



# Impact des activités physiques et sportives sur les dépenses de santé

# Conclusions du groupe d'experts

## PREAMBULE

L'impact des activités physiques sur les dépenses de santé fait actuellement l'objet de recherches très actives au niveau international. Un colloque vient de se tenir sur ce sujet à Amsterdam avec plus de 600 congressistes émanant notamment des pays anglo-saxons et nordiques. Notre pays n'était représenté que par 2 délégués, dont le représentant du CNAPS.

Plusieurs des évaluations chiffrées auxquelles il est fait référence dans le corps de ce rapport émanent des travaux de ce séminaire et d'études antérieures menées notamment au niveau de l'OMS, ou de pays tels les USA, le Canada ou l'Australie qui ont sur nous une large avance dans cette problématique.

La faiblesse de la représentation française illustre bien le peu d'intérêt de notre pays, pour les problèmes d'épidémiologie en général, et le sujet de l'impact économique des activités physiques sur la santé en particulier. *Dans notre pays, les activités physiques et le sport restent un « parent pauvre » de la prévention et font l'objet d'un discours ambigu. Si l'impact est connu, un rapport de l'IGAS de 2003, estime que les APS, c'est d'abord une charge.*

Pourtant déjà en 1995, l'Académie de Médecine préconisait l'intégration des activités physiques dans les démarches de santé, et un récent rapport de l'INSERM, réalisé en coopération avec le ministère, est venu recenser les nombreux travaux rappelant les effets positifs sur la santé des activités physiques pratiquées à un niveau modéré (rappelons que l'OMS préconise une demi-heure de marche rapide par jour comme seuil minimal d'efficacité).

En se basant sur les études réalisées dans ces pays et en supposant, ce qui est vraisemblable, que ce qui a été constaté pour les USA, la Suisse ou les Pays Bas est également vrai pour la France, l'économie annuelle de dépenses de santé entre un actif et un inactif est de l'ordre de 250€ par individu. C'est donc dire que l'augmentation d'un million de personnes actives, au sens de l'OMS, déboucherait sur une économie de 250M€ dans les dépenses directes de santé, ce qui est loin d'être négligeable.

Si l'on évalue à 25M le nombre des français pratiquant une activité physique régulière, ceci représente une atténuation de plus de 6 milliards d'€ de ces dépenses.

Au demeurant on ne peut sur ce sujet se borner à une seule et stricte approche comptable. A ces économies directes dans les dépenses de santé vient s'ajouter une amélioration de la qualité de vie et des effets sur la morbidité et la mortalité de nos concitoyens qu'il est difficile, sinon choquant, d'apprécier en termes monétaires.

Ces différentes considérations ont amené les pouvoirs publics à demander au CNAPS un rapport de préfiguration sur des études plus approfondies permettant de préciser l'impact des APS sur les dépenses de santé dans notre pays.

## Recentrage de l'étude sur la dimension « santé »

### « Poids économique du sport ; poids des APS dans les dépenses de santé »

Avec la mondialisation de l'économie, la connaissance du poids économique du sport devient une préoccupation majeure, mais il n'existe pas au niveau mondial de statistiques fiables, que seule une organisation mondiale, telle l'ONU, pourrait réaliser. La qualité et la fiabilité des données sont faibles, les chiffres ne sont comparables ni en grandeur, ni en fiabilité. **La seule alternative est la construction de chiffres publics, selon une méthodologie unique adoptant le même cadre comptable.**

Il a été demandé au CNAPS de constituer un groupe de travail chargé de réaliser une étude de préfiguration/faisabilité visant à évaluer l'impact économique de l'activité physique sur les dépenses publiques de santé. Le recentrage de l'étude vers une dimension Santé a été réalisé.

## Données générales : SPORT & ECONOMIE

### 1. Quelques estimations de l'importance du sport dans l'économie mondiale

Le marché mondial des biens et des services du sport est estimé à 550 milliards € en 2004. L'importance économique du sport dans l'économie mondiale est de **1,6% du PIB mondial**. L'économie mondiale du sport est très concentrée sur les pays développés et une quinzaine de pays émergents, la plupart situés en Asie, qui réalisent 75% des importations et des exportations de ces produits dans le monde.

