

« L'activité physique est un médicament de prévention et de soin des maladies chroniques »

Entretien avec Alexandre Feltz,

médecin généraliste, adjoint au maire en charge de la santé publique et environnementale, ville de Strasbourg.

La Santé en action : Pourquoi ce sport-santé sur ordonnance ?

Alexandre Feltz : Les recommandations scientifiques – un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en particulier – s'accumulaient en faveur des bienfaits avérés de l'activité physique et de ses gains en particulier pour les malades chroniques. Les autorités avaient demandé au professeur Jean-François Toussaint¹ de rédiger le Programme national de prévention par l'activité physique ou sportive (Pnaps). Donc, nous disposions des éléments scientifiques et des modes opératoires d'organisation. Pour ce qui me concerne, médecin généraliste, je recommandais depuis toujours l'activité physique à mes

patients. Mais je constatais que ceux qui avaient des difficultés sociales rencontraient d'importants écueils pour accéder à l'activité physique. À partir de 2008, au sein du conseil municipal, puis en tant qu'adjoint en charge de la santé à Strasbourg, j'ai plaidé pour son

développement, d'où la mise en place du dispositif sport-santé sur ordonnance à partir de novembre 2012, à l'initiative du maire.

Concrètement, les médecins généralistes ont pu prescrire du vélo à leurs patients souffrant de maladies chroniques, car Strasbourg compte plus de 560 km de pistes cyclables. Le vélo est un très bon médicament, mais il n'est pas – ou très peu – utilisé par les malades et les gens en difficulté sociale. Puis, nous avons élargi le dispositif à d'autres activités (natation, marche, etc.). Coïncidence, à l'automne 2012, l'Académie de médecine a recommandé que l'activité physique soit remboursée par la Sécurité sociale.

S. A. : En quoi consiste ce dispositif ?

A. F. : Les maladies chroniques explosent en France, avec 11 millions de personnes concernées et un fardeau croissant des remboursements. La France est encore très pauvre en thérapies non médicamenteuses, comme la pratique de l'activité physique, validée scientifiquement.

À Strasbourg, les médecins étaient déjà sensibilisés et, quand nous avons mis en place un dispositif structuré avec une prise en charge organisationnelle et financière, ils ont largement adhéré, et c'est l'une des grandes réussites de ce dispositif : 320 médecins généralistes, soit la majorité, prescrivent aujourd'hui de l'activité physique. Cela répondait à leur attente, à celle des patients. En outre, 70 % de ces derniers ont des revenus en dessous du seuil de pauvreté, ce qui démontre que l'on parvient à toucher des personnes ayant des difficultés sociales. 1 500 personnes ont bénéficié d'ordonnances sport-santé, et actuellement, de 30 à 50 nouvelles

prescriptions sont rédigées chaque mois. Or, 70 % de ces personnes ne savaient pas faire de vélo ou nager. Ceci signifie que les inégalités sociales de santé sont aussi des inégalités d'accès à l'activité physique et au sport. Ces adultes n'ont pas – ou ont perdu – ces capacités simples.

La natation est très peu traumatique, progressive et allège le poids du corps des personnes qui ont des problèmes d'articulations ou qui sont en situation d'obésité ; le vélo est une discipline également progressive et adaptée, sa pratique soulage les gens qui peuvent avoir des difficultés à marcher. Ces disciplines, tout comme la marche, sont donc particulièrement indiquées pour les patients souffrant de maladies chroniques.

L'activité physique est un déterminant de santé majeur qui permet, par des modes organisés et financés, de transformer la vie des usagers, leur qualité de vie et leur bien-être. Soulignons que la limitation, aujourd'hui, n'est pas le niveau de prescription ni le mode d'entrée des patients dans le dispositif, mais très clairement le financement de l'activité physique par la collectivité.

S. A. : D'autres villes sont-elles engagées dans le même type de démarche ?

A. F. : Oui, plus de 40 villes du Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont mis en place un dispositif analogue ou s'apprentent à le faire. L'élément déclencheur est toujours l'investissement de la ville, le cadre le plus adapté est le contrat local de santé (CLS) : chaque commune accepte de contribuer pour recevoir des financements.

L'ESSENTIEL

▣ Strasbourg est la première grande ville de France à avoir financé l'activité physique sur ordonnance au profit des personnes atteintes de maladies chroniques.

▣ Depuis, une quarantaine d'autres villes du Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont suivi.

S. A. : Combien cela coûte-t-il au patient ?

A. F. : Strasbourg a choisi la gratuité pour le patient la première année, puis les deux années suivantes, une tarification solidaire (selon les revenus) modique et qui ne soit pas une barrière.

Cette question du reste-à-charge, c'est-à-dire de ce que l'utilisateur paie, est fondamentale. À ce jour en effet, l'activité physique n'est pas remboursée par la Sécurité sociale de manière généralisée, raison pour laquelle nous avons pris l'initiative de financer cette prise en charge. Une loi récemment adoptée et un décret ouvrent néanmoins le champ des possibles² : la loi stipule que les médecins traitants peuvent prescrire de l'activité physique aux personnes atteintes de maladies chroniques, et c'est une vraie avancée, le modèle est ainsi posé. Et dans chaque territoire, la prise en charge de l'activité physique des malades chroniques peut être une priorité financée par les contrats locaux de santé.

