens qui seront mis en place pour construire et faire vivre "les Maisons Sports Santé" qui apparaissent un peu partout en France. De ce que j'en sais, ça n'a pas l'air trop bien budgétisé... C'est là le problème aussi.

Enquêteur – C'est vrai qu'il y a encore beaucoup d'inconnues sur le développement réel de ces établissements, en pratique.

Interviewée – Et puis, ce que je trouve dommage, c'est qu'il y a pas mal de choses déjà sur le terrain, et comme toujours quand on crée un titre, là « les Maisons Sport Santé », bizarrement elles ont été créées il y a quelque mois, mais moi qui pratique de l'activité physique adaptée, qui suis "reconnue", eh bien je n'ai pas été consultée du tout. Il y a une Maison Sport Santé à Vittel, c'est celle qui est la plus proche pour moi, je ne pense pas qu'il vont dire à un patient : « Si vous voulez, vous pouvez aller chez Madame à Neufchâteau, elle réalise des séances d'activité physique adaptée ». Alors là, petit aparté, je défends un peu mon mode d'exercice : je travaille en milieu rural et Vittel, c'est à la fois très proche de Neufchâteau et à la fois, pour aller faire du sport toutes les semaines, c'est très loin. Honnêtement, les gens de Neufchâteau n'iront pas à Vittel pour pratiquer. Donc si c'est un lieu d'information de

renseignements ou de formation, pourquoi pas, par contre si c'est un lieu uniquement pour pratiquer de l'activité physique adaptée, ça va être un échec, pour moi.

Enquêteur – D'accord, c'est très intéressant d'avoir votre point de vue à ce sujet. Je vais encore rebondir sur ce que vous venez de dire. Nous avons parlé auparavant de l'intégration des kinésithérapeutes au sein des réseaux et éventuellement des difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour s'impliquer au sein de structures très construites qui leur donnent un titre, du coup tout cela nous amène un peu à la dernière question ? Selon vous, quel intérêt portent les masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est à ce nouveau domaine professionnel qu'ils peuvent investir ?

Interviewée – Malheureusement je pense qu'il y a une très grande partie de la profession qui pense que ça ne les concerne pas. La preuve, c'est qu'on n'est que 2 kinés dans les Vosges sur le réseau prescri'mouv. Je n'ai pas connaissance de l'existence d'autres confrères dispensant de l'APA dans les Vosges. J'avoue que les autres départements, je connais moins. Je connais assez bien le maillage territorial pour être investie au niveau syndical, du coup je pense qu'en Haute-Marne, Meuse et Ardennes, ça doit être également très compliqué. L'Alsace est quand même plus en avance que nous, parce qu'ils n'ont pas les mêmes problématiques : ils ont, selon moi, une moins grosse pression des patients et ils ont plus le temps pour développer leurs activités. Dans tous les cas, pour moi, les masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est ne s'y intéressent pas beaucoup. Encore une fois, je n'ai que ma vision assez rurale, je ne sais pas comment ça se « danserait » sur Nancy, Metz ou Strasbourg par exemple. C'est dommage parce que ça permettrait, au niveau individuel, de faire un peu autre chose, et puis au niveau collectif, d'apporter de la prévention : là où on n'est pas bon, et dans notre profession, et dans la santé en général. Malheureusement les kinés n'y portent pas un grand intérêt. Preuve en est hein... Je rebondis un peu sur mes fonctions syndicales. Je fais partie d'un syndicat qui a signé un partenariat avec « gouv » afin d'être référencée facilement : on doit être 10 kinés sur toute la France. Dans le Grand-Est, on doit être 2, enfin en cours d'identification... Donc c'est léger. Je pense aussi que c'est un problème générationnel. Vous êtes les premières promotions qui sortent en 4+1 années: il y a eu la promotion, 2019 il y a eu la promotion 2020 et il y aura la vôtre. Je pense que vous, les plus jeunes, vous investirez plus le terrain. Pour les plus âgés, c'est plus compliqué. Après on verra comment ça évolue avec le temps, et il faut voir aussi si c'est valorisé financièrement, ce n'est pas encore le cas.

Enquêteur – Oui, Les problématiques générationnelles et financières sont très souvent abordées par les kinés en effet..

Interviewée – Oui et il ne faut pas oublier le manque de temps, quand même. Dès que je communique avec des collègues sur le sujet, ils me disent souvent « Je n'ai déjà pas assez de temps pour soigner mes patients, alors comment j'en prendrais pour faire tout ça ? ». Moi la première, c'est la question que je me suis posée et voilà : « quand, quand !? ». Et puis au final, mon activité a peu changé, par contre mon intérêt a changé ! Si la question d'après, c'est « Comment faire pour que les kinésithérapeutes s'y intéressent plus ? » je n'en sais strictement rien... (rire) Si, communiquer encore et encore. Le changement viendra de vous, de la nouvelle génération, de ceux qui s'y intéressent. Malheureusement je ne pense pas que ça viendra de la profondeur de la profession...

Enquêteur – Pour rebondir sur ce que vous venez de dire, à l'école de Nancy, nous avons une formation sur l'activité physique adaptée depuis la réingénierie. Il y a donc très certainement une volonté de nos enseignants de donner à la nouvelle génération l'opportunité de s'investir dans le dispositif. Surtout qu'on présente aujourd'hui beaucoup l'activité physique comme un médicament, c'est réellement d'actualité ...

Interviewée – Surtout que quand on discute avec les confrères, notamment quand on se retrouve en formation sur les lombalgies ou les cervicalgies qui ne sont pas les pathologies que nous traitons le plus efficacement, on sent bien qu'il manque quelque chose. Dans ces formations là, même si il y a 15 ans, c'était « tout thérapie manuelle », maintenant quasiment plus, ce qui manque c'est ça : c'est l'activité physique adaptée ! Oui on fait faire plus d'exercice à nos patients, peut être plus qu'il y a 15 ans, ok, mais la méconnaissance du dispositif d'APA ne rend pas notre prise en charge optimale. Et puis il y a aussi un côté railleur de la profession qui va comparer ça à de la gymnastique type « Véronique et Davina ». On raille aussi un peu les EAPA ... Ils nous ont fait peur ,hein les EAPA, quand ils sont arrivés sur le marché ! Ça doit faire une petite dizaine d'années je pense... Bon bah voilà, ils ne nous ont pas enlevé le pain de la bouche, hein ! (rire) Ce qui pourrait être intéressant, encore faut-il que les gens s'y intéressent hein, ce seraient des rencontres entre les kinés et les EAPA, parce que, moi, pour les avoir rencontrés via la plateforme prescri'mouv, je comprends que ces gens-là restent sur le terrain car ils ont une motivation bien plus importante que la nôtre ! Nous on a un métier

confortable, avec des situations financières confortables, et si vraiment on s'intéresse, on peut essayer de faire autre chose ... Eux, ils crèvent la dalle, ils sont passionnés et ils veulent s'en sortir. Donc c'est normal qu'ils soient là avant nous, c'est clair. Tant pis pour les autres, mais je mets beaucoup d'espoir quand même dont les kinésithérapeutes néo-diplômés.

Enquêteur – Eh bien, écoutez, cela nous donne beaucoup de responsabilités, mais c'est un beau mot de la fin en tous les cas ! Avez-vous des questions ?

Interviewée – Pourriez-vous me transmettre les cours que vous avez eus sur l'APA ?

Enquêteur – Oui, avec plaisir !

Interviewée – Super ! Merci beaucoup, bonne journée à vous, bon courage pour votre travail !

Enquêteur – Merci ! Bonne journée à vous, je vous transmets mes cours tout de suite ! Au revoir.

Interviewée – Salut !

Retranscription MK3 :

Enquêteur - En dernière année d'étude de masso-kinésithérapie et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une étude qualitative sur l'intérêt porté par les masseurs-kinésithérapeutes au dispositif de prescription d'activité physique adaptée.

Je souhaite par conséquent connaître votre réflexion et votre avis éclairé sur ce thème. Pendant cet entretien, n'hésitez pas à parler avec vos propres mots. Je ne jugerai aucune de vos expressions, qu'elles soient corporelles ou verbales.

Le document que j'ai sous les yeux me permettra de préserver une continuité dans notre discussion et m'aidera à vous proposer l'ensemble des thèmes que je souhaite aborder avec vous.

