

Piste 3. Participate Brussels

*Pratique d'une activité physique adaptée
dans un contexte de maladie chronique*

Pistes pour la personnalisation des soins

Mars 2021



PARTICIPATE
BRUSSELS

innoviris.brussels 
empowering research

 **Haute École
Léonard
de Vinci**

 **UCLouvain**

**Julie Servais, Tyana Lenoble, Marie Dauvrin,
Isabelle Aujoulat**

Ont contribué à cette piste :

Olivier Schmitz (UCLouvain), Xavier Flamme et Leslie
Neufcoeur (HE Vinci), Dilber Ahmed et Daniel Simar
(Ligue des Usagers des Services de Santé)

Cette piste est une des 11 pistes pour la personnalisation des soins issue du projet de recherche collaboratif **Participate Brussels**, mis en œuvre avec le soutien de la Région de Bruxelles-Capitale (Innoviris), entre le 1er janvier 2018 et le 31 mars 2021, dans le cadre d'une collaboration entre l'UCLouvain-IRSS et la Haute Ecole Léonard de Vinci, accompagnés par 8 partenaires de recherche, nommés parrains du projet

- Piste 1. Ouvrir le dialogue sur la fatigue comme étape à la personnalisation des soins dans un contexte de maladie chronique
- Piste 2. Maladie chronique et personnalisation des soins : Ouvrir le dialogue sur la vie affective, relationnelle et sexuelle
- **Piste 3. Pratique d'une activité physique adaptée dans un contexte de maladie chronique**
- Piste 4. Améliorer la littératie en santé digitale en vue de la personnalisation des soins
- Piste 5. Aménager la vie professionnelle dans le cadre de la maladie chronique
- Piste 6. Consultations infirmières dans un contexte de maladie chronique
- Piste 7. Fonction de liaison entre hôpital et milieu de vie
- Piste 8. Prescription médicale continue dans un contexte de maladie chronique
- Piste 9. Plateforme de concertation en maladies chroniques
- Piste 10. Formation des patients et des professionnels pour renforcer la personnalisation des soins pour les patients vivant avec une maladie chronique
- Piste 11. Réflexions autour de l'engagement bénévole des soignants dans un contexte de maladie chronique

Sont également disponibles les Cahiers liés à l'exécution et aux résultats du projet :

- Cahier 0. Participate Brussels. Patients, professionnels et chercheurs ensemble pour des soins de santé personnalisés en Région de Bruxelles-Capitale ! Synthèse de l'ensemble du projet.
- Cahier 1. Participate Brussels. Un projet collaboratif pour et par les Bruxellois.
- Cahier 2. Participate Brussels. Méthodologie de l'enquête de terrain, des activités de croisement des savoirs et de la co-construction des pistes pour la personnalisation des soins.
- Cahier 3. Participate Brussels. Enjeux de la personnalisation des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique en région bruxelloise : enquête de terrain et croisement des savoirs entre patients, professionnels et chercheurs.
- **Cahier 4. Participate Brussels. Pistes pour l'amélioration de la personnalisation des soins pour les personnes vivant avec une maladie chronique dans le contexte de la Région de Bruxelles-Capitale.**
- Cahier 5. Participate Brussels. Vivre et faire vivre le croisement des savoirs et la recherche collaborative. Retours d'expérience et perspectives.

Tous ces supports, ainsi que d'autres ressources et résultats du projet Participate Brussels, sont disponibles sur le site de l'UCLouvain – IRSS à l'adresse :

<http://www.uclouvain.be/participate-brussels>

Pour citer ce document : Servais J, Dauvrin M, Lenoble T, Aujoulat I. (2021). Participate Brussels. Piste 3. Pratique d'une activité physique adaptée dans un contexte de maladie chronique. Pistes pour la personnalisation des soins. Bruxelles : UCLouvain & HE Vinci.