### 2. Estimations au niveau européen

**En 1990**, le poids économique du sport, en Europe, allait de 0,6% du PIB au Danemark à 3,5% du PIB en Suisse. **S'agissant de la France, ce poids est actuellement de 1,8% du PIB**. Ce travail n'a pas été mis à jour faute de budget de la part du Conseil de l'Europe. Certains pays ont toutefois poursuivi ces travaux, l'Allemagne, la France (mission statistique du ministère des sports) et l'Angleterre sont les plus en pointe.

**Un groupe de travail « sport et économie », piloté par la Commission Européenne, se réunit dorénavant régulièrement afin d'aboutir à l'établissement de comptes satellites nationaux : après délimitation commune du périmètre du sport, il est élaboré une méthodologie comptable qui sera appliquée par chaque pays de l'UE ( les comparaisons internationales en seront facilitées).**



## Les délimitations du cadre de recherche

Plusieurs éléments ont incité les experts sollicités à abandonner l'idée de préfigurer un compte satellite du sport et de la santé :

- Le lancement d'un appel d'offre par le ministère sur le financement public et privé du sport au niveau des 27 pays européens, en actualisation de l'étude publiée par la France en 93/94 pour le Conseil de l'Europe.
- Il n'y a pas en France de véritable compte satellite du sport. **Le groupe de travail européen précité réfléchit actuellement sur le sujet.**
- Le compte satellite de la santé n'est plus présenté **et a été recentré sur les dépenses de l'assurance-maladie.**

Vers une approche coûts/avantages :

L'option retenue a été :

- de présenter cette étude dans une approche coût/bénéfice en s'appuyant sur différentes enquêtes menées à l'étranger, notamment Suisses et Américaines, également Québécoises (Kino-Québec) et Scandinaves (Trim), mais aussi sur des études menées dans différents milieux (milieu du travail, etc.), car les enquêtes épidémiologiques demandent plusieurs années et notre pays manque de données épidémiologiques en général.
- d'envisager les bénéfices obtenus par les AP au niveau de la prévention primaire (survenance de la maladie), secondaire (limitation des effets) et tertiaire (réduction du % de récurrence), en évaluant les coûts directs et indirects liés à la mise en place d'une politique de promotion des AP, (plus que du sport), dont les effets sur 9 pathologies principales sont avérés par des études sérieuses sur lesquelles il conviendra de s'appuyer.

## Les préalables de l'étude

Les données de la littérature et les expériences menées dans ce domaine permettent de supposer que l'augmentation de l'activité physique et sportive améliore l'état de santé et pourrait de la sorte réduire la morbidité, donc les dépenses de santé, et la mortalité, faisant ainsi augmenter l'espérance de vie.

Si l'on souhaite mesurer les effets d'une stratégie visant à favoriser le développement de l'activité physique et sportive (APS), on peut utiliser les méthodes de l'évaluation économique. Celles-ci visent à mettre en relation les ressources consommées (mesurées par leur coût) et les effets obtenus dans deux situations qu'on souhaite comparer.

Dans le cas présent, on comparerait la situation actuelle (situation 1) à une situation hypothétique marquée par un développement de l'APS (situation 2).

Pour chacune des deux situations, la mesure des ressources consommées comprend deux composantes : le coût de l'APS ( $C_{APS}$ ), le coût des dépenses de santé ( $C_{DS}$ ). L'espérance de vie associée à chaque situation est représentée par  $E_v$ .

Si l'on raisonne de façon comparative, on peut dire que le développement de l'APS est associé à :

- Une augmentation du coût de la pratique  $\Delta C_{APS} = C_{APS}^2 - C_{APS}^1$
- Une variation des dépenses de santé  $\Delta C_{DS} = C_{DS}^2 - C_{DS}^1$ , correspondant à une diminution de ces dépenses si  $\Delta C_{DS}$  est négatif
- Une variation de l'espérance de vie  $\Delta E_v = E_v^2 - E_v^1$ , qui serait positive si l'espérance de vie est améliorée par l'augmentation de l'APS.