N'hésitez pas à prendre votre temps pour répondre à mes questions. Je vous demande en effet d'être le plus précis et exhaustif possible dans vos réponses. J'ai réalisé un diaporama

avec les différentes questions que je souhaite vous poser. Il a pour but de ne pas trop nous égarer dans la discussion et de rester concentrés sur la question.

Les données visuelles et sonores de cet échange sont enregistrées pour être retranscrites par la suite à l'écrit. Votre anonymat sera respecté lors de cette retranscription et je me porte garant de l'ensemble des données.

Êtes-vous prêt(e) à commencer l'entretien ?

Interviewée – Oui !

Enquêteur – D'accord. Je vous partage l'écran. Voyez-vous la première question ?

Interviewée – Oui ,c'est bon.

Enquêteur – D'accord. Alors première question : Selon vous, qu'est-ce que l'activité physique adaptée ?

Interviewée – C'est une activité physique encadrée par un professionnel, que ce soit par un professionnel de santé ou du sport qui a des connaissances sur différentes pathologies.

Enquêteur – D'accord. Mais qu'est-ce qui va différencier réellement l'activité physique adaptée d'une activité physique ou sportive classique ?

Interviewée – La connaissance des pathologies va permettre d'être réellement proche de la personne qui va démarrer une activité ou redémarrer une activité alors qu'elle n'avait jamais été active avant. C'est vraiment l'adaptation, je dirais : personnelle, individuelle à la personne.

Enquêteur – Quand vous parlez de l'adaptation individuelle et personnelle à la personne, c'est à dire qu'il faut dispenser de l'activité physique adaptée en tenant compte de la sphère bio psycho-sociale de chaque personne, c'est ça ?

Interviewée – Oui tout à fait.

Enquêteur – D'accord, et quel est le lien qu'on peut établir entre le kinésithérapeute et l'activité physique adaptée ?

Interviewée – Bah, disons que nous, on va pouvoir essayer de gérer les limitations, qu'elles soient physiques ou psychologiques. On va amener la personne en reprendre confiance en son corps et en ses capacités. L'objectif, c'est de faire comprendre à quelqu'un que même si il n'a pas aujourd'hui de capacités sportives, on parle d'activité physique et pas de sport ! Je pense que notre rôle, il n'est pas seulement physique mais il est aussi moral et psychologique. On doit faire ressentir aux gens qu'ils sont capables de faire plein de choses même s'ils ne vont pas être capables de développer des compétences sportives comme pourrait le faire un sportif aguerri, quoi...

Je parle souvent aux patients en leur disant que ce sont des sportifs blessés... Je ne sais pas si je m'égare ?

Enquêteur – Vous utilisez ces termes dans un objectif de réinsertion sociale et sportive ?

Interviewée – Oui, c'est ça, leur dire que dans leurs capacités et dans leurs activités quotidiennes, euh... à leur niveau, ils sont des sportifs blessés.

Enquêteur – D'accord, c'est intéressant ! On passe à la seconde question : Comment s'organise le dispositif de prescription d'activité physique adaptée à vos yeux ?

Interviewée – Comment s'organise ... Bah, disons que je sais pas trop... Ce que je sais, c'est qu'aujourd'hui les patients entendent beaucoup parler de prescription, mais quand ils entendent le mot « prescription », ils pensent tout de suite à une prise en charge. D'un autre côté, je pense que la prescription de la part d'un médecin a une action de motivation importante pour les patients, aussi. Ça les rassure... Enfin on s'écarte un petit peu du dispositif lui-même, là... Je dirais que même si nous, en tant que kinés, on aimerait pouvoir être un peu plus acteurs et gérer la demande et surtout le fait de proposer au patient... je pense que le rôle du médecin est très important car les patients ont besoin d'être rassurés, notamment par rapport à leurs aptitudes.

Enquêteur – D'accord, je comprends bien vos réponses. Le but de cette question était aussi de comprendre quelles sont les différentes étapes pour qu'un patient puisse avoir accès à de l'activité physique adaptée. Vous m'avez parlé du médecin, y-a-t-il d'autres professionnels ? Qui sont les patients qui intègrent le dispositif, selon vous ?

Interviewée – Pour vous expliquer, je n'ai intégré Prescri'mouv que très récemment. Alors oui, effectivement, Il faut rencontrer des médecins, il faut rencontrer des équipes pluridisciplinaires qui encadrent des personnes pour les amener vers l'activité physique adaptée. Mais je pense que l'activité physique adaptée devrait être accessible pour tous les patients, pas seulement pour les patients en ALD ou avec des maladies chroniques. Je pense aux patients lombalgiques, pour tout ça ... Encore une fois, je ne suis pas sûre de bien répondre à ta question...

Enquêteur – Si, si, vous y répondez avec vos mots mais vous êtes dans le thème de la question !

Interviewée – Pour vous expliquer mon parcours et pour que vous compreniez mieux, j'ai fait l'école du dos, j'ai fait une formation Pilates, et j'ai fait la formation AVIROSE. Depuis que j'ai fait ces formations, je conseille et oriente mes patients vers des activités physiques de façon à les faire bouger en dehors de leur pratique quotidienne. Parce que je trouvais que ces activités physiques étaient accessibles pour quelqu'un qui n'est pas sportif au départ, comme je pouvais l'être moi ! Je leur disais que j'étais un bon exemple : je n'aimais pas le sport, je n'aimais pas me faire mal, mais l'école du dos, c'était un bon compromis pour prendre soin de son corps et apprendre à bouger.

Enquêteur – D'accord, c'est très intéressant pour comprendre l'origine de votre démarche également. On passe à la troisième question, du deuxième thème : les formations nécessaires pour intégrer le dispositif d'APA. Du coup, question 3 : Quelles sont les compétences nécessaires à un intervenant pour dispenser de l'APA de façon sécurisée ?

Interviewée – Alors euh... Tout dépend de l'activité physique. Maintenant, vous voyez l'école du dos... bah, je me sens suis sentie très à l'aise directement dans l'enseignement de cette pratique. Enfin très à l'aise... se retrouver devant un groupe, ce n'est pas forcément notre métier de départ, donc il fallait s'adapter. Après, pour tout ce qui concerne le Pilates, comme c'est toujours très gymnique, et que ça ne provoque pas beaucoup de variation cardio-respiratoire, c'était assez simple aussi. Par contre, AVIROSE et tout ce qui va entrer dans

l'augmentation de la fréquence cardiaque... j'aimerais avoir plus de connaissances dans le domaine de la cardio respi... Je pense qu'il faut des connaissances, notamment dans le sport/endurance.

Enquêteur – D'accord, donc si j'essaye d'interpréter ce que vous dites, il faut s'intéresser et comprendre les variations physiologiques du patient suite à l'activité qu'on va lui proposer ? Il ne faut pas mettre en danger le patient, ce qui est possible grâce à des connaissances physiologiques et pathologiques au final ?

Interviewée – Oui, c'est ça, tout à fait. J'ai besoin d'avoir des connaissances physiologiques et de savoir où est-ce qu'on doit se situer pour avoir un travail efficace et rentable et du coup forcément un rapport avec la pathologie du patient, ouais, ouais.

Enquêteur – Et puis, le deuxième élément, c'est savoir encadrer un groupe de personnes et ce n'est pas forcément évident avec notre formation initiale, selon vous ...

Interviewée – Oui, après on se forme tout seul. Grâce à l'école du dos, j'ai pu me retrouver seule face à un groupe et développer quelque chose. Une des notions importantes, c'est qu'on se retrouve face à des patients-clients, c'est à dire qu'ils payent un service qui n'est plus une séance de kiné remboursée par la sécurité sociale. Et du coup, moi, je me dois de leur apporter quelque chose face à ce service, c'est à dire un contenu de professionnelle. Ça, c'est aussi une problématique de nous, les kinés, avec nos habitudes de travail. Quand il s'agit de se vendre, il faut avoir du contenu derrière.

Enquêteur – Et du coup, les patients en attendent plus de vous ?

Interviewée – Je ne sais pas, ça, il faudrait leur demander. Parfois je me pose la question... Est-ce que moi, je mettrais ce tarif-là pour avoir accès à des séances encadrées avec une personne qui possède mes compétences ? Je ne sais pas... Des fois, je dirais oui, des fois, je dirais non... Après je trouve que c'est quand même chouette et assez qualitatif.