Table des matières

Introduction.....	3
Qu'en disent les patients et les professionnels.....	4
Initiatives existantes.....	6
Développement de la piste	8
Conclusion	10
Pour aller plus loin.....	10
Bibliographie.....	11

Introduction

Cette piste est la **Piste 3** de la série des 11 pistes pour la personnalisation des soins issues de Participate Brussels pour les personnes vivant avec une maladie chronique en Région de Bruxelles-Capitale. Ce document est conçu pour être utilisé de façon indépendante : les lecteurs souhaitant plus de détails sont invités à consulter les **Cahiers** du projet Participate Brussels.

Les **Cahiers 1 et 2** présentent respectivement le contexte du projet Participate Brussels et le processus méthodologique ayant donné lieu à l'émergence de ces pistes. Le **Cahier 3** présente les résultats de l'enquête de terrain, des séminaires d'analyse et groupes de discussion menés avec des personnes vivant avec une maladie chronique et des professionnels : les citations incluses dans cette piste proviennent de ces différentes activités. Le **Cahier 4** présente l'entièreté des 11 pistes pour la personnalisation en trois niveaux : 1) des pistes au niveau micro du système de santé, soit au plus proche du patient, 2) des pistes au niveau méso du système de santé, soit le niveau organisationnel ou institutionnel, 3) des pistes au niveau macro, soit le niveau du système de santé de façon plus large. Dans une seconde partie, il présente l'articulation de ces pistes de personnalisation entre elles et discute comment ces 11 pistes contribuent à la personnalisation des soins dans une perspective de promotion de la santé. Le **Cahier 5** reprend le processus participatif et de croisement des savoirs sous-jacent au développement de ces pistes. Enfin, la **synthèse – Cahier 0-** présente un aperçu global du projet Participate Brussels.

Qu'en disent les patients et les professionnels

« Pour de nombreux patients, la fatigue peut être démoralisante, car elle les prive de ce qu'ils étaient. Ils pleurent la perte de leurs rôles et responsabilités habituels. »¹ (Borneman, 2013)

Comme mis en évidence dans la piste consacrée à la mise en récit du patient (**Piste 1**), la fatigue est considérée par les patients comme étant l'un des pires symptômes et ayant un impact majeur sur leur qualité de vie (Connolly et al., 2013). Bien qu'elle soit considérée comme un symptôme important dans 80% des cas, il s'agit souvent d'un élément négligé dans la prise en charge de la maladie chronique (C. Smith & Hale, 2007). Même si elle s'expérimente différemment selon les patients, cette fatigue ressentie a été mise en lien avec l'activité physique et le besoin d'écouter son corps, tant dans les entretiens des professionnels que ceux des patients (voir le **Cahier 3**).

« Et comme je vous disais, je faisais énormément de sport, pour moi ce n'était pas facile parce que, quand on fait du sport, on dépasse toujours un peu son seuil. Ici, à l'inverse, je dois m'écouter avant d'arriver au seuil de fatigue ou de douleur. Une fois que j'ai compris qu'on le paye très cher par après, donc on est plus à l'écoute. »

Personne vivant avec une fibromyalgie

Certains professionnels essaient de déculpabiliser leurs patients par rapport à cette fatigue et aux limites qu'elle leur impose et les poussent à être plus à l'écoute de leur corps, de leur maladie et de leurs symptômes :

« Il faut leur apprendre à fractionner leurs activités, il faut leur apprendre à déculpabiliser aussi. Et ça c'est un grand, grand point parce que vis-à-vis de leur entourage, ils veulent montrer qu'ils sont capables alors qu'ils ne le sont pas totalement. Alors ils veulent à tout prix tenir le coup et montrer, jusqu'à s'épuiser. »

Médecin travaillant en médecine interne

Les patients développent alors leurs propres stratégies d'adaptation pour transformer cette « mauvaise » fatigue en « bonne » fatigue, en accomplissant, par exemple, une activité physique :

« J'essaie de courir tous les dimanches, ça permet d'évacuer le stress de la semaine, ça fatigue, mais c'est de la bonne fatigue, ça me fait dormir et en dormant bien, le corps est plus fort »