	Situation 1 (situation actuelle)	Situation 2 (situation avec augmentation de l'APS)	Différentiel
Coût de l'APS	$C_{APS}^1$	$C_{APS}^2$	$\Delta C_{APS} = C_{APS}^2 - C_{APS}^1$
Dépenses de santé	$C_{DS}^1$	$C_{DS}^2$	$\Delta C_{DS} = C_{DS}^2 - C_{DS}^1$
Espérance de vie	$E_v^1$	$E_v^2$	$\Delta E_v = E_v^2 - E_v^1$

Si les hypothèses envisagées sont vérifiées, on pourrait quantifier les deux effets associés au développement de l'APS :

- Une variation nette des dépenses =  $\Delta C_{APS} + \Delta C_{DS}$ , qui devrait être négative (baisse des dépenses) si le surcoût de l'APS est plus que compensé par la baisse des dépenses de santé
- Une augmentation de l'espérance de vie mesurée par  $\Delta E_v$

Critères et terminologie utilisés pour l'étude :

**A** : évaluation « macro médicale », non monétaire, des effets positifs des APS sur la morbidité et la mortalité ;

**G** : gain monétaire induit de ces effets positifs ;

**Ca** : coût des APS nécessaires à la production de ces effets positifs ;

**Cm** : coût en médicaments permettant d'aboutir au même résultat ;

**Cr** : coût en « régime alimentaire » permettant d'aboutir au même résultat ;

**Ce** : coût lié à l'excès de pratique sportive ;

**B** : bénéfice net économique des APS sur la santé

Pour répondre totalement à la question posée, nous aurions besoin de pouvoir disposer :

- Des effets 'macro médicaux' de réduction, grâce à l'activité physique et sportive (APS), de différentes pathologies ainsi que de la mortalité entraînée par celles-ci. Et ceci à l'exclusion d'autres facteurs de réduction de ces pathologies et de la mortalité associée tels que, par exemple, la diététique, les traitements médicamenteux, les opérations chirurgicales, etc. Nommons **A** l'évaluation 'macro médicale' (i.e. non monétaire), **A** comme avantage non monétaire de l'APS pour la santé.
- De la traduction monétaire de ces avantages (réduction des pathologies et de la mortalité) qui représente évidemment une économie pour l'ensemble des dépenses de santé de la Nation, soit un gain monétaire **G**.
- De pouvoir déduire de ce gain **G**, une évaluation macroéconomique du coût de mise en œuvre (organisation, encadrement, etc.) de l'APS. Avec une difficulté. La seule partie du coût de l'APS qui nous intéresse est celle qui est liée à la réduction des pathologies listées et de la mortalité, soit **C<sub>A</sub>**. Par exemple, elle exclut probablement le sport de haut niveau. Elle inclut certainement **les activités gymniques d'entretien et de loisir** (mais peut on se contenter de prendre comme référence ces seules APS, ce qui risque de minorer la taille du coût des APS pris en compte). Si on savait déterminer **C<sub>A</sub>**, trois opérations seraient possibles :



a/ Comparer  $C_A$  respectivement au coût en médicaments (chirurgie) permettant de réduire les pathologies ciblées et la mortalité, soit  $C_M$ , et au coût en régime alimentaire et diététique ayant le même effet, soit  $C_R$ .

b/ Si on était capable de bien délimiter les effets sur les pathologies (mortalité) de chacun des ‘traitements’ (i.e. APS, médicaments, diététique), on pourrait en déduire quelle pourrait être l’efficacité relative du développement de l’APS comme moyen de lutter contre les pathologies ciblées (et de réduire les dépenses de santé impliquées). On pourrait également calculer des ‘taux de substitution’ entre les 3 traitements : de quelle quantité faut-il augmenter le coût de l’APS pour avoir un effet identique sur les pathologies à celui d’une augmentation donnée du coût en médicaments ou celui d’une augmentation du coût en diététique.

c/ On pourrait calculer un bénéfice de l’APS pour la santé, ou du moins sa dimension monétaire, celle des dépenses de santé, soit :  $B = G - C_A$ .