Enquêteur – Je comprends bien. On va passer à la question 4 si ça vous va ! Que pensez-vous du fait que des professionnels issus de champs divers ou de filières diverses puissent dispenser de l'activité physique adaptée ?

Interviewée – Euh... Je pense que c'est hyper intéressant parce qu'on a tous des choses à apporter au patient ou à l'adhérent, du coup... Je ne sais pas comment on appelle ça... (rire). Est-ce que les professionnels de santé ont vraiment plus de compétences que les enseignants en activité physique adaptée ? Au jour d'aujourd'hui, les études de sport, staps et autres, sont quand même assez ciblées et les compétences en anatomie, en patho se rapprochent très certainement de nos compétences à nous, quoi ... Bon moi, je suis diplômée depuis 2006, donc ça date un peu euh... En activité physique, ils ont des compétences que nous n'avons pas, ça c'est sûr... En tout cas, que nous sommes obligés de développer par des formations professionnelles au cours de notre travail, mais en tous cas, que moi je n'avais pas en faisant mes études initiales.

Enquêteur – Oui, tout à fait. Pour être allé en stage avec des professeurs en activité physique adaptée, ils savent très bien animer des séances de groupe grâce à leur cursus, ce que je n'apprends pas à l'école, personnellement. Il y a ce côté ludique dans l'activité physique qu'ils maîtrisent très bien.

Interviewée – Hum ... Je pense qu'il y a des compétences dans les 2 domaines. Et je pense qu'il faudrait vraiment qu'on réussisse à travailler ensemble, et non pas se mettre des bâtons dans les roues, quoi...

Enquêteur – Super, ça répond parfaitement à ma question. Du coup, on va passer à la question 5. Donc là, on va changer de thème. Selon vous, comment les masseurs-kinésithérapeutes peuvent-ils aujourd'hui s'intégrer au dispositif d'activité physique adaptée ?

Interviewée – Ah bah... Tout autant que les coachs et les éducateurs en activité physique adaptée ! Personnellement, je possède une salle de groupe et la disposition du cabinet me permet de faire des séances de groupe. Après, l'activité physique adaptée, ce n'est pas que des groupes, non plus... Mais c'est sûr qu'en individuel, on a des tarifs qui sont forcément importants... L'idée, pour moi, c'est pas forcément de ne faire que de l'individuel parce que forcément les gens au sein d'un groupe se comportent différemment... Pour moi, les masseurs-kinésithérapeutes doivent se sortir de leur quotidien ! (rire) Après, ça dépend de chaque kiné ! Dans notre métier, on a la chance de travailler dans tellement de domaines, et exactement comme on veut, quoi ! Et c'est chouette !

Enquêteur – D'accord, je comprends ! Si je dois reformuler ma question : Quelles sont les ressources que va pouvoir aujourd'hui utiliser le kinésithérapeute pour s'intégrer au dispositif ? Je prends mon exemple personnel : je suis diplômé de l'école de kiné potentiellement en mai, comment je peux faire, quelles ressources je peux utiliser pour accéder à ce dispositif ?

Interviewée – Ah oui... Bah, en tant que jeune diplômé, on peut imaginer que tu puisses proposer tes compétences dans une salle de sport, ou dans un dispositif comme Prescri'Mouv qui existe déjà. Je pense que le mieux, c'est de se rapprocher des kinés qui font déjà de l'activité physique adaptée, aller vers des salles de sport ou vers des dispositifs comme Prescri'Mouv. Mais c'est pas forcément évident, nos études ne sont pas forcément orientées là-dedans.

Enquêteur – Pour vous répondre, depuis la mise en place de la réforme des études en 4 ans, nous avons des cours sur l'activité physique adaptée qui nous permettent de nous intéresser à ce domaine. C'était plus un exemple personnel, qui me permet d'introduire la question suivante puisque nous venons de parler de Prescri'Mouv : Que pensez-vous des réseaux et des établissements dédiés à la pratique de l'activité physique adaptée ?

Interviewée – Personnellement je ne connais pas trop le principe de tout ça... J'ai découvert Prescri'Mouv depuis très peu de temps... Si on ne devait parler que de Prescri'Mouv, ce que je trouve chouette, c'est d'avoir ces différentes consultations pluridisciplinaires entre l'infirmier, le médecin, le nutritionniste... Démarrer une activité gymnique dans le cadre du réseau et que derrière, il réoriente les patients vers une activité qu'ils affectionnent. C'est ce côté encadrement pour des gens qui sont en difficulté au niveau physique... Que ce soit mécanique ou cardio-respi, ils ont besoin de cet encadrement. Seule, en tant que kinésithérapeute libérale, je ne pourrais pas leur apporter tout cet encadrement parce que je manque de compétences... Parce que je manque de temps aussi, hein...

Enquêteur – Si j'ai bien compris, ces réseaux-là vont permettre de structurer le parcours du patient ?

Interviewée – En fait, j'ai pas mal de patients ces derniers temps qui ont démarré avec Prescri'Mouv, et en fait, ils avaient l'impression qu'ils ne savaient pas quoi faire... Ils ne

savaient pas quoi manger, ils n'avaient pas la motivation individuelle, ne serait-ce que pour aller marcher... J'ai rencontré la coordinatrice du réseau d'APS Vosges, elle m'a expliqué comment ça marche, et voilà, je comprends de mieux en mieux maintenant ! J'ai envoyé des patients très récemment dans le dispositif et ils reviennent ravis, encadrés, vraiment changés ... Au niveau psychologique quoi... Avec une motivation qui se met en place. La clé, elle est là. Si le patient n'a pas envie, bah... ça ne marchera pas ! Et nous, on aura beau leur dire : « il faut y aller ! »... Sans motivation, ça ne marchera pas ! Ce que j'ai aussi découvert avec AVIROSE, comme j'ai augmenté mes compétences en conseils et en connaissances réelles de la physiologie de l'activité physique, j'avais des mots-clés qui ont fait « tilt » dans la tête des gens. Ça les a marqués, ça les a boostés et ils se sont rendu compte qu'en fait, il ne fallait pas juste « marcher pour marcher », il fallait que ce soit rentable pour leur corps. Il faut leur faire prendre conscience qu'on peut marcher en étant un peu essoufflé... « Vous savez, être essoufflé, ça vous permet de travailler l'endurance active, dans une certaine fréquence cardiaque ». Ces compétences-là, je les ai acquises grâce à mes autres formations. Je pense que c'est ces compétences-là que les patients trouvent plus facilement grâce aux réseaux, grâce à des professionnels de santé, mais formés !

Enquêteur – Si on doit poursuivre sur l'importance d'avoir plus de compétences, la pluridisciplinarité peut être un vrai plus car chaque professionnel va pouvoir apporter quelque chose en plus au patient ?

Interviewée – Tout à fait.

Enquêteur – Ok, super ! On rentre encore un peu plus dans le vif du sujet de mon mémoire. Selon vous, quel intérêt portent les masseurs-kinésithérapeutes à ce nouveau domaine professionnel qu'ils peuvent investir ?

Interviewée – Hum... Bonne question. Je pense que qu'il y a beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes qui souhaiteraient s'investir plus dans ce domaine-là, mais ils pensent être limités par le temps. Ils pensent qu'ils travaillent déjà beaucoup et ne savent pas forcément comment intégrer ce genre de prise en charge dans leur activité professionnelle quotidienne. J'ai entendu à droite et à gauche que certaines personnes se forment en Pilates, en école du dos, enfin font des formations complémentaires. Je pense que... Je ne sais pas répondre à ta question je... Je ne communique pas assez avec les autres kinés pour savoir quel intérêt ils

portent à ce domaine professionnel... Je pense qu'il y a un réel « blocage de temps ». « Où est-ce que je vais rajouter ça à mon planning ? ». En fait, c'est juste une orientation différente, on va continuer à prendre en charge des patients, mais en leur permettant quelque part de devenir « autonomes de leur santé ». Et du coup, de ne pas forcément revenir chez nous... Est-ce que les kinésithérapeutes ont peur de rendre les patients « autonomes de leur santé » ? de voir leur patientèle diminuée ? Peut-être encore une question... (rire) Je soulève un renard pourri, là !

Enquêteur – Non, mais je comprends votre réponse.. Déjà, le problème de temps...

Interviewée – Oui, mais ça, c'est un faux problème !

Enquêteur – C'est vrai qu'il est possible d'avoir une appréhension à investir un nouveau domaine professionnel ! Après, de là à parler de patientèle qui diminue, c'est vrai que...