Personne vivant avec des allergies chroniques

« Parfois, parce qu'il fait mauvais ou que j'ai des visites, je reste assise pratiquement toute la journée, le lendemain ça ne va pas du tout... mais si j'ai bien marché en forêt, j'ai une bonne fatigue, je dors bien... je me sens nettement mieux quand j'ai fait de l'activité physique les parkinsoniens ne devraient jamais s'en passer... »

Personne vivant avec une maladie de Parkinson

¹ Traduction libre de Borneman, 2013

Cette transformation de « mauvaise » fatigue en « bonne » fatigue se retrouve également dans les discours des professionnels, notamment concernant la pratique d'une activité physique comme stratégie d'atténuation de ce symptôme.

« Il est maintenant démontré qu'il est bénéfique de faire quelque-chose même marcher un peu tous les jours donc là il y a vraiment matière à faire de l'éducation thérapeutique pour la fatigue. Et c'est difficile et il faut le refaire à chaque fois. Parce que les gens essayent, ils tiennent deux semaines et ah je suis toujours fatigué, mais non il faut essayer parce que vous allez augmenter en endurance, vous allez vous améliorer et ça aura un effet légèrement bénéfique sur votre fatigue. »

Médecin travaillant en médecine interne

Pour certains patients, se (re)mettre en mouvement est particulièrement difficile du fait de douleurs, d'expériences personnelles antérieures négatives ou de culture familiale, où l'activité physique n'a eu que peu de place, ou encore du fait de contraintes financières lorsque celle-ci est proposée dans un encadrement thérapeutique avec le kinésithérapeute. Pour certains patients, qui ne bénéficient pas d'une exemption du ticket modérateur, avancer l'argent des séances de kinésithérapie peut être un frein. Certains kinésithérapeutes n'ont pas toujours la possibilité d'offrir une infrastructure adaptée dans leur cabinet pour la pratique d'une activité physique ou sont limités dans le type d'activités physiques possibles.

Par ailleurs, si certaines mutuelles interviennent dans les frais d'inscription à des salles ou clubs de sport, à une cette intervention est partielle et souvent jugée insuffisante compte-tenu de l'importance de pratiquer une activité physique, de préférence sous la supervision d'un professionnel formé, lorsqu'on vit avec une maladie chronique. Cette activité physique supervisée ou adaptée est importante pour les patients, non seulement pour contrôler l'évolution de la maladie mais aussi pour se sentir vivant dans son corps, reprendre du pouvoir sur sa vie et augmenter son estime de soi. En effet, comme le souligne Barth

« En pratiquant l'activité physique adaptée, la personne passe du statut de 'patient sentinelle' à l'écoute des réactions de son corps à celui 'd'auxiliaire médical' engagé physiquement dans la gestion de sa maladie » (Barth et al., 2014)

De Potter, un des pionniers dans l'approche par l'activité physique adaptée (APA), définit celle-ci comme « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basés sur les aptitudes et les motivations de personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires » (De Potter cité par Chavignay, 2010). Inscrire l'activité physique adaptée dans le parcours de soins du patient interviendrait dans la continuité des relations avec les soignants, pour entendre les patients sur leurs désirs, peurs, possibilités en lien avec la question de l'activité physique, et leur permettre de prendre connaissance d'une série d'options à tester éventuellement pour eux.

Initiatives existantes

En France, les patients peuvent bénéficier de l'activité physique adaptée qui, selon l'INSERM, se définit comme :

*« une activité physique et sportive adaptée aux capacités de personnes à besoins spécifiques (atteintes de maladies chroniques, vieillissantes, en situation de handicap ou vulnérables), au risque médical, aux besoins et aux attentes des pratiquants et le cas échéant, aux indications et contre-indications du médecin traitant (...) Son objectif ne se résume pas à rendre la pratique accessible mais à créer les conditions du **développement d'un projet personnel d'activité physique durable qui s'intègre au parcours de vie des individus.** »* (Inserm, 2019)