S. A. : Le coût de prise en charge par la collectivité n'est-il pas l'obstacle majeur ?

A. F. : C'est exact ; toutefois, si l'on replace cette prise en charge dans le contexte général des coûts/bénéfices, nous observons que le modèle strasbourgeois de sport-santé sur ordonnance coûte à peu près de trois cents à quatre cents euros par an et par patient. Or, les gains pour la Sécurité sociale sont quasi immédiats, comme l'ont démontré toutes les études scientifiques.

Au quotidien, nous constatons que des diabétiques qui pratiquent nouvellement l'activité physique réduisent leurs médicaments, que des hypertendus ont moins de difficultés de santé ; c'est donc bien la question des thérapies non médicamenteuses qui est ainsi posée.

S. A. : Comment valoriser les thérapies non médicamenteuses ?

A. F. : Personnellement, en tant que médecin, je suis persuadé que si le sport-santé avait été généralisé nous n'aurions jamais eu le problème du Mediator^{®3}, ni d'autres médicaments.

Pour contrer cette surconsommation, il faut un grand plan national favorisant l'activité physique, et pas seulement pour les malades, pour l'ensemble de la population, en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Et ne soyons pas fatalistes : quand nous proposons des alternatives aux médecins, comme nous l'avons fait à Strasbourg, nous constatons qu'ils s'y engagent fortement. Mais pour cela, il faut un système organisé et simple – cas de Strasbourg et de ces 40 autres villes –, un système qui permet au médecin traitant, dans le cadre de son activité médicale, de délivrer une ordonnance sport-santé. Un système doté d'une équipe d'éducateurs sportifs, le binôme médecin/éducateur est en effet la clé. Pour ce faire, l'équipe municipale ou associative coordonne un point d'entrée unique d'accès aux activités physiques adaptées. À Strasbourg, chaque semaine, plus de 80 séances d'activité physique sont organisées avec une prise en charge financière.

S. A. : Comment analysez-vous le développement de la chirurgie bariatrique (pose d'anneau pour faire maigrir) en France ?

A. F. : La chirurgie bariatrique est effectivement en très forte croissance en France. Des dizaines de milliers de personnes sont opérées chaque année, et ces interventions sont remboursées par la Sécurité sociale. Elles entraînent, dans certains cas, des transformations délétères majeures de la qualité de vie des patients. Alors bien sûr, à terme après l'opération, certains indicateurs peuvent devenir favorables : les patients maigrissent et ont moins de diabète par exemple. Mais la banalisation de la chirurgie bariatrique pose question : va-t-on considérer que l'avenir de la prise en charge de l'obésité, c'est cette chirurgie ? Le recours à l'activité physique est une autre voie, bien plus douce et mieux adaptée, elle est fondée sur des règles hygiéno-diététiques scientifiquement validées.

Nous constatons qu'avec un parcours santé et une prise en charge individuelle et adaptée, pilotée par le médecin de proximité, nous parvenons, comme le disent les sociologues, à faire « bifurquer les malades chroniques de leur itinéraire de vie ». Je l'observe moi-même face à un patient diabétique : certes, le médicament de référence peut participer – modestement – à la prise en charge de sa maladie, mais l'efficacité de ces molécules sur la morbidité et sur la mortalité s'avère faible. Dans la mesure du possible, ce sont les modes de

vie qu'il convient de changer. L'activité physique est un élément sur lequel on peut agir. Sinon, le patient diabétique n'aura d'autre choix que de prendre à vie ses médicaments.

S. A. : Comment convaincre un patient de l'utilité de l'activité physique ?

A. F. : Au final, l'enjeu est d'investir dans la prévention et donc dans les thérapies non médicamenteuses. L'activité physique en est un élément majeur, elle permet d'agir, d'avoir un impact sur la qualité de vie, allant parfois jusqu'à la transformer. Nous observons qu'une fois que les patients ont intégré l'activité physique et modifié leurs comportements en conséquence, c'est gagné.

C'est une culture qu'il faut insuffler. Nos patients malades chroniques témoignent avoir pensé auparavant que l'activité physique, ce n'était pas pour eux. Alors, quand le médecin leur en prescrit, ils lui font confiance. Ensuite, ils rencontrent l'éducateur, participent à des séances collectives, et « il se passe quelque chose ». Ils changent leur comportement et l'intègrent dans leur vie. Preuve en est, la majorité de ceux qui quittent le dispositif continue d'avoir des modes de déplacements actifs. En conclusion, maintenant que l'activité physique est reconnue comme un médicament de prévention et de soins des malades chroniques, l'enjeu est d'en étendre le bénéfice au plus grand nombre. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef

1. Directeur de l'Institut de Recherche bioMédicale et d'Épidémiologie du Sport (IRMES), membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Document intitulé Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. 2008-12, 295 p. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Retrouver_sa_liberte_de_mouvement.pdf

2. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, texte entré en vigueur le 1er mars 2017. JORF n° 0304 du 31 décembre 2016 texte n° 48.

3. Médicament mis sur le marché pour le traitement du diabète, détourné comme coupe-faim et qui a provoqué plusieurs centaines de morts par valvulopathies, retiré en 2009 (NDLR).

Pour en savoir plus

- 2^e Assises du sport-santé sur ordonnance, Strasbourg, 12 octobre 2017. <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg/assises-europeennes-sport-sante-sur-ordonnance>