



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Le Basket Santé : évaluation, bénéfices et perspectives sur une cohorte de participants au cours de la saison 2017/2018



“Basket Santé”: Evaluation, benefits and perspectives on a cohort of participants during the 2017/2018 season

P. Breton^{a,*}, R. Morello^b, J. Blanc-Gonnet^c, C. Le Houerou^c,
X. Le Coutour^a, J.-Y. Guincestre^c

^a UFR Santé, pôle de formation et de recherche en santé, 2, rue des Rochambelles, CS 14032, 14032 Caen cedex 5, France

^b Unité de biostatistique et de recherche clinique, CHU de Caen Normandie, avenue de la Côte-de-Nacre, 14000 Caen, France

^c Fédération française de Basketball, 117, rue du Château-des-rentiers, 75013 Paris, France

Reçu le 4 avril 2019 ; accepté le 21 mai 2019

Disponible sur Internet le 17 juin 2019

MOTS CLÉS

Sport ;
Santé ;
Basketball ;
Pathologie ;
Bien-être

Résumé

Introduction. — Dans le cadre du plan « Sport-Santé-Bien-être », la Fédération française de basketball a mis en place le « Basket Santé ». Il s'agit d'un dispositif de sport adapté à tous les publics. Depuis 2015, il y a eu 269 sessions labellisées « Basket Santé » en France. Nous évaluerons l'impact que peut avoir le « Basket Santé » sur l'amélioration de la condition physique des pratiquants.

Méthodes. — Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée à l'échelle nationale en France au cours de la saison 2017/2018 dans les clubs et associations labellisés « Basket Santé ». Des questionnaires incluant des informations générales ont permis l'évaluation sous forme d'un score (de 7 à 35) de la condition physique de chaque participant avant et après la mise en place de ce dispositif. Des analyses en composante principale ont été réalisées pour évaluer l'impact de ce dispositif au cours de la période.

Résultats. — L'étude a recueilli 127 participants (sex-ratio : H/F=0,34) âgés en moyenne de $51,4 \pm 14,3$ ans, 37 % d'entre eux déclaraient avoir une pathologie. L'impact du dispositif a montré que les caractéristiques du groupe « pathologie » se rapprochaient de celles du groupe « sans pathologie » après la pratique d'une session « Basket Santé ».

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierrebreton2@gmail.com (P. Breton).

KEYWORDS

Sport;
Health;
Basketball;
Pathology;
Well-being

Conclusion. — Le « Basket Santé » apparaît s'adapter à tous et semblerait avoir un effet significatif sur une amélioration de la condition physique et l'état de santé des pratiquants. Ce dispositif répond donc à un triple objectif de prévention, de promotion de la santé et de bien-être.
© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. — As part of the "Sport-Health-Well-being" plan, the French Basketball Federa-

tion has set up the "Basket Santé". This is a sport device suitable for all audiences. Since 2015, there have been 269 sessions labeled "Basket Santé" in France. We will evaluate the impact that the "Basket Santé" can have on the improvement of the fitness of the practitioners.

Methods. — This is a cross-sectional descriptive study conducted nationally in France during the 2017/2018 season in clubs and associations labeled "Basket Santé". Questionnaires including general information allowed the assessment in the form of a score (from 7 to 35) of the physical condition of each participant before and after the installation of this device. Principal component analyzes were conducted to assess the impact of this device over the period.

Results. — The study enrolled 127 participants (sex ratio: H/F=0.34) with an average age of 51.4 ± 14.3 years, 37% of whom reported having a pathology. The impact of the device showed that the characteristics of the "pathology" group were close to those of the group "without pathology" after the practice of a "Basket Santé" session.

Discussion. — The "Basket Santé" appears to be adapting to all and would seem to have a significant effect on improving the fitness and health status of the practitioners. This device answers to three objectives of prevention, health promotion, and well-being.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

1.1. Sport-Santé-Bien-être

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [1]. L'activité physique, selon la charte européenne du sport correspond à toutes les formes d'activités physiques et sportives (APS) qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux. Le Sport-Santé recouvre donc la pratique d'APS qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant.