Interviewée – Oui et puis il y a un problème de connaissance du dispositif ! Faire des formations, ça prend du temps... On privilégie souvent des formations qui sont plus proches de notre domaine d'activité... Je pense que faire des formations diverses, avoir des relations peut faire évoluer mes connaissances dans le domaine, mais moi-même, je manque de temps parfois !

Enquêteur – D'accord, j'ai mes éléments de réponses. Je comprends qu'on puisse parler de « fausses excuses » ou de « prétextes » car si on souhaite s'investir dans quelque chose, on se donne du temps pour le faire, mais c'est aussi une réalité !

Interviewée – Après, je pense que c'est en fonction des sensibilités de chacun... De ce qui te tombe dessus dans la vie, on peut pas forcer quelqu'un à faire de l'APA si son truc, ça a toujours été de faire de la thérapie manuelle... Moi, je cherche l'autonomisation du patient, je masse très peu, d'ailleurs, il y en a qui râlent... Après, bien sûr, j'ai des patients chroniques, et certains diront que c'est mon « fonds de commerce »... Mais j'essaye au maximum de les sortir de leur « train train » ! Mais oui, pour moi, ça me demande un effort !

Enquêteur – D'accord, je comprends ! Et bien, merci pour vos réponses, je vous enverrai mon mémoire quand je l'aurai terminé ! Bonne journée !

Interviewée – Merci à toi ! Bon courage ! Salut !

Enquêteur – Au revoir !

Retranscription MK4 :

Enquêteur - En dernière année d'étude de masso-kinésithérapie et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une étude qualitative sur l'intérêt porté par les masseurs-kinésithérapeutes au dispositif de prescription d'activité physique adaptée.

Je souhaite par conséquent connaître votre réflexion et votre avis éclairé sur ce thème. Pendant cet entretien, n'hésitez pas à parler avec vos propres mots. Je ne jugerai aucune de vos expressions, qu'elles soient corporelles ou verbales.

Le document que j'ai sous les yeux me permettra de préserver une continuité dans notre discussion et m'aidera à vous proposer l'ensemble des thèmes que je souhaite aborder avec vous.

N'hésitez pas à prendre votre temps pour répondre à mes questions. Je vous demande en effet d'être le plus précis et exhaustif possible dans vos réponses. J'ai réalisé un diaporama avec les différentes questions que je souhaite vous poser. Il a pour but de ne pas trop nous égarer dans la discussion et de rester concentrés sur la question.

Les données visuelles et sonores de cet échange sont enregistrées pour être retranscrites par la suite à l'écrit. Votre anonymat sera respecté lors de cette retranscription et je me porte garant de l'ensemble des données.

Êtes-vous prêt(e) à commencer l'entretien ?

Interviewé – Oui !

Enquêteur – D'accord. Je vous partage l'écran. Voyez-vous la première question ?

Interviewé – Oui mais je suis sur mon sur mon téléphone et je ne vois pas très bien ce qui est écrit...

Enquêteur – D'accord, ce n'est pas très grave, ce n'est pas très dérangeant ! Du coup le premier thème que nous allons aborder est la connaissance du dispositif de prescription d'activité physique adaptée. Première question, selon vous qu'est-ce que l'APA ?

Interviewé – Ah... Ce sont des exercices adaptés à l'état physique de la personne euh... Qui sont réalisés par des professionnels de l'activité physique et de la santé, au service de personnes qui souffrent de maladies chroniques ou d'ALD ou de situation de fragilité, par exemple des personnes qui sont en fauteuil. Voilà.

Enquêteur – D'accord. Et qu'est-ce qui différencierait l'activité physique adaptée d'une activité physique et sportive classique, selon vous ?

Interviewé – C'est le fait qu'elle soit adaptée aux conditions physiques de la personne.

Enquêteur – Ok ! Et bien du coup on passe à la deuxième question, toujours sur ce premier thème : comment s'organise le dispositif de prescription d'activité physique adaptée à vos yeux ?

Interviewé – Comment il s'organise ? Le point d'entrée est une prescription médicale du médecin euh ... Comment cela s'organise, c'est ça ?

Enquêteur – Oui c'est ça, quel est le cheminement pour qu'une personne puisse pratiquer une APA ?

Interviewé – Alors, il y a différents dispositifs et projets. Si je parle du projet Moselle'Mouv, il y a un point d'entrée, c'est la prescription médicale. L'appel vers le coordinateur, l'examen d'aptitude physique qui sont réalisés par les professionnels de santé ou par les professionnels du sport habilités, à savoir les enseignants en APA, et PERSONNE D'AUTRE ! Pas d'éducateur sportif et pas de coach ! La prescription médicale conditionne la prise en charge par des professionnels de santé et/ou par des professionnels de l'activité physique adaptée. « Point barre ».

Enquêteur – D'accord, merci pour vos réponses sur ce premier thème ! On passe tout de suite au second qui s'intéresse aux formations nécessaires pour dispenser de l'APA. Première

question : Quelles sont les compétences nécessaires à un intervenant pour dispenser de l'activité physique adaptée de façon sécurisée ?

Interviewé – La formation adaptée. Donc on revient toujours à la même chose, euh... les professionnels de santé tels que la loi du 30/12/2016 les y autorise. À savoir les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes les psycho-mot' et en plus, les enseignants en activité physique adaptée, qu'ils soient « Licence APA » ou « Master APA ».

Enquêteur – D'accord...

Interviewé -ça, c'est dans un premier temps ! Ensuite ce sont des éducateurs qui peuvent prendre le relais à la suite de cette prise en charge initiale, qui ont un niveau de formation assez protéiforme mais qui sont pour autant, euh... à priori, reconnus ! Cela va des CQP (certificat de qualification professionnelle) aux formations qui sont dispensées par des fédérations. Il faut forcément une formation « up-gradante » en sport-santé, avec une connaissance au minimum de la pathologie qui va être prise en charge

Enquêteur – D'accord ! Vous avez répondu très précisément sur les qualifications professionnelles nécessaires. Maintenant, quelles sont, pour vous, les compétences humaines d'un bon encadrant en APA ?

Interviewé – Alors, forcément, c'est d'être à l'écoute de la personne, évidemment le point de départ, mais aussi connaître la pathologie. L'écoute de la personne, adaptée en fonction de l'état physique de la personne. Et euh ... essentiellement ces points-là.

Enquêteur – D'accord !

Interviewé – Attention ! là on ne parle pas d'empathie, on parle de... même si c'est un dispositif de prévention, on n'est pas dans le traitement mais ... L'empathie n'a rien à voir là-dedans, selon moi ... On est plutôt dans, euh...

Enquêteur – L'accompagnement d'une personne vers une meilleure qualité de vie ?

Interviewé – Tout à fait ! C'est l'objectif, l'amélioration de la qualité de vie !

Enquêteur – D'accord, très bien. Euh ... 4^{ème} question : Que pensez-vous du fait que des professionnels issus de filières ou de champ divers puissent dispenser de l'activité physique adaptée ?

Interviewé – Ça ne me choque pas. Le seul souci, c'est de respecter la loi du 30/12/2016 et les conditions de prise en charge. C'est ce qui conditionne la qualité et la sécurité de la prise en charge, à travers les bilans d'aptitudes physiques qui sont réalisés par les professionnels initiaux. Ce sont les seuls à être capables de juger les restrictions fonctionnelles d'une personne incluse dans le dispositif. Les éducateurs n'ont pas les compétences pour cela.

Enquêteur – D'accord. Et au sein même du dispositif, comment définiriez-vous la relation entre les différents acteurs qui, aujourd'hui, interviennent dans le dispositif ?

Interviewé – Comment je qualifierais la relation ? Simplement, nous sommes ensemble au service de la personne, que l'on soit professionnel de la santé ou du sport. Et du coup, il y a une relation euh... Comment je vais dire ça ?... une relation non pas de confraternité, on est pas tous identiques, mais en tous les cas, il y a une relation euh... où nous agissons ensemble au service de la personne.

Enquêteur – Donc si je comprends bien, selon vous, le fait que des professionnels différents interviennent ensemble pour une même personne représente un réel intérêt pour celle-ci ?