- Il resterait alors un dernier problème à prendre en compte dans l’évaluation, celui du coût de ‘l’excès de pratique sportive’, soit  $C_E$ , lié aux pratiques excessives (en durée, en dangerosité), les pratiques de haut niveau et professionnelles et leur impact négatif sur la santé (du dopage aux accidents sportifs, on pourrait se contenter de l’évaluation monétaire des coûts de ces derniers).
- Le bénéfice net (économique) de l’APS sur la santé est :  $B = G - C_A - C_E$

Cependant, il peut paraître plus rationnel de ne pas mettre directement dans la balance l’impact économique des excès de pratique sportive ( qui relèvent d’une autre logique) et donc présenter séparément  $C_E$ . On se cantonne alors à  $B = G - C_A$  comme estimation du ‘plus’ économique apporté par l’APS à la santé.

**L’état présent de l’information et des études existantes ne permet pas de renseigner correctement et exhaustivement toutes les variables du modèle ci-dessus.**



## Les données existantes partielles / sectorielles

Des études mesurant le coût médical monétaire de l'inactivité physique (ex. Pratt, Macera & Wang ou étude canadienne) ou, mieux, estimant le coût économique, direct et indirect, de l'inactivité physique, d'où l'on peut déduire une estimation grossière et indirecte du **G** recherché, mais en faisant une GROSSE hypothèse : l'inactivité est le seul facteur de coût, et son corollaire inévitable, l'APS procurerait seule des gains symétriques (mais sans tenir compte d'autres facteurs comme la diététique, les médicaments). C'est la principale limite de l'existant par rapport à ce qui est recherché.

### Etude américaine (86-87) :

Coût des dépenses de santé pour un actif : 750€

Coût des dépenses de santé pour un inactif : 1025€

$$\Delta = 275 \text{ € par an}$$

### Etude Suisse (années 90):

L'activité physique pratiquée par une majorité de la population suisse permet d'éviter chaque année 2,3 millions de cas de maladie, représentant 2,7 milliards de frais de traitement directs (en francs suisses).

$\Delta a$  = Coût des dépenses de santé pour un inactif - Coût des dépenses de santé pour un actif = 370€

m = montant des dépenses liées à l'accidentologie sportive = 150 €

$$\Delta = \Delta a - m = 220 \text{ €}$$

*« Ces chiffres, ainsi que l'évaluation, plus délicate, du montant des frais indirects, permettent d'affirmer que l'encouragement à la pratique d'une saine activité sportive est important non seulement pour promouvoir la qualité de vie et la santé de l'individu, mais aussi du point de vue économique. »*

**Etude néerlandaise (Karin Proper, Willem van Mechelem, VU Medical Center, Amsterdam) :**

Programme de promotion de l'activité physique sur le lieu de travail : prévention primaire et objectif de réduction de l'absentéisme.

Coût par participant au programme la première année : **430€**

Bénéfice lié à la réduction de l'absentéisme (après un an de participation au programme) : **635€**

**Δ = 205 € par an**

**Seconde étude néerlandaise de l'Institut National pour la Santé Publique et l'Environnement (2006) :**

Mise en place d'un programme de promotion de l'activité physique pour la prévention des maladies liées au surpoids : après 5 ans, et pour un coût de 7 €par an par adulte (coût total du programme : 470 M€) ->Gains : baisse de l'obésité de 3% et de l'inactivité physique de 2%.

## Les données existantes attachées plus directement aux pathologies

### Les effets de la nutrition : une méthodologie applicable aux activités physiques ?

Des études identifiant plus précisément le coût de pathologies ciblées, par exemple celles recensées dans le rapport final « Nutrition et économie de la santé » réalisé pour le compte de la Direction Générale de la Santé en Mars 2006 (Responsable de l'étude : Jean de Kervadoué). Elles sont soumises à la même limite que dans la partie précédente. Mais étant plus détaillées, elles peuvent servir à une estimation grossière de **G** par agrégation des coûts des différentes pathologies (pondérées par leur poids relatif dans la population).