Dès 2007, l'Inserm [2] rapporte l'intérêt de la pratique sportive comme prévention primaire pour se maintenir en bonne santé et prévention tertiaire comme thérapie de certaines pathologies.

Ainsi, en octobre 2012, le gouvernement français lance une politique publique « Sport-Santé-Bien-être » [3] qui encourage la pratique d'activité physique et sportive adaptée à tous les publics dans le but de répondre aux recommandations de l'OMS.

1.2. Basket Santé

Afin de répondre à cette politique « Sport-Santé-Bien-être », la Fédération française de basketball (FFBB), appuyée par un groupe d'experts médicaux et sportifs, a mis en place le « Basket Santé » [4]. Il s'agit d'un dispositif conçu pour la santé et le bien-être. La pratique classique du basketball s'adresse à tous les publics avec ou sans pathologies sans conditions d'âge. Pour ce faire, le matériel (ballons, paniers,...) et les règles (pas de contacts, pas de sauts,...) ont été adaptés [5]. Aujourd'hui en France, et depuis 2015, il y a eu 269 sessions labellisées « Basket Santé » proposées à des personnes allant du quarantenaire valide voulant retrouver une bonne condition physique à la personne âgée dépendante en établissement pour personnes âgées dépendantes. Le « Basket Santé » peut faire l'objet d'une recommandation médicale : il est inscrit dans le Medicosport-santé établi par le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) [6].

1.3. Objectifs

L'objectif de notre étude est de décrire la population pratiquant le « Basket Santé » et d'évaluer l'impact que celui-ci peut avoir sur l'amélioration de la condition physique afin de

répondre à la question suivante : le « Basket Santé » s'inscrit-il dans une démarche de Sport-Santé-Bien-être efficace ?

2. Méthodes

2.1. Le questionnaire bilan

Afin d'optimiser et renouveler ces sessions labellisées, la FFBB demande un retour sous forme d'une fiche d'évaluation bilan incluant des données sur chaque participant :

- les informations générales : le sexe, l'âge, l'état de santé, la démarche du pratiquant pour le « Basket Santé », la pratique ancienne d'une discipline sportive, l'état de la vie sociale en interrogeant sur la fréquence de fréquentation de ses amis, d'associations, d'activités sociales ;
- un bilan initial et final : un score sur 35 points a été établi à partir de 7 questions/variables cotées pour chacune d'elles sur 5, 5 étant la meilleure cotation et 1 la moins bonne. Pour l'analyse statistique, nous avons également divisé ce questionnaire en deux sous scores, le premier, le score d'activités quotidiennes sur 20 (initial et final) et le second, le score d'activités sportives sur 15 (initial et final).

2.2. Population et période

Notre étude s'intéresse à toutes les personnes ayant participé, terminé et complété le questionnaire bilan d'une session de « Basket Santé » au cours de la période 2017/2018 dans les clubs ou associations françaises labellisées « Basket Santé ».

2.3. Analyse statistique

Il s'agit d'une étude descriptive transversale. Les données des fiches bilan ont été importées sur EpiData Manager 4.4.1.0 et analysées sur R 3.5.1. Les données recueillies ont été anonymisées et la Conseil national informatique et liberté a donné son accord pour l'exploitation de ses données. Les scores d'activité sont présentés à l'aide d'une représentation graphique dite Boxplot (boîtes de dispersion) constituée d'un rectangle de longueur égale à la mesure de l'intervalle interquartile « IQR » (différence entre les 3^e et 1^{er} quartiles, soit $Q3 - Q1$) au sein duquel la médiane est marquée par un trait horizontal. De ce rectangle, on trace deux traits inférieur et supérieur correspondant respectivement à $Q1 - 1,5 \text{ IQR}$ et $Q3 + 1,5 \text{ IQR}$. La ou les valeurs en dehors de ce dernier intervalle [$Q1 - 1,5 \text{ IQR}$, $Q3 + 1,5 \text{ IQR}$] correspondent à des valeurs extrêmes. Deux analyses en composantes principales (ACP) ont été réalisées avec les logiciels « R » et IBM-SPSS 22.0. Les figures ci-rapportant montrent la structure des variables à partir de leurs coordonnées sur les axes principaux déterminées par l'ACP avec rotation Varimax (adéquation à un plan orthonormé) ainsi que la répartition des sujets dans ce plan. Les ellipses présentées montrent l'orientation des nuages de points représentant les sujets selon leur appartenance aux groupes « pathologie ou non ».