Interviewé – Absolument. C'est pour moi le gros PLUS d'un réseau comme celui-ci, qui mêle professionnels de santé et professionnels de l'activité physique. Les exercices qui sont dispensés lors de séances d'activité physique sont souvent différents des prises en charges en kiné classique et psychologiquement, pour la personne, euh... Je ne parle pas de « patient » car dès l'instant qu'on est dans le cadre de l'APA, il faut changer de paradigme. Si on parle de « patient », on entretient la notion de soin. Là, il faut faire changer la mentalité les patients pour qu'ils comprennent qu'ils ont des capacités physiques qui leur permettent de faire autre chose... et de faire autre chose dans leur vie de tous les jours ! et...

Enquêteur – Et avec plaisir ?

Interviewé – Et avec plaisir, évidemment ! C'est là que je voulais en venir. On se rend compte que les séances d'activité physique adaptée sont complètement complémentaires des séances de kiné. Elles apportent une autre ouverture à leurs bénéficiaires, qui leur permet justement de prendre conscience de leurs capacités. C'est vraiment ça qu'il faut retenir. Et donc, il y a une dimension « plaisir » de bouger différemment, euh... qu'apportent les APA mais que l'on peut tout-à-fait faire nous, en tant que professionnels de santé, grâce à ces actions préventives.

Enquêteur – D'accord ! Alors on passe au troisième et dernier thème, sur l'intégration du MK au sein du dispositif d'activité physique adaptée. On rentre dans la partie qui m'intéresse le plus dans mon travail.

Interviewé – Moi aussi (rire)

Enquêteur – (rire) Alors justement, première question, comment les MK peuvent-ils aujourd'hui s'intégrer au dispositif de prescription d'APA ?

Interviewé – Ils ne peuvent pas, ils doivent ! Déjà ! Euh... La prévention est une action indispensable dans notre profession ! Si les kinésithérapeutes ne prennent pas cette dimension là... dans notre profession il n'y a pas que le soin, que le traitement, il y a aussi cet aspect préventif qu'il faut investir. Ce champ-là est indispensable ! Pour toutes les raisons qu'on a évoquées précédemment, c'est à dire la dimension du plaisir, travailler différemment pour le bénéficiaire. Pour son épanouissement personnel également. Lorsqu'on sort de la dimension de soin, la relation est complètement différente avec la personne ! Ça, c'est un élément important dont il faut que les kinésithérapeutes prennent conscience. Hors de la relation soignant-soigné, on entre beaucoup plus dans la vie des gens. Il y a une attente aussi, une réelle attente des patients. Moi, je le vois au cabinet : depuis que j'ai proposé ça, les personnes qui sont en ALD euh... viennent me voir pour pratiquer ça ! Donc ça ne veut pas dire que la kiné ne leur sert pas, mais ça veut dire qu'ils sont en attente d'autre chose. Et si nous ne répondons pas, nous, en tant que kinésithérapeutes qui côtoyons au quotidien ces personnes fragiles, qu'elles soient en ALD ou euh... porteuses d'un handicap, si on ne répond pas efficacement à ces attentes-là, je crois qu'on ne remplit pas pleinement notre rôle de kinésithérapeute. Voilà. Alors je ne dis pas que l'on fait mal notre métier si on ne traite que les

gens sur ordonnance de la sécu, je dis que simplement on a une autre dimension vraiment relationnelle avec la personne quand on apprend une activité physique adaptée. Souvent, c'est en groupe donc il y a un autre aspect, une émulation extrêmement importante dans cette prise en charge-là ! Il faut vraiment vraiment inciter des kinés à aller dans ce champ-là.

Enquêteur – D'accord et justement ! C'est aussi là-dessus que je voulais rebondir et la question avait un double sens ... Quelles sont les ressources mises aujourd'hui à la disposition des masseurs kinésithérapeutes pour intégrer le dispositif de prescription d'activité physique adaptée ?

Interviewé – Quelles sont les ressources ? Elles sont multiples. Elles peuvent être matérielles en termes de locaux. En fait, ce qu'on constate, c'est que certains cabinets ne sont pas adaptés. Le Projet Moselle Mouv'7 essaye de trouver des solutions pour les kinés, pour qu'ils puissent dispenser leurs cours et leurs séances de groupe dans des locaux qui soient parfaitement adaptés. Quand on a un cabinet avec des soucis d'accessibilité, par exemple avec des escaliers, c'est un frein. Le dispositif agit pour apporter des solutions à ces problèmes-là. L'autre côté, c'est la partie financière qui est indispensable si on veut valoriser honnêtement et convenablement une prise en charge. C'est indispensable au service de la personne. Voilà.

Enquêteur – D'accord. Question 6 : Que pensez-vous des réseaux ou des établissements qui vont être dédiés à la pratique de l'activité physique adaptée ?

Interviewé – Ces établissements doivent être labellisés et répondre à des critères spécifiques.

Enquêteur – Tout à fait. Quand je parle des réseaux, je parle par exemple de réseau labellisé tel que Moselle Mouv', et quand je parle d'établissement, je fais référence par exemple aux maisons sport santé qui voient le jour actuellement un peu partout en France. Que pensez-vous des Réseaux sport santé ? Et pensez-vous que les Maisons Sport Santé peuvent apporter une dynamique supplémentaire ?

Interviewé – Alors le réseau des maisons sport santé va promouvoir l'activité physique adaptée, car c'est son but. Après ce réseau est également très protéiforme aussi, hein ? euh...

Il peut y avoir des établissements de santé qui vont demander le label maison sport santé. Euh... Il peut y avoir des structures de soins aussi, des collectivités également ... Enfin voilà, tout dépend des moyens qui vont être mis. Après, on a donc des réseaux très locaux, ou départementaux comme Moselle Mouv'. C'est ce qui va permettre de développer le sport santé en France : c'est grâce à ces initiatives développées à la fois par le Ministère des sports et par le Ministère des solidarités de la santé qu' on peut avoir un maillage territorial sur la France entière. C'est grâce à ce maillage territorial que chacun pourra trouver justement un établissement-ressource pour pouvoir s'appuyer sur un dispositif. Il faudra s'appuyer sur les réseaux sport santé et les Maisons Sport Santé qui ont la connaissance du terrain. Pour moi, les dispositifs régionaux sont inutiles ... Il n'y a pas de connaissance du tout... C'est un dispositif qui effectivement ne peut pas prendre en compte la réalité locale ou cantonale de l'état de santé d'une population. On est dans le général. On veut promouvoir de l'activité physique adaptée pour telle ou telle pathologie. Le problème, c'est qu'à un moment donné, il faut croiser les compétences. Les compétences de santé , mais aussi en terme social. On se retrouve quelquefois, et notamment par rapport à la crise sanitaire que l'on connaît aujourd'hui, avec des situations sanitaires qui sont de moins en moins bonnes et aussi des situations sociales qui sont de moins en moins bonnes ! Alors sans ce croisement de compétences que l'on peut avoir grâce à des collectivités, eh bien, on n'arrive pas à toucher les gens. C'est bien beau de dire « On fait de l'activité physique. », si c'est pour ne pas mettre en rapport avec les moyens, et les moyens ne peuvent être développés que s'il y a un tissu local qui est identifié. Concrètement, on a des professionnels du secteur associatif peut-être, qui vont prendre en charge les personnes et les aider dans leur parcours physique et qui vont aider à la pérennisation de l'activité physique sur la durée. Il y a un souci au départ, on en est bien conscient, c'est la prescription. Il faut l'identification de ces personnes fragiles-là. Donc il y a le relais auprès des médecins qui doit être fait, mais ça ne suffit pas. En fait, je me rends compte que c'est surtout les bénéficiaires qui viennent au-devant de nous. La plupart des bénéficiaires qui viennent actuellement, viennent parce qu'ils ont entendu parler de Moselle Mouv'. Ils ont entendu parler d'un réseau interprofessionnel. Toute cette prise en charge-là est vachement importante. Au-delà du réseau professionnel, il faut aussi s'intéresser à tous ceux qui sont acteurs dans le domaine de la santé. Le champ est super large : ça part de l'assistante sociale qui a connaissance du terrain et des publics fragiles. Parce que ces personnes qui sont dans des situations hyper défavorables ne vont pas aller au-devant du médecin pour entamer une démarche d'activité physique. Et pour autant, il faut les toucher ! Je suis un peu

ému en disant ça car c'est un problème qui me touche, tout comme les personnes en situation de handicap.

Enquêteur – Daccord, je vois ça, oui...