La création, en 2008, de la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée a permis de rendre visible et de soutenir les patients dans la pratique d'une activité physique adaptée en prévention secondaire (pour réduire l'importance du problème de santé) et en prévention tertiaire (pour diminuer les complications d'un problème de santé). Depuis 2016, un décret français officialise les conditions de l'APA sur prescription médicale pour les personnes vivant avec une maladie chronique ou en situation de handicap. Soumis à l'injonction thérapeutique de la prescription, la majorité des patients tentent de se conformer alors à l'activité physique (Inserm, 2019; Perrin, 2016; Terret & Perrin, 2008). La démarche sous-jacente de l'APA s'inscrit dans une rupture avec une approche médico-centrée et permet le développement de capacités et *l'empowerment* des patients (Barth et al., 2014). En effet, les professionnels de l'APA en France (détenteurs d'une licence ou d'une maîtrise en APA) soulignent l'importance d'impliquer le patient à chaque étape de la co-construction du référentiel de l'activité physique adaptée à sa situation (Perrin, 2016). Le référentiel professionnel de l'APA souligne les différentes compétences spécifiques de cette profession :

- *« Optimiser les capacités des personnes à besoins spécifiques dans les domaines biopsychosociaux par la médiation d'activités physiques, sportives ou artistiques*
 - *Concevoir des programmes personnalisés d'intervention pour des personnes à besoins spécifiques*
 - *A partir de leurs demandes personnelles et de l'évaluation de leurs attentes, besoins et capacités et en cohérence avec le projet institutionnel*
 - *En valorisant leur identité individuelle et sociale*
 - *En s'appuyant sur le sens de l'activité physique et le plaisir qu'elle engendre »*
- (Barbin et al., 2015, p. 26)

Des expériences pilotes d'APA ont également été implémentées en Suisse en-dehors du cadre de la maladie chronique avec, par exemple, le projet « Pas à Pas ». Ce projet vise à favoriser la reprise d'une activité physique régulière des populations sédentaires par une approche de prévention primaire (pour éviter la survenue d'un problème de santé) individualisée et motivationnelle et à délivrer des conseils pour adapter l'activité physique aux capacités personnelles (Brugnerotto et al., 2016).

En Belgique, certaines initiatives similaires existent mais sont encore trop rares et majoritairement issues d'initiatives locales. Elles ne touchent, par conséquent, qu'une proportion limitée de patients atteints de maladie chronique (EnéoSport, 2012).

- Sport sur Ordonnance, en Fédération Wallonie-Bruxelles, est un dispositif dans lequel des médecins généralistes partenaires ont la possibilité de prescrire de l'activité physique aux personnes ayant une affection de longue durée (Sport sur ordonnance, 2020b). Le but de Sport sur Ordonnance est que chaque commune de la Fédération Wallonie-Bruxelles propose un dispositif de Sport sur ordonnance à ses patients chroniques. Cette initiative est actuellement déployée sur 11 communes wallonnes. Parmi les communes bruxelloises, la commune de Woluwe-Saint-Lambert a été la première à déployer une initiative de Sport sur ordonnance depuis janvier 2021 (Sport sur ordonnance, 2020a).
- GymSana est une association sans but lucratif qui vise à améliorer la qualité de vie de personnes fragilisées grâce à la pratique régulière d'une APA (GymSana, 2018b). Les équipes sont présentes sur 215 lieux en Belgique et sont constituées d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de kinésithérapeutes et de diplômés en sciences de la motricité. GymSana se base sur 4 principes : 1) évaluer les besoins et les capacités physiques de chaque participant ; 2) concevoir des programmes adaptés aux besoins et aux préférences ; 3) dispenser le programme via les professionnels diplômés ; 4) suivre les participants grâce à des bilans réguliers (GymSana, 2018a).
- Bewegen op Verwijzing (BOV) (trad. *bouger sur ordonnance*) est une initiative du Gouvernement flamand qui met en collaboration médecins et coachs de mouvement pour faire bouger les Bruxellois sédentaires, éviter l'apparition de problèmes de santé et limiter les problèmes et les risques de santé qui existent déjà comme c'est le cas avec les maladies chroniques. Ces consultations chez le coach en mouvement ont été partiellement financées par le Gouvernement flamand jusqu'au 31/12/2020 et sont mises en œuvre via la *Huis voor Gezondheid*, un organisme public chargé de la mise en œuvre de la politique de santé pour la première ligne bruxelloise flamande (Huis voor Gezondheid vzw, 2021).

Pour répondre à la demande d'APA, de nouvelles formations font leur apparition dans le paysage belge. Depuis 2016, la Faculté des Sciences de la Motricité de l'UCLouvain, en collaboration avec les Cliniques universitaires Saint-Luc et avec le soutien de la Fondation contre le Cancer, a lancé un programme de formation continue en Exercise Medicine et en Exercise Therapy. Ces programmes ont pour ambition de former des praticiens capables d'utiliser l'activité physique comme outil thérapeutique dans la prise en charge de personnes vivant avec une maladie chronique (UCLouvain, 2021).

Du côté des Hautes Ecoles, dont la Haute Ecole Léonard de Vinci, le bachelier en « *Coaching sportif, Wellness et activités physiques différenciées* » propose un programme de formation à l'issue duquel le coach sera capable d'accompagner les personnes dans le développement, le maintien ou l'amélioration de leur condition physique et morale en tenant compte de leurs spécificités individuelles (Haute Ecole de la Province de Liège, 2021; Haute Ecole Léonard de Vinci, 2021). Ces coachs sont notamment amenés à exercer dans des salles de sport ou de fitness, hors d'un cadre thérapeutique. Inclure l'APA dans le parcours de soins et dans la vie journalière des personnes vivant avec une maladie chronique implique de mettre en place des collaborations entre tous les acteurs qui gravitent autour du patient. En effet, d'après l'Inserm, pour que la pratique d'une APA soit durable et observée, il faudrait que les médecins généralistes soient formés à la prescription d'une telle activité en comprenant les bénéfices et qu'ils sachent où orienter leurs patients pour la réaliser (Chenuel, 2020; Inserm, 2019). De même, s'il s'agit de développer une pratique durable et autonome qui puisse

succéder à une rééducation ou à un épisode aigu de la maladie, des collaborations sont également à prévoir avec les kinésithérapeutes pour en assurer le relais.

L'APA implique aussi de s'intéresser aux déterminants de la santé et au projet de vie de la personne, qui permettront au patient d'assurer la continuité de l'activité physique dispensée dans un service de soins ou de réadaptation à une pratique autonome au retour à domicile (Inserm, 2019). De plus, l'insertion de l'APA dans une approche quartier comme développée dans le Plan Santé bruxellois, permettrait d'assurer cette continuité de la pratique de l'activité physique car elle se trouverait dans le milieu de vie des personnes, à l'image de GymSana qui prend place au sein de certains quartiers bruxellois. Elle pourrait permettre également de sortir certaines personnes de l'isolement via la mise en place d'une pratique collective (Commission Communautaire Commune, 2020).

« C'est quelque chose de tout à fait indépendant et ça s'appelle GymSana mais il y en a plusieurs à Bruxelles quoi. Ils n'occupent pas des places énormes donc ça se fait dans des quartiers comme chez nous il y avait une salle, on peut faire de la gymnastique et autre chose. »

Personne vivant avec un diabète

Développement de la piste

Des rencontres réalisées pour enrichir cette piste, il ressort qu'il existe un gap entre la prise en charge de l'activité physique lorsque celle-ci est soumise à prescription, comme c'est le cas pour des séances de kinésithérapie ou de kinésithérapie sportive, et l'APA. Même s'il est possible de recenser quelques initiatives locales comme celles citées ci-dessus ou celles présentes à l'initiative de maisons médicales pour leur patientèle, il semble, pour l'instant, que peu de ces projets sont institutionnalisés et connus. Pourtant, si le modèle de l'APA doit s'étendre, il faudrait que les acteurs impliqués dans la santé, comme l'INAMI, les mutuelles, les milieux médical, paramédical et associatif, en reconnaissent l'enjeu de santé publique en termes de gestion du nombre croissant de maladies chroniques mais aussi en termes d'intégration et de personnalisation des soins (Beaume, 2018; Hermesse et al., 2019; Rimmer & Marques, 2012). Comme en a témoigné dans le cadre de notre projet une personne vivant avec des problèmes de santé chroniques, c'est de sa propre initiative, après des recherches personnelles, qu'elle est retournée chez son médecin traitant pour lui demander une prescription pour une « ré-athlétisation » dans le cadre de sa prise en charge. Par cette pratique régulière et adaptée, elle a repris goût à faire une activité physique et a pris conscience de son importance pour sa santé.

Pour Flamme, responsable d'une formation en coaching sportif, le trajet de soins du patient vivant avec une maladie chronique pourrait s'apparenter à un feu de signalisation. Lorsque le patient est dans une structure de soins ou de réadaptation, les professionnels de santé le prennent en charge en « zone rouge » (prévention tertiaire). L'APA dispensée hors cadre institutionnel équivaldrait à travailler en « zones orange et verte » (prévention primaire et secondaire) pour éviter le retour du patient en « zone rouge », avec l'objectif central de développer la capacité de la personne à faire de l'APA en toute autonomie en fonction des spécificités de sa pathologie et de ses choix et préférences. Rejoignant les propos de Flamme, la **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** présente les interventions de différents acteurs en fonction du niveau de limitation fonctionnelle du patient en France (Chenuel, 2020; Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2016).

Domaines d'intervention préférentiels des différentes professions				
	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Kinésithérapeute	+/-	+	++	+++
Ergothérapeute	Si besoin déterminé	Si besoin déterminé	++	+++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	Non concernés
Professionnels en APA	+/-	++	+++	++

Figure 1 Interventions des professionnels en fonction de leur formation (Adapté de Chenuel, 2020)

Pour certains patients, le financement de ce type d'activités peut être un frein, créant par là une inégalité entre les patients aisés et les patients les plus précaires (Lemonnier, Hoyer, Furrer, Bundebirouste, & Rostan, 2020). Pour pallier ces inégalités, le Royaume-Uni, entre autres, a développé un système de prescriptions pour des interventions « sociales », dont l'activité physique. Ces prescriptions « sociales », en s'intéressant à des déterminants non-médicaux de la santé, permettent notamment de diminuer le recours à des soins de première et seconde ligne et d'améliorer la santé physique et mentale des patients en ayant recours à ce qui est déjà disponible au sein de la communauté (Roland, Everington, & Marshall, 2020).

Lorsqu'elle est pratiquée en groupe, l'APA favorise ou crée également du lien social en permettant les interactions avec d'autres personnes pouvant vivre la même chose ou venant d'autres horizons. En effet, les partages d'expériences d'autres patients ayant ressentis les mêmes difficultés au début de leur pratique d'une APA et partageant les bénéfices ressentis permettent de soutenir les patients dans cette démarche et ont un impact positif sur la qualité de vie et le lien social (Ardoin & Canot, 2019; Barth et al., 2014; Inserm, 2019; Lemonnier et al., 2020; May et al., 2008; Roland et al., 2020). Cette dimension sociale de l'APA transparaît dans le témoignage d'une personne vivant avec la maladie de Parkinson, habituée à pratiquer la danse thérapeutique. Depuis la suppression de cette activité, à la suite du contexte pandémique, cette personne ressent plus de difficultés dans la gestion de sa maladie et de ses symptômes, dans son *corps vécu*. Au-delà de la suppression de l'activité physique, la suppression du lien social lié à cette activité se fait également ressentir.

Conclusion

L'enjeu de cette piste n'est pas de savoir si l'activité physique est nécessaire ou pas dans la prise en charge de la maladie chronique, la littérature scientifique l'ayant déjà maintes fois mis en exergue, mais plutôt de fournir un accompagnement favorable à sa pratique en prenant en compte le projet de vie du patient. En effet, l'engagement des personnes vivant avec une maladie chronique dans une activité physique est principalement motivé par l'intérêt et le plaisir qu'elles y trouvent mais est aussi influencé par leur condition physique pouvant être altérée par la maladie et ses traitements. Or, cela nécessite une rupture avec une approche médico-centrée pour permettre le développement d'un référentiel d'activités physiques adaptées à leur projet de vie et qui fassent sens pour elles, ce qui ne peut, souvent, pas être réalisé en phase aigüe. La co-construction d'un programme d'activité physique adaptée avec le patient en fonction des spécificités de sa pathologie mais aussi en fonction de ses choix et de ses préférences peut permettre le développement de ses capacités d'autogestion de la maladie, faciliter l'appropriation de sa nouvelle condition mais également d'étendre cette pratique sur du plus long terme (Ardoin & Canot, 2019; Inserm, 2019; Ninot, 2013). Par ailleurs, il faut également prendre en compte les freins à la pratique d'une activité physique adaptée, en ce compris la précarité et les infrastructures inadaptées, en veillant à l'accessibilité financière de la pratique de l'APA et à la sécurité du patient en développant, pourquoi pas, des salles de sport labellisées avec un cadre sécuritaire rigoureux et un encadrement qualifié (Chambard, 2019; Ninot, 2013).

Pour aller plus loin

Une série de références bibliographiques vous sont proposées afin d'aller plus loin sur la thématique de l'activité physique adaptée dans un contexte de maladie chronique :

- Inserm. (2019). *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. EDP Sciences.
- Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Sante Publique*, 28(1), S141–S151. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>
- Barbin, J. M., Camy, J., Communal, D., Fodimbi, M., Perrin, C., & Vergnault, M. (2015). Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée.
- Barth, N., Perrin, C., & Camy, J. (2014). S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2 : Entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) ». *Loisir et Société*, 37(2), 224–240. <https://doi.org/10.1080/07053436.2014.936163>

Bibliographie

- Ardoin, A., & Canot, B. (2019). Physical and psychological benefits of adapted sports activity in a cohort of patient with chronic diseases. *Science and Sports*, 34(1), 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2018.07.001>
- Barbin, J. M., Camy, J., Communal, D., Fodimbi, M., Perrin, C., & Vergnault, M. (2015). *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée*. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée.
- Barth, N., Perrin, C., & Camy, J. (2014). S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2: Entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) ». *Loisir et Société*, 37(2), 224–240. <https://doi.org/10.1080/07053436.2014.936163>
- Beaume, S. (2018). Activité physique adaptée : la mise sous tutelle médicale et paramédicale. *Revue Droit & Santé: La Revue Juridique Des Entreprises de Santé*, 85, 726–732.
- Borneman, T. (2013). Assessment and management of cancer-related fatigue. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 15(2), 77–86. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318286dc19>
- Brugnerotto, A., Cardinaux, R., Ueltschi, Y., Bauwens, M., Nanchen, D., Cornuz, J., Bize, R., & Auer, R. (2016). Délégation médicale vers un(e) spécialiste en activité physique adaptée (APA): un projet pilote. *Rev Med Suisse*, 12, 1845–1850.
- Chambard, M. (2019). *Identification des freins et des leviers à la pratique d'une activité physique adaptée chez les patients obèses et en surpoids*. Faculté de Médecine-Clermont-Auvergne.
- Chavignay, E. (2010). Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 2, 628–630.
- Chenuel, B. (2020). The medical prescription for physical activity adapted in practice. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 34(2), 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.12.006>
- Commission Communautaire Commune. (2020). *Plan Santé Bruxellois - Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles*. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/plan_sante_bruxellois_def_fr.pdf
- Connolly, D., O'Toole, L., Redmond, P., & Smith, S. M. (2013). Managing fatigue in patients with chronic conditions in primary care. In *Family Practice* (Vol. 30, Issue 2, pp. 123–124). <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt005>
- Enéo Sport. (2012). *Le sport sur ordonnance ça existe?* <https://www.eneosport.be/actualites-2/actualites/le-sport-sur-ordonnance-ca-existe.html>
- GymSana. (2018a). *Comment travaillons-nous?* <https://gymsana.be/comment-travaillons-nous/>
- GymSana. (2018b). *La santé par l'activité physique adaptée !* <https://gymsana.be/videos-de-la-semaine/>
- Haute Ecole Léonard de Vinci. (2021). *Bachelier en Coaching sportif*. <http://www.vinci.be/fr-be/Parnasse-lsei/Pages/Coaching-sportif.aspx>
- Hermesse, J., Labille, J.-P., Brenez, X., Neve, J., Verbeke, G., Boucquiau, A., Buysschaert, M., Franco, G., Thirifay, D., Dufour, M., Titti, C., Henry, S., Henrotin, Y., Daoud, S., & Francaux, M. (2019, July 18). "Prescrire la pratique d'une activité physique, un enjeu de santé publique" : la carte blanche de politiques, mutualistes et académiques. *La Libre*. <https://www.lalibre.be/debats/opinions/prescrire-la-pratique-d-une-activite-physique-un-enjeu-de-sante-publique-la-carte-blanche-de-politiques-mutualistes-et->

academiques-5d2f4272f20d5a58a8328daa

Huis voor Gezondheid vzw. (2021). *Mouvement sur Référence*.

<https://www.huisvoorgezondheid.be/zorgverlener/innovatie/mouvementsurreference/>

Inserm. (2019). *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. EDP Sciences.

Législation Française. (2016). *Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033748987?r=QirVyomF3d>

Lemonnier, F., Hoyer, A. Van, Furrer, P., Bunde-birouste, A. W., Rostan, F., & Lemonnier, F. (2020). Promouvoir la santé par l'activité sportive et physique. In *La santé en action* (pp. 1–42). Santé Publique France.

May, A. M., Duivenvoorden, H. J., Korsjens, I., van Weert, E., Hoekstra-Weebers, J. E., & Mesters, I. (2008). The effect of group cohesion on rehabilitation outcome in cancer survivors. *Psychooncology*, *17*, 917–925.

Ninot, G. (2013). Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques. *Science and Sports*, *28*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2012.12.001>

Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Sante Publique*, *28*(1), S141–S151. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>

Province de Liège. (2021). *Bachelier en Coaching sportif : la formation*. <https://www.provincedeliege.be/fr/node/10178>

Rimmer, J. H., & Marques, A. C. (2012). Physical activity for people with disabilities. *The Lancet*, *380*(9838), 193–195. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61028-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61028-9)

Roland, M., Everington, S., & Marshall, M. (2020). Social Prescribing - Transforming the Relationship between Physicians and Their Patients. *New England Journal of Medicine*, *383*(2), 97–98.

Smith, C., & Hale, L. (2007). The effects of non-pharmacological interventions on fatigue in four chronic illness conditions: a critical review. *Physical Therapy Reviews*, *12*, 324–334.

Sport sur ordonnance. (2020a). *La commune de Woluwe-Saint-Lambert rejoint le projet!* <https://www.sport-sur-ordonnance.be/la-commune-de-woluwe-saint-lambert-rejoint-le-projet/>

Sport sur ordonnance. (2020b). *Sport sur ordonnance*. <https://www.sport-sur-ordonnance.be>

Terret, T., & Perrin, C. (2008). Activité physique des personnes atteintes d'un diabète en France: Du rejet de la pratique à sa promotion par les associations de patients. *Station - International Journal of the History of Sport*, 186–207.

UCLouvain. (2021). *Exercice médecine - Exercice therapy*. <https://uclouvain.be/fr/facultes/fsm/fc-fsm/exercice-medicine-exercice-therapy.html>