Les intervalles de confiance sont donnés à 95 % et notés entre crochets.

3. Résultats

3.1. Description de la population

L'étude a recueilli 127 bilans de participants à une session labellisée « Basket Santé ».

La population se compose de 32 (25,2 %) hommes et 95 (74,8 %) femmes. Sur l'ensemble de la population, l'âge moyen est de $51,4 \pm 14,3$ ans, les valeurs extrêmes (VE) de 14,0 ans et 88,0 ans, la médiane de 49,0 ans. Chez les hommes, l'âge moyen est de $52,3 \pm 15,9$ ans, les VE de 14,0 à 85,0 et la médiane de 52,5. Chez les femmes, l'âge moyen est de $51,2 \pm 13,8$ ans, les VE de 26,0 à 88,0 et l'âge médian de 48,0.

Les participants ayant une pathologie sont 47, soit 37 %, 12 sont des hommes, soit 37,5 % de ces derniers et 35 sont des femmes, soit 36,8 % de celles-ci. Les pathologies sont classées en 4 classes et se répartissent comme suit : 52,3 % rhumatologiques, 27,3 % cardiovasculaires, 6,8 % cancérologique et 13,6 % métaboliques.

Leur participation au « Basket Santé » a suivi une démarche individuelle pour 89 % d'entre eux. 9,4 % proviennent d'une démarche collective et 1,6 % d'une prescription médicale.

L'antécédent d'une pratique sportive est retrouvé chez 92 personnes, soit 72,4 % dont 75 % chez les hommes et 71,6 % chez les femmes. Le basketball est cité comme un sport déjà pratiqué pour 49 % des participants.

La vie sociale est considérée comme élevée chez 108 personnes, soit 85 %.

3.2. Score de l'activité quotidienne

Le questionnaire « Bilan » est divisé en deux parties, l'une sur l'activité quotidienne et l'autre sur l'activité sportive. Le score de l'activité quotidienne s'intéresse à l'intensité physique au cours de l'activité professionnelle, aux heures consacrées aux travaux légers, à la durée de marche par jour et enfin, au nombre d'étage montés à pied par jour. Ces 4 paramètres sont cotés en activité croissante de 1 à 5, 1 étant le plus faible ou le moins et 5 le plus intense ou le plus.