### Des évaluations chiffrées des coûts de pathologies comme le diabète ont été réalisées :

Montant annuel moyen par patient diabétique des dépenses maladie

Ressources consommées	Coût annuel moyen (en €)
Actes ambulatoires	683
<i>Dont</i>	
<i>Consultations</i>	282
<i>Actes paramédicaux</i>	212
<i>Examens complémentaires</i>	178
<i>Interventions en urgence</i>	11
Séjours hospitaliers	1 541
Traitements pharmacologiques	840
<b>TOTAL</b>	<b>3 064</b>

Le diabète sucré affecte 2,5 à 3% de la population française. Intégré dans les ALD il est un poste majeur des dépenses de santé, en 4<sup>ème</sup> position des remboursements avec en 2004 neuf milliards d'euros ( CNAMTS).

C'est une affection où l'impact direct de l'activité physique et sportive (APS ) est clairement établi. L'APS a la propriété de diminuer l'hyperglycémie, conséquence du diabète et facteur de risque principal des complications. Cet effet présent dans toutes les variétés de diabète est schématiquement proportionnel à l'intensité et à la durée de l'APS. Il apparaît dès l'effort et se prolonge jusqu'à 12 heures pour un exercice courant. La pérennité de l'effet hypoglycémiant nécessite l'intégration d'une APS régulière dans le mode de vie.

La pratique de l'APS s'inscrit ici dans une double perspective :

- La prise en charge thérapeutique des patients où l'exercice vient le plus souvent compléter les prescriptions de médicaments et la diététique . Son propre effet hypoglycémiant peut réduire ou supprimer les besoins de certains médicaments . De l'amélioration de l'équilibre glycémique, aisément évaluable, on anticipe la réduction du risque de complications tardives micro et macro vasculaires. La morbidité et la mortalité de ces dernières sont supérieures à celles des non diabétiques
- La prévention du diabète lui-même chez les sujets dits « prédiabétiques » souvent sédentaires et en surpoids où une réduction du risque d'environ 50% a été démontrée avec un recul allant jusqu'à 14 ans, sans équivalent pharmacologique à ce jour.

On peut considérer la promotion des APS comme légitime chez les diabétiques et potentiellement source d'économies sur plusieurs plans :

- Réduction de la consommation de médicaments anti diabétiques . A titre d'exemple, : un effort moyen d'environ une heure réduit les besoins d'insuline d'environ 20%,s'il est prolongé, jusqu'à 50%. chez les diabétiques de type 1
- Réduction globale de la consommation de soins ambulatoires,
- Réduction du taux d'entrée en ALD des sujets identifiés à risque
- Réduction des complications tardives par une meilleure maîtrise des facteurs de risque

Si le risque de iatrogénie des APS existe en contrepartie, son accroissement devrait être limité pour 2 raisons :

- Les hypoglycémies d'effort nécessitant un recours médical sont rares et le fait de certains médicaments et d'exercices intenses ; elles sont en grande partie évitables par l'éducation
- Les incidents ou accidents de la pratique des APS sont plus à attendre de pratiques initiales mal adaptées à la condition physique que de sports intensifs et collectifs dans une population majoritairement au-delà de 40 ans.

## Quels approfondissements ? Le « faisable »

Il a été jugé raisonnable d'adopter une approche séquentielle de réponse à la question posée, allant de l'immédiat au long terme et de l'existant à ce qu'il serait souhaitable de réaliser à l'avenir :

### 1. Recension (recensement-analyse) de l'existant

Pour en dégager une approximation 'à la louche' de **A** et **G**. En faisant la double hypothèse que ce qui vaut pour la Suisse ou les Pays Bas s'applique en France et que les APS sont un facteur parfaitement isolé d'autres actions sur les pathologies (mortalité). Mais impossibilité de dire quoique ce soit au sujet de **B**, faute de pouvoir approximer **C<sub>A</sub>** (sauf à prendre comme référence de ces coûts les seules pratique d'entretien et de loisir à partir des chiffres fournis par des fédérations oeuvrant dans ce secteur, ce qui risque de minorer ce coût, donc de donner une vision trop optimiste de **B**).