Interviewé – Personnellement je suis kiné du sport, et je pense qu'il y a un truc à faire. Si on ne le fait pas, nous kinés, et bien ce seront d'autres qui s'en chargeront, et ça c'est dommage. Ce seront peut-être des éducateurs sportifs et ça, ce n'est pas normal. Il faut que les personnes soient réellement prises en charge. En plus, la prévention, c'est de l'argent public, hein ? attention ! Il faut que les kinés et les professionnels de santé investissent ce champ-là.

Enquêteur – Merci beaucoup pour votre réponse, pour mon mémoire et puis d'un point de vue personnel, ça m'a beaucoup intéressé. Dernière question, qui nous fait rentrer encore plus dans la problématique de mon mémoire : Aujourd'hui, quel intérêt portent les masseurs-kinésithérapeutes du Grand Est à ce nouveau domaine professionnel qu'ils peuvent investir ?

Interviewé – C'est une question très intéressante. L'intérêt est assez vif en tous les cas en Moselle. Et j'en suis assez fier. Il ne l'est pas encore suffisamment, mais je pense que c'est une question d'information, voilà. J'ai l'impression que sur l'ensemble du Grand Est, par contre, ce n'est pas le cas. Tout simplement parce que c'est une question de dispositif et de projet. La vie est faite de rencontres, et s'il n'y a pas ces rencontres, alors les projets n'avancent pas. On a la chance en Moselle d'avoir un grand nombre de kinés qui se sont intéressés au projet. Pas encore assez à mon goût, mais d'autres kinés viendront !

Enquêteur – Selon vous, c'est donc la communication via les rencontres et la diffusion d'informations qui seraient les éléments clefs pour que les kinés s'intègrent au dispositif ?

Interviewé – Alors... la communication, moi, j'y attache beaucoup d'importance actuellement. Donc pour Moselle Mouv, la communication est réalisée par le Conseil Départemental de l'Ordre de Moselle et ça c'était clairement un enjeu important. D'ailleurs, pour votre information, connectez-vous le 10 février 2021 à 19h30 sur la plateforme Moselle Mouv'. Il y a le premier évènement sport santé avec des experts nationaux et des membres de Moselle Mouv', tout cela présent' par Michel Siemes. Faites-en l'écho !

Enquêteur – D'accord, le rendez-vous est pris !

Interviewé – Typiquement, l'information passe par là. On a eu des réunions d'information dans lesquelles on a essayé d'aller au plus près des professionnels dans des secteurs spécifiques. Un réseau comme Moselle Mouv', c'est du maillage. Entre les professionnels, avec les collectivités, l'objectif c'est d'expliquer les enjeux en termes de territoire, de sensibiliser des municipalités ou des collectivités à l'échelle de plusieurs communes. C'est grâce à ce maillage progressif sur l'ensemble du département que Moselle Mouv' et le sport Santé a pris son envol en Moselle. La communication, notamment par les réseaux sociaux également, va permettre aux professionnels médicaux et paramédicaux d'intégrer ce champ. Il faut que les kinésithérapeutes investissent ce domaine professionnel. Je pense que le conseil national de l'Ordre y est très attaché et Moselle Mouv' essaye de donner les moyens justement, à son échelle, aux kinésithérapeutes de devenir acteurs du sport santé au service des Mosellans, pour l'instant en ALD. C'est un truc qui me tient vraiment à cœur, il y a un gros truc à faire. C'est un phénomène d'entraînement : plus on montrera que ça fonctionne, plus il y aura un intérêt pour la profession, les collectivités et les patients.

Enquêteur – D'accord, je comprends bien... Avez-vous des questions ?

Interviewé – Avez-vous interrogé des médecins ?

Enquêteur – Non, de façon volontaire, car cela sortait du cadre de mon mémoire, mais il aurait été très intéressant de connaître leur ressenti à ce sujet.

Interviewé – Pourquoi je vous pose cette question ? À chaque fois que j'en ai parlé à des médecins, ils restent prudents sur le dispositif. Soit c'est par méconnaissance du métier d'APA, soit c'est parce qu'ils ne valorisent que les kinés et les professionnels de santé. Plusieurs fois, j'ai eu la réflexion : « Oui mais moi, ça ne m'intéresse pas les APA pour prendre en charge les patients en ALD ». Parce qu'il y a cette peur d'une mauvaise prise en charge. Un professionnel de santé, c'est rassurant. Enfin ça, c'est souvent les idées des personnes les plus âgées, chez les plus jeunes, peut-être que leur formation fait qu'ils ont une plus grande ouverture d'esprit. La relation de proximité qu'entretient le kiné avec le médecin du village ou du secteur au service des personnes qui ont des maladies chroniques dans le secteur, eh bien euh... C'est

bingo quoi ! On en revient à l'importance du maillage territorial par les kinés et les enseignants en APA !

Enquêteur – D'accord ! Merci pour vos réponses, plus de questions ?

Interviewé – Non c'est bon ! Merci à vous, relayez l'information pour le 10 février et bon travail !

Enquêteur – Merci à vous ! Bonne journée, au revoir.

Interviewé – Au revoir.

Retranscription MK5 :

Enquêteur - En dernière année d'études de masso-kinésithérapie et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une étude qualitative sur l'intérêt porté par les masseurs-kinésithérapeutes au dispositif de prescription d'activité physique adaptée.

Je souhaite par conséquent connaître votre réflexion et votre avis éclairé sur ce thème. Pendant cet entretien, n'hésitez pas à parler avec vos propres mots. Je ne jugerai aucune de vos expressions, qu'elles soient corporelles ou verbales.

Le document que j'ai sous les yeux me permettra de préserver une continuité dans notre discussion et m'aidera à vous proposer l'ensemble des thèmes que je souhaite aborder avec vous.

N'hésitez pas à prendre votre temps pour répondre à mes questions. Je vous demande en effet d'être le plus précis et exhaustif possible dans vos réponses. J'ai réalisé un diaporama avec les différentes questions que je souhaite vous poser. Il a pour but de ne pas trop nous égarer dans la discussion et de rester concentrés sur la question.

Les données visuelles et sonores de cet échange sont enregistrées pour être retranscrites par la suite. Votre anonymat sera respecté lors de cette retranscription et je me porte garant de l'ensemble des données.

Êtes-vous prêt(e) à commencer l'entretien ?

Interviewé – Oui !

Enquêteur – D'accord. Je vous partage l'écran. Voyez-vous la première question ?

Interviewé – Oui, je la vois, c'est bon.

Enquêteur – D'accord. On commence tout de suite, première question : Selon vous, qu'est-ce que l'activité physique adaptée ?

Interviewé – Alors l'activité physique adaptée, c'est une ... Alors on n'est pas sur une notion de sport, on est sur une notion de dépense d'énergie et qui s'adapte en fonction des capacités physiques et/ou cognitives des personnes.

Enquêteur – D'accord, et du coup, qu'est-ce qui différencierait ce type d'activité physique d'une activité physique sportive classique ?

Interviewé – Eh bien, c'est qu'on va prendre en compte les capacités physiques ou cognitives du public qu'on a en face, alors s'adapter à leurs capacités cardio-respiratoires, à leurs capacités intellectuelles, à comprendre les consignes, on va les répéter s'ils le souhaitent, etc...

Enquêteur – D'accord, alors, deuxième question : Comment s'organise le dispositif de prescription d'APA, à vos yeux ?

Interviewé – Alors, pour moi, dans l'ensemble, il est pas mal ! Après on a un souci actuellement : tout le monde veut que l'activité physique adaptée se développe, mais nos instances ne veulent pas y mettre les moyens, donc à partir de là... chacun essaie de se débrouiller dans son coin. Le problème est surtout là. Après, on a la chance, en Champagne Ardennes, d'avoir le RSSBE qui fonctionne pas mal de son côté, qui arrive bien à travailler avec l'ARS. Il leur reste pour autant quelques difficultés parce qu'ils n'arrivent pas, sans l'aide des associations sportives, à bien se développer sur tout le territoire, voilà... Après, pour ce qui est de la Champagne Ardennes, moi je pense qu'on a la chance d'avoir un RSSBE qui est assez efficace... Après voilà, comme je disais, le problème, c'est que les instances nationales veulent développer l'activité physique adaptée, mais qu'elles ne veulent pas y mettre les moyens.

Enquêteur – D'accord, donc cette question avait un double sens, puisqu'elle avait pour objectif de comprendre quel est le cheminement pour qu'un patient puisse avoir accès à de l'activité physique adaptée.