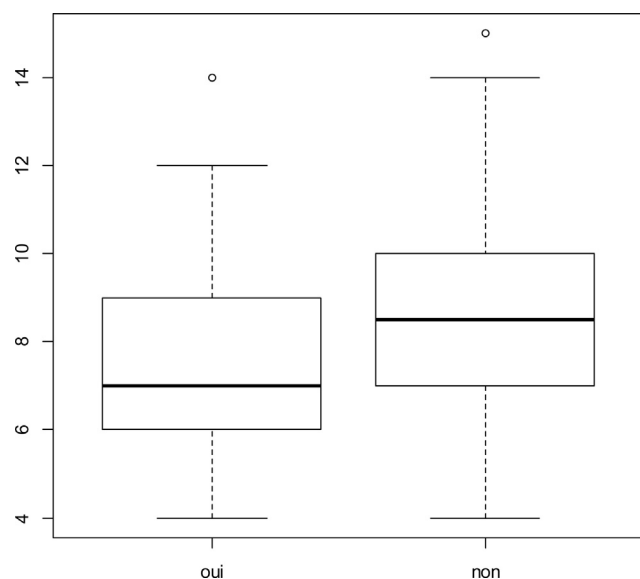
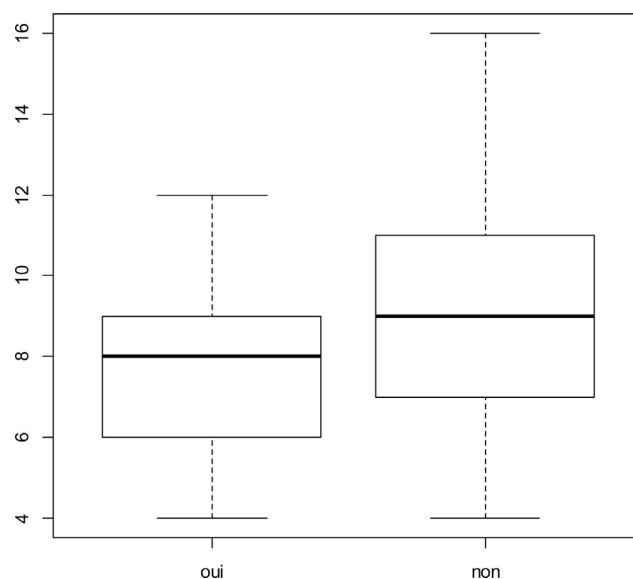
Dans notre étude nous avons comparé les moyennes du score de l'activité quotidienne obtenues par les participants avant et après la pratique du « Basket Santé ».

Sur l'ensemble des participants, on obtient initialement un score moyen de 8,3 [7,8–8,7] et après la session de 8,6 [8,1–9,1], la différence est non significative (Tableau 1). Lorsque que l'on effectue la même comparaison de la différence des scores mais en fonction du sexe ou du statut pathologique des participants on obtient aucune différence significative dans le sens d'une amélioration.

Cependant, on constate, entre le fait ou non d'avoir une pathologie une différence significative, d'une part, entre les scores initiaux et, d'autre part, entre les scores finaux ($p = 0,02$) (Fig. 1 et 2).

Tableau 1 Moyennes et intervalles de confiance à 95 % des scores en général et en fonction du sexe et du statut pathologique (* $p > 0,05$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,01$; **** $p \leq 0,001$).

	Activités quotidiennes (/20)		Activités sportives (/15)		Score global (/35)	
	Moyen	IC 95 %	Moyen	IC 95 %	Moyen	IC 95 %
Générale						
Initial	8,3	7,8 ; 8,7	8,5	8,1 ; 9,0	16,87	16,1 ; 17,6
Final	8,6	8,1 ; 9,1	9,8	9,4 ; 10,2	18,43	17,7 ; 19,2
<i>p</i>	*		****		****	
Sexe						
H						
Initial	7,9	6,9 ; 8,9	8,2	7,2 ; 9,3	16,1	14,4 ; 17,8
Final	7,7	6,8 ; 8,6	9,7	8,7 ; 10,7	17,4	16,0 ; 18,8
<i>p</i>	*		***		*	
F						
Initial	8,4	7,9 ; 8,9	8,7	8,1 ; 9,2	17,1	16,2 ; 18,0
Final	8,9	8,3 ; 9,5	9,9	9,4 ; 10,3	18,8	17,9 ; 19,7
<i>p</i>	*		****		****	
Pathologie						
Oui						
Initial	7,6	6,8 ; 8,3	7,9	7,1 ; 8,8	15,6	14,1 ; 17,0
Final	7,7	7,0 ; 8,5	9,7	8,9 ; 10,5	17,4	16,2 ; 18,6
<i>p</i>	*		****		**	
Non						
Initial	8,7	8,2 ; 9,3	8,9	8,3 ; 9,5	17,6	16,7 ; 18,5
Final	9,1	8,4 ; 9,7	9,9	9,4 ; 10,4	19	18,1 ; 19,9
<i>p</i>	*		****		**	

**Figure 1** Boxplot du statut pathologique en fonction du score initial des activités quotidiennes. Différence significative $p=0,02$.**Figure 2** Boxplot du statut pathologique en fonction du score final des activités quotidiennes. Différence significative $p=0,02$.