### 2. Approche directe par les pathologies

A partir d'un échantillon sélectionné de pathologies voir également rapport pour la DGS cité précédemment, sur l'influence de la nutrition sur la prévention, le développement et la récurrence d'un éventail de pathologies), on estime combien une réduction de x% de chaque pathologie représente comme gain en millions €. On agrège ensuite pour les différentes pathologies ciblées. Il reste à essayer de mesurer (ou retrouver dans les études existantes) quel type et quelle quantité d'APS provoque cette réduction de x% de la pathologie. On obtient une approximation de **G** par excès puisque ici encore l'on fait l'hypothèse que c'est l'APS seule (isolée d'autres facteurs thérapeutiques) qui est la cause de réduction de la pathologie.

Selon Santé Canada, les affections suivantes peuvent être prévenues ou au moins modifiées grâce à l'activité physique, à un changement de mode de vie ou de comportement :

- Maladies cardio-vasculaires : par exemple, réduction du risque d'AVC (accident vasculaire cérébral) de 50% ;
- Cancer ;
- Diabète : le diabète coûte chaque année un milliard de dollars au Canada. Une AP régulière permet de réduire le risque de développement d'un diabète non « insulino-dépendant » de 50% ;
- Ostéoporose ;
- Arthrite ;
- Obésité ;
- Maladies mentales (dépression, ...) ;
- Vieillesse de la population ;
- Blessures sur le lieu de travail.

### 3. Approche plus *'analytique'* des facteurs du coût (à envisager pour plus tard)

Elle partirait de l'idée que la réduction d'une pathologie a un coût composite, comportant un coût de l'APS ( $w$ ), un coût des médicaments ( $x$ ), un coût diététique ( $y$ ) et un coût lié à tous les facteurs d'environnement ( $z$ ). Il s'agirait alors d'estimer économétriquement le modèle de répartition des coûts suivants sur les différentes pathologies (à condition de pouvoir renseigner les quatre variables) :

$$C_p = k + a.w + b.x + c.y + d.z + u \quad (1).$$

Quant aux effets bénéfiques de l'APS en termes de réduction des pathologies, ils pourraient être estimés par un modèle de structure similaire :

$$G_p = K + a.W + b.X + c.Y + d.Z + u \quad (2)$$

où les variables majuscules sont respectivement la réduction du coût de la pathologie dû à l'APS, dû aux médicaments, etc.

L'existant ne permet pas de renseigner ces variables pour l'heure. C'est ici que s'impose l'idée de suivre une cohorte dans une région suffisamment représentative, avec un groupe de pilotage intégrant : la Région, le CROS, la CRAM, l'Université et ses experts (notamment les STAPS). Nous proposons 2 régions : le Limousin et Midi-Pyrénées. Ou bien / et un groupe pilote dans une pathologie spécifique (par exemple les transplantés)

### 4. Approche plus statistique et systématique (à plus long terme)

Il s'agirait d'inclure dans les questionnaires diffusés par l'INSEE des questions plus directement nécessaires à renseigner le modèle d'impact économique du sport sur la santé telles que, par exemple :

- un seuil minimal d'APS supposé bénéfique en termes de santé (30 minutes/jour proposé par l'OMS ?) ;
- et un seuil maximal de pratique excessive au-delà duquel l'APS a un coût spécifique lié aux risques d'accident, de surmenage, de dopage, etc.

L'abandon en 2006 du dispositif des enquêtes EPCV, dans le cadre de la mise en place au niveau européen d'enquêtes sur les Ressources et Conditions de Vie, empêche l'intégration des questions souhaitées : il n'y a plus de « véhicule » susceptible d'intégrer un tel module.