Interviewé – Aujourd'hui, il va être orienté occasionnellement par son médecin, certains centres qui sont au courant, je pense que malheureusement ils ne le sont pas assez... les médecins, les kinés ne sont pas assez informés pour envoyer des gens dans ce sens-là. Je pense que le gros du travail doit venir des médecins généralistes, des médecins traitants en fait. C'est eux qui doivent orienter les patients qui ont besoin d'activité physique adaptée.

Enquêteur – D'accord, et du coup, ces patients qu'ils orientent, quelles sont leurs caractéristiques ?

Interviewé – La plupart du temps, de ce que j'ai pu en voir, ce sont souvent des post-infarctus, certains cas d'obésité aussi quand il y a des réseaux qui s'orientent plus vers ces patients-là... Après, je déforme un petit peu, du fait de ma profession, je dis « patient » mais on se comprend tous les 2... Comme on est dans le dispositif d'APA, on est sur du bénéficiaire et non sur du patient...

Enquêteur – D'accord, très bien. Après nous être intéressé à vos connaissances sur l'APA, nous allons à présent passer au thème de la formation. Et du coup, première question : Quelles sont les compétences nécessaires à un intervenant pour dispenser de l'activité physique adaptée de façon sécurisée ?

Interviewé – J'ouvre une petite parenthèse, mais personnellement, j'ai réalisé un diplôme universitaire d'activité physique adaptée à Nancy. Du coup, selon moi, il faut que les intervenants soient plutôt bien formés. L'avantage du RSSBE, c'est qu'ils ont créé leur propre formation, avec des missions de base qui sont plutôt intéressantes. Je pense qu'un kiné est selon moi, malgré tout, d'office formé pour prendre en charge un bénéficiaire dans le cadre d'une activité physique adaptée. Ça rentre tout à fait dans nos compétences de revalidation et de réadaptation. Après voilà... Le RSSBE travaille plus avec des éducateurs sportifs, auxquels il rajoute une formation vraiment spécifique, qui a un contenu vraiment très intéressant, et qui pourrait tout à fait être transmis à des kinés non formés à l'éducation thérapeutique. Pareil, je trouve que l'éducation thérapeutique, c'est indispensable. Les nouvelles générations sont plus

formées à l'éducation thérapeutique. Pour moi, il faut l'ETP. Pour des kinés comme moi qui sont sorti avant la réforme des études, il faut faire la formation ETP. Concernant les éducateurs sportifs, il leur faut la formation que leur impose la RSSBE. Pour les E-APAS, qui sortent de la filière staps, je peux moins me prononcer. De mon expérience personnelle, ils ont quand même plus une fibre très sportive, peut-être moins activité physique adaptée. Donc je modérerais mes propos au sujet de cette profession... Il faut bien qu'ils aient conscience qu'en face de nous, on a un public qui n'est pas dans la performance sportive, mais qui doit vraiment faire de l'activité physique adaptée ! C'est pour ça que je pense que c'est pas mal pour eux aussi de se former avec des associations ou autres.

Enquêteur – D'accord, je comprends. Donc, là, nous avons parlé des compétences professionnelles. Est-ce qu'il y a des compétences humaines qui sont nécessaires aussi, selon vous ?

Interviewé – Bien sûr ! il faut avoir de l'empathie, je pense, de l'écoute. Ça, on nous l'apprend dans les formations ETP, mais je pense qu'il faut en avoir au départ. Avoir aussi de l'attention pour les gens aussi, hein... Quand ils arrivent chez nous, je pense qu'il faut savoir reconnaître les moments où le patient va pas très bien, savoir le motiver ... Donc, oui, je pense qu'il faut avoir des qualités humaines pour prendre en charge une personne dans ce cadre.

Enquêteur – D'accord, alors pour approfondir un peu notre réflexion, on passe à la question 4 : Que pensez-vous du fait que des professionnels issus de filières ou de champs divers puissent dispenser de l'activité physique adaptée ?

Interviewé – À vrai dire, c'est ce qui m'a tout de suite intéressé dans l'activité physique adaptée, parce que moi, je suis kinésithérapeute en campagne, et j'ai toujours pensé qu'il manquait une marche entre le moment où le patient sort de notre cabinet et où on l'envoie pratiquer de l'activité physique dans le milieu ordinaire... dans un club de sport, par exemple. Mes patients, quand ils sont en fin de traitement, j'ai l'impression qu'ils ne vont pas réussir à s'intégrer dans une structure extérieure qui leur propose de l'activité physique. Donc, du coup, pour moi, l'APA était très intéressante ! Pour moi, cette marche est très intéressante. Quand une personne sort de chez le kiné ou du SSR ou de la prise en charge pathologique on va dire, il faut un certain temps pour devenir autonome dans l'activité physique ou intégrer un club... Donc, je pense que c'est intéressant de ce point de vue-là. Après, pour ce qui est des différentes filières, il y

a un avantage : c'est que chaque professionnel aura une approche différente. Comme je te le disais dans la question précédente, nous, en tant que kinés, on va vraiment être présents sur le début de la prise en charge, on aura des compétences sur la connaissance des pathologies et sur la réadaptation. Pour moi, on a donc un rôle important pour les patients qui sont les plus atteints, qui intègrent le parcours 3 de la RSSBE. Ça, c'est typiquement pour nous ! Du coup, s'ils ont moins de limitations fonctionnelles ou une meilleure capacité physique, ils iront voir soit un E-APA soit un éducateur sportif. Comme je te le disais avant, chacun a sa vision des choses. Les éducateurs sportifs ont souvent la chance de très bien connaître le sport ou l'activité physique qu'ils enseignent... ça, c'est très riche parce qu'ils savent directement l'adapter aux débutants ou aux personnes fragiles... Pour moi, hormis le fait que les débuts de prise en charge doivent être réalisés par un professionnel de santé, ça je reste campé là-dessus, les autres filières peuvent tout à fait s'intégrer au dispositif avec leur propre sensibilité et leur spécificité ! Ce n'est pas inintéressant !

Enquêteur – Ça marche, parfait ! Donc là, on a fini avec le 2^{ème} thème qui portait sur les formations, donc on passe au dernier thème : l'intégration des MK dans le dispositif. 5^{ème} question : Selon vous, comment les masseurs-kinésithérapeutes peuvent-ils aujourd'hui s'intégrer au dispositif de prescription d'activité physique adaptée ?

Interviewé – Aujourd'hui, je pense que le plus simple, c'est de se rapprocher d'un réseau d'APA comme le RSSBE ou d'autres dans d'autres régions. C'est le plus simple. Le problème étant... ici, au sein de la RSSBE, il faut déjà qu'il y ait des professionnels pour chaque parcours. Ils ne peuvent pas lancer localement des parcours 3 s'ils n'ont pas de parcours 2 à proposer... Donc voilà, c'est un peu le chat qui se mord la queue, si t'as pas l'un, t'as pas l'autre, et inversement ! C'est dommage... Donc, voilà, je pense que le plus simple pour les MK, c'est de s'approcher de ces réseaux-là ! Pour connaître ces réseaux-là, je pense qu'il faut avoir de la sensibilité dans ce domaine et lire les actualités de l'URPS qui travaille beaucoup là-dessus ! Donc, le masseur-kinésithérapeute qui ne connaît pas les réseaux doit se rapprocher de l'URPS, ça sert clairement à ça ! Ou alors, dans un dernier recours, s'approcher de l'ARS... Mais c'est selon moi plus compliqué !

Enquêteur – D'accord, se rapprocher de son réseau local ! Poursuivons avec la question suivante qui rejoint cette 5^{ème} question : Que pensez-vous des réseaux et des établissements dédiés à la pratique de l'activité physique adaptée ?

Interviewé – Les réseaux, hormis leur aspect euh... administratif, ont quand même eu l'avantage de pas mal simplifier les choses. Au tout début de l'APA, chaque professionnel devait prendre contact avec sa commune, l'ARS ou même des mutuelles pour se faire payer ce genre de prestations... L'avantage du réseau maintenant, c'est « qu'on n'a qu'un seul interlocuteur », il développe aussi des outils via internet ou autre, pour nos bilans et tout ça... Le côté positif, c'est qu'ils ont simplifié l'administratif, le côté négatif, c'est que pour y rentrer, il faut quand même euh... remplir leurs critères ! Voilà pour les réseaux, pour les établissements, je ne m'y connais pas très bien, dans le secteur, je n'en ai pas trop autour de moi ...

Enquêteur – Un des établissements dont je parle à travers cette question, c'est la maison sport santé... J'aimerais connaître votre avis sur son développement un peu partout en France.

Interviewé – Oui, il y en a une qui se construit à Reims, je sais... Après voilà, si c'est bien fait, moi je n'ai rien contre ! Après, il faut qu'on respecte quand même le fait que les personnes moins autonomes doivent être encadrées par des professionnels de santé, et les bénéficiaires plus autonomes par d'autres professionnels formés pour. À partir du moment où ça respecte ce cadre-là, pour moi, y'a pas de problème. L'avantage, c'est qu'on a une offre locale à un seul et même endroit, donc euh... ça peut être pratique pour les gens ! Il faut juste que les bons professionnels interviennent au bon moment !

Enquêteur – Ça marche, je comprends bien ! On passe à la dernière question alors : Selon vous, quel intérêt portent les masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est à ce nouveau domaine professionnel qu'ils peuvent investir ?

Interviewé – Pour moi, c'est une catastrophe... J'ai un peu lâché l'affaire, j'y passe moins de temps qu'avant, ça c'est sûr. Pour donner un exemple, la RSSBE recherchait un kinésithérapeute pour faire passer des bilans, juste des bilans ! Ça prend peu de temps, c'est à peu près bien payé... Sur tous les cabinets contactés, un seul a répondu favorablement, en nous disant qu'il ne pourrait le faire que pendant les 3 prochains mois ... Moi, ça m'a un peu dégoûté... Les kinés, pour moi, c'est des sales gosses ! Ils ont leurs agendas pleins, alors ils n'en ont rien à faire de ça ... Que ça ne plaise pas, ça je peux entendre ! Après, il ne faut pas venir pleurer : « Oui, on nous vole l'activité physique adaptée ! ». Si les gens ne sont pas prêts

à donner un petit peu de leur temps... En sachant que ce n'est pas forcément moins payé qu'un acte de masso-kinésithérapie ! Au contraire, moi je trouve que ça change un peu la routine ... Pour moi, les MK du Grand Est n'en ont à peu près rien à faire ... Après attention, il ne faut pas généraliser : certains kinés sont investis et développent des parcours structurés ! Mais bon, la plupart préfère coter à la sécurité sociale, c'est facile...

Enquêteur – D'accord, je comprends bien, et du coup pour vous, les facteurs qui influencent cette « catastrophe » si je reprends vos mots, ce sont le manque de temps, le fait que leurs emplois du temps soient déjà bien remplis, et leur situation financière stable, c'est bien ça ?

Interviewé – Oui, voilà, ils sont dans la facilité, dans le... dans le quotidien qui va bien ! Pourquoi consacrer du temps à quelque chose qui financièrement ne changera pas leurs fins de mois, pourquoi s'embêter à taper des bilans ? Ils ne veulent pas se compliquer la vie. Ils restent dans la facilité, ce qui est dommage, parce que je pense que c'est quelque chose de très intéressant ! Peut-être que je suis un peu influencé par ces mauvaises expériences qui font partie du truc, mais bon... De toute façon, vous êtes une nouvelle génération qui va arriver ! Moi, j'ai beaucoup d'espoir en vous, parce que vous êtes dynamiques, vous avez envie de faire des choses qui sortent un peu du quotidien ! Vous avez fait kiné parce que vous aimez le sport, le mouvement, donc l'activité physique adaptée s'intègre parfaitement là-dedans. On n'est plus dans le kiné qui veut mettre sa blouse blanche, faire de « l'étalage de crème » et mettre du TENS ... C'est un peu stéréotypé, mais... Je pense que la nouvelle génération est plus dynamique, a envie de faire de nouvelles choses ! Elle aura la mentalité pour investir ce domaine. On voit bien toutes les formations qui se proposent, qui se développent : des formations très actives, très dynamiques ! Les jeunes se pencheront là-dessus !

Enquêteur – D'accord, merci beaucoup pour vos réponses, je vous envoie mon travail quand je l'aurai terminé !

Interviewé – Ça marche, super, c'est un sujet intéressant !

Enquêteur – Merci, bonne soirée à vous, au revoir !

Interviewé – Salut, Pierre !

L'intégration du masseur-kinésithérapeute dans le dispositif de prescription d'activité physique adaptée : enquête qualitative dans le Grand Est.

Introduction : Les bénéfices de l'activité physique pour la santé sont aujourd'hui reconnus. Depuis le 30 décembre 2016, un médecin est habilité à prescrire sur ordonnance de l'APA à des patients en ALD, afin d'améliorer leur qualité de vie. Comme d'autres professionnels du sport et de la santé, le MK est identifié comme un acteur au cœur du dispositif. Actuellement, l'investissement des MK au sein du dispositif est faible, notamment par rapport à certains professionnels du sport. Il est donc pertinent de se demander : quel intérêt voient les MK à s'intégrer au dispositif de prescription d'APA ?

Matériel et Méthode : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 5 MK intégrés dans les différents réseaux sport-santé du Grand Est. Nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien afin d'analyser leurs connaissances, leur regard sur la formation des intervenants et leur point de vue sur l'intégration de leur profession au sein du dispositif.

Résultats : Intervenant au sein de réseaux sport-santé, les MK interviewés décrivent assez précisément l'APA et le dispositif. Ils y identifient quelques problèmes organisationnels pouvant freiner son développement. L'interdisciplinarité professionnelle est, à leurs yeux, bénéfique pour le patient et pour le MK si elle respecte le cadre législatif. De plus, si les réseaux sport-santé sont déterminants pour le développement du dispositif, les Maisons sport-santé naissantes ne font pas l'unanimité. Enfin, plusieurs facteurs influencent ou freinent l'intégration des MK dans le dispositif. L'intérêt porté par les MK semble relativement faible et variable dans le Grand Est.

Discussion : Pour garantir une offre d'APA pertinente, les différents intervenants doivent travailler ensemble au service des bénéficiaires. Bien que les MK peinent à intégrer le dispositif par méconnaissance de ce champ professionnel, par manque de temps ou pour des raisons financières, les interviewés mettent beaucoup d'espoir dans la nouvelle génération et dans les réseaux sport-santé qui peuvent faire grandir l'intérêt de la profession si une communication efficace est réalisée.

Mots-clés : Activité physique adaptée - Intégration - Intérêt - Masso-kinésithérapie - Réseaux sport-santé

The physiotherapists integration into the prescription scheme of Adapted Physical Activity (APA): qualitative survey in the Grand-Est.

Introduction : Today, the benefits for health of physical activity are acknowledged. Since December 30th 2016, a doctor has had the right to prescribe an APA treatment to patients with long-term illness so as to improve their quality of life. The physiotherapist is an actor in the heart of the APA scheme like any other professional of Sports and Health. Currently, the physiotherapists investment within the scheme is rather small compared to some sports professionals particularly. It is thus relevant to question ourselves about the significance for a physiotherapist to get himself integrated into the prescription scheme of APA.

Material and Method : Semi-directed interviews have been carried out with 5 physiotherapists integrated within various Sport-Health networks in the Grand-Est. We have used an interview guide to analyze their knowledge, how they regard the training of the stakeholders and their point of view on the professions integration within the scheme.

Results : As they are involved in Sport-Health networks, the interviewed Physiotherapists describe APA and the scheme with a pretty good accuracy. They identify a number of organizational problems that could slow down the scheme development. In their view, the professional interdisciplinarity is beneficial to both the patient and the physiotherapist provided the legislative framework be strictly respected. In addition, if the Sport-Health networks are determining for the scheme development, the new Sport-Health Houses are controversial. Furthermore, several factors impact the physiotherapists integration into the scheme. The physiotherapists interest sounds small and variable in the Grand-Est.

Discussion : To secure a relevant offer of APA, the different stakeholders have to work together at the service of the patients. The Physiotherapists say they meet with some difficulties in integrating the scheme, the reasons come from insufficient information about this professional field or from lack of time, they can also be financial. Nevertheless, the Interviewees believe in the physiotherapists new generation and in Sport-Health networks to improve the physiotherapist's interest if an effective communication is achieve.

Keywords : Adapted physical activity - Integration - Interest - Physiotherapy - Sport-health networks