3.3. Score de l'activité sportive

Le score de l'activité sportive est évalué par la fréquence, le nombre de minutes par séance et à la perception de l'effort

physique. Ces 3 paramètres sont déjà présent dans le questionnaire.

Le score initial moyen est de 8,55 [8,07–9,04] et le score final moyen de 9,83 [9,4–10,2] la différence est significative ($p \leq 0,001$).

Chez les pratiquants masculin, initialement le score est de 8,2 [7,2–9,2] et après la session de 9,7 [8,7–10,7], la différence est significative ($p \leq 0,01$). De la même manière chez les femmes, le score initial est de 8,7 [8,1–9,2] et le score final de 9,9 [9,4–10,3], la différence est également significative ($p \leq 0,001$).

Les pratiquants ayant une pathologie présentent un score initial moyen de 7,9 [7,1–8,8] et final de 9,7 [8,9–10,5] ($p \leq 0,001$). De même pour les sujets indemnes de pathologie le score initial moyen est de 8,9 [8,3–9,5] et le score final de 9,9 [9,4–10,4] ($p \leq 0,001$) (Tableau 1).

3.4. Score du bilan global

Le score global initial moyen est de 16,87 [16,1–17,6] et le score final de 18,43 [17,7–19,2], la différence est significative ($p \leq 0,001$).

Chez les femmes, le score initial moyen est de 17,1 [16,2–18,0] et le score final de 18,8 [17,9–19,7], la différence est significative ($p \leq 0,001$). Chez les hommes, il n'y a pas de différence significative dans le sens d'une amélioration (Tableau 1).

Pour les personnes ayant une pathologie, le score global initial moyen est de 15,6 [14,1–17,0] et le score final de 17,4 [16,2–18,6] ($p \leq 0,05$). Chez les personnes indemnes de pathologie, le score initial moyen est de 17,62 [16,7–18,5] et le score final de 19,0 [18,1–19,9] ($p \leq 0,05$) (Tableau 1).

Pour le score initial global en fonction du statut pathologique, on constate une différence significative ($p = 0,01$), en revanche, on ne retrouve pas cette différence pour le score global final (Fig. 3).

3.5. Analyse en composante principale en fonction du statut pathologique

Les ACP ont été réalisées au bilan initial et au bilan final en prenant en compte les 7 variables du questionnaire.

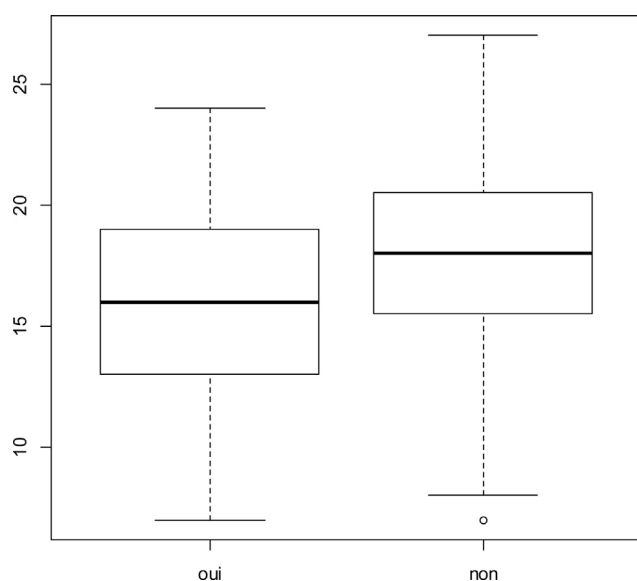


Figure 3 Boxplot du statut pathologique en fonction du score global initial. Différence significative $p = 0,01$.