Une enquête spécifique lourde spécialement dédiée à la thématique « sport santé » serait très difficile à insérer dans le programme de travail INSEE avant 2014. A titre indicatif, le coût prévisionnel en serait de l'ordre de 800 000 €, soit 8 fois plus qu'un volet de l'ex-EPCV. A noter que la précision nécessitée entre autre par les notions de seuils et d'intensités de l'activité physique obligerait à des explications détaillées par l'enquêteur en mode « face à face », excluant l'entretien téléphonique. La faisabilité s'avère donc extrêmement délicate si l'on s'en remet à des questions d'ordre méthodologique.



Si l'enquête « Budget des familles » (la prochaine est prévue en 2011) s'avère trop lourde à remanier, celle sur l'Emploi du temps 2009 (déjà bouclée et en phase de test) a prévu d'intégrer des renseignements tels que la taille et le poids, finalité de la pratique sportive (plaisir, musculation, perte de poids) et notation dans le carnet journalier (temps consacré, lieux et entourage) qui pourraient être utilisés dans notre étude : les résultats seront disponibles courant 2011, il serait utile de préparer les questionnements nous intéressant à intégrer dans l'enquête suivante.

L'enquête Santé serait la mieux à même d'intégrer un questionnaire détaillé spécifique, sachant que la prochaine interviendra en 2013. Il sera en particulier désormais possible d'évaluer certaines catégories (enfants,...). Parmi les partenaires de l'INSEE ayant collaboré à la précédente enquête figurent : INSERM, IRDES, ORS, DREES, CNAMTS-DES, FNMF Mutualité Française.

Enfin, sera lancée en 2009 la nouvelle enquête ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) de suivi de 20 000 enfants sur 20 ans. Il a été indiqué que le financement de cette étude n'était pas acquis : sa réalisation n'est donc pas pour le moment assurée. Aucune question sur les APS n'est actuellement prévue dans cette étude, il est nécessaire de prendre d'urgence contact avec ses promoteurs, **parmi lesquels l'INSERM, l'INVS, l'INED**. pour intégrer ces questionnements dans l'hypothèse ou elle déboucherait finalement.

## Les pistes et préconisations

**1/ En prenant pour base le seuil défini par l'OMS (30' par jour) et en partant de la double hypothèse que ce qui vaut pour la Suisse, les USA ou les Pays Bas, s'applique en France et que les APS sont un facteur parfaitement isolé d'autres actions sur les pathologies (mortalité), ainsi qu'en chiffrant le coût supplémentaire lié à l'augmentation de la pratique ( $C_A$ ) par référence aux coûts des seules pratiques d'entretien et de loisir sur la base des chiffres fournis par des fédérations oeuvrant dans ce secteur, donner une approximation de la minoration des coûts de santé déjà induits par la pratique actuelle des APS dans notre pays, et en déduire les économies supplémentaires induites par une augmentation de 5, 10, 15 et 20% de la pratique des APS.**

**2/ Entamer sans délai les contacts avec l'INSEE et les promoteurs des enquêtes : « Budget des familles », « Santé » et « ELFE » afin d'intégrer dans les prochaines éditions de ces enquêtes les questionnements indispensables à nos propres études sur l'impact des APS sur les dépenses de santé.**

**3/ Envisager en interministériel le lancement d'une enquête spécifique lourde spécialement dédiée à la thématique « sport et santé ». (évaluation du coût par l'INSEE : 800 000€)**

**4/ A défaut ou en complément :**

- **suivre une cohorte dans une région suffisamment représentative**, avec un groupe de pilotage intégrant : la Région, le CROS, la CRAM, l'Université et ses experts (notamment les STAPS). **Nous proposons 2 régions : le Limousin et Midi-Pyrénées.**
- **Ou bien / et un groupe pilote dans une pathologie spécifique (par exemple les transplantés qui constituent une population suffisante et déjà sensibilisée à ce thème)**

**5/ Lancer des études complémentaires pour mieux définir les seuils de « pratique minimale » et « pratique maximale » pour potentialiser au maximum les effets positifs des APS sur la santé.**



Les experts ayant participé à la réalisation de cette étude :

**Listing noms/fonctions/organismes**