L'ensemble des sujets de l'étude sont identifiés sur les deux diagrammes des ACP en individualisant le caractère pathologique ou non.

La première ACP, établie sur les données recueillies avant la session, montre sur le diagramme (Fig. 4) une nette différence entre le groupe pathologique (ellipse bleue) et le groupe non pathologique (ellipse jaune) ce résultat se rapproche des résultats précédent (boxplot Fig. 1 et 3). La seconde ACP, établie sur les données consécutives à la session, montre sur le diagramme (Fig. 5) une bascule de l'ellipse bleue qui se rapproche de l'ellipse jaune, semblant signifier que le groupe des pratiquants avec pathologie rejoint celui indemne de pathologie.

4. Discussion

4.1. Le « Sport-Santé-Bien-être »

Nos résultats montrent que la participation pendant une saison à une session de « Basket Santé » semblerait permettre une amélioration globale de la condition physique, en effet l'augmentation de 1,56 points entre les moyennes des scores initiaux et finaux globaux le montre. Le « Basket Santé » (BS) s'inscrit donc dans la politique « Sport-Santé-Bien-être », en effet cette discipline s'inscrit bien dans une démarche de promotion de l'APS puisque 35 des participants n'avaient pas d'activité physique et sportive avant le début de cette session de BS. Donc pour ces personnes il y a bien eu une promotion.

Le « Basket Santé » s'inscrit parfaitement dans la dynamique des APS adaptés à des publics « à besoins particuliers », en effet, il est proposé à des personnes pouvant souffrir d'une pathologie comme c'est le cas pour 37 % de notre population.

4.2. Un effet concret sur la santé

Lorsque l'on intègre dans l'ACP toutes les variables des bilans initiaux aux groupes des personnes déclarant une pathologie ou non, on remarque deux profils ou ellipses bien distincts (Fig. 4). Cependant, cette même analyse au bilan final montre que les deux profils ou ellipses ont tendance à se rapprocher voir à se superposer. Les caractéristiques d'activité des pratiquants avec une pathologie se rapprochent de celles des pratiquants sans pathologies. La pratique du « Basket Santé » semblerait apporter un bénéfice sur les caractères sélectionnés entre les tests initiaux et finaux en particulier pour les pratiquants avec une pathologie.

La FFBB a attribué 287 licences de « Basket Santé » au cours de la période de l'étude cependant il n'était pas nécessaire d'être licencié « Basket Santé » pour y participer, une simple licence de la fédération pouvait suffire. La FFBB estimerait le nombre réel de participant entre 800 et 1000. Le faible effectif de notre étude montre qu'il est indispensable d'optimiser le mode de recueil d'information.

Une session de « Basket Santé » peut durer entre 3 et 18 mois, dans notre étude nous n'avions pas accès à l'information de durée de la session pour chaque participant. Il faut donc prendre en compte comme une des limites de notre étude le fait que les effets du « Basket Santé »

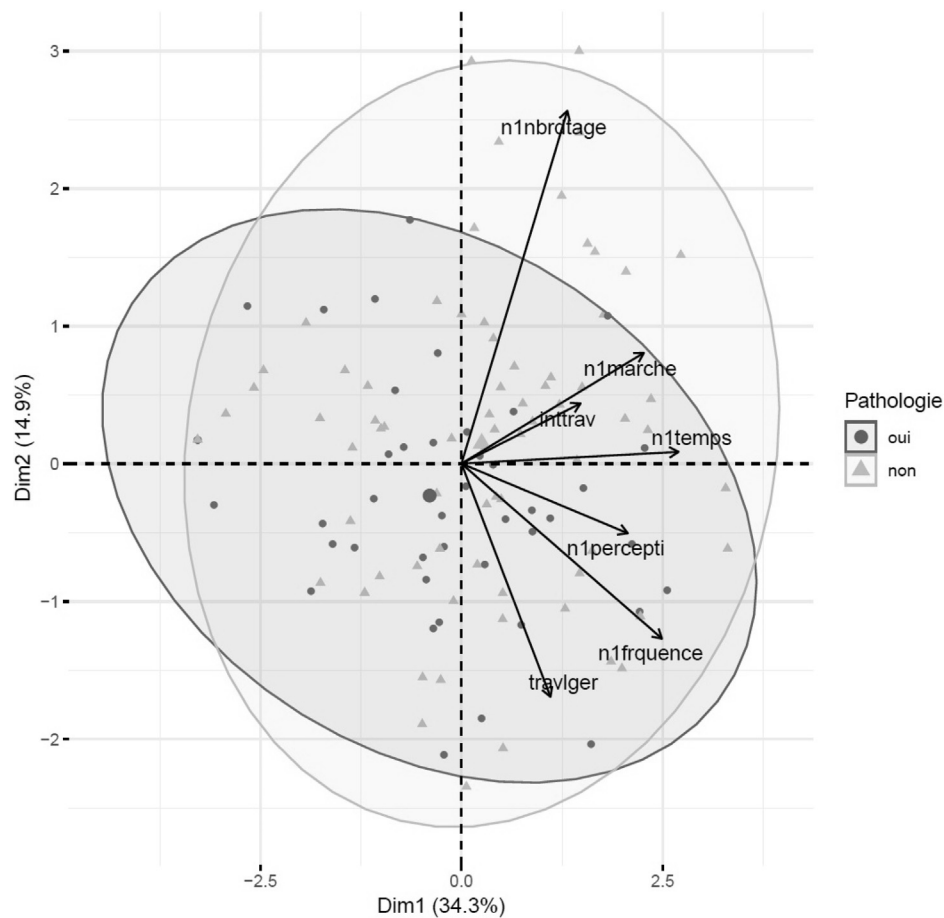


Figure 4 Diagramme de l'analyse en composante principale des variables du bilan initial (Intrav : Intensité du travail quotidien ; travlger : travaux menagers légers au quotidien ; n1marche : temps consacré à la marche tous les jours ; n1nbrdtage : nombre d'étages montés par jours ; n1frquence : fréquence de l'activité physique ; n1temps : temps consacré à l'activité physique à chaque séance ; n1percepti : perception de l'activité physique) en fonction du groupe pathologique ou non.

peuvent être ressentis entre 3 à 18 mois après le début de la pratique.

4.3. Majoritairement féminin et plus de 50 ans

La politique « Sport-Santé-Bien-être » prévoit une APS pour tous les âges, on constate dans notre étude que le BS répond à ce critère, en effet, nous retrouvons des participants âgés de 14 à 88 ans même si l'âge moyen est relativement élevé 51,44 ans.

La population de notre étude est principalement féminine 74,8 %. Cette répartition est en lien avec l'étude de l'INSEE [7] basée sur 12 000 ménages en 2015 montrant une augmentation de la proportion des femmes pratiquant une APS régulièrement par rapport aux hommes passé 50 ans, respectivement 36 % contre 30 %. Notre moyenne d'âge étant de 51,4 ans cela est cohérent. Dans la même étude, un des principaux freins à la pratique sportive des femmes est la compétition, 52 % des hommes pratiquant une APS régulièrement participent à des compétitions là où les femmes ne sont que 17 %. Le « Basket Santé » et plus globalement le Sport-Santé ne donne pas lieu à des compétitions cela pourrait donc expliquer cet attrait de la part des femmes.

Lorsque l'on compare le groupe des hommes et celui des femmes en fonction de leurs scores initiaux et finaux, on se rend compte qu'il n'y a aucune différence significative. Cependant en intra-groupe, on constate des différences plus ou moins significative. Par exemple, le score global des hommes n'augmente pas significativement entre l'initial et le final là où celui des femmes augmente avec un $p \leq 0,001$. On peut donc penser que la session de BS est plus profitable aux femmes, plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela, le nombre de pratiquante plus important peut avoir une influence sur la significativité ; nous n'avons aucune donnée fiable sur l'assiduité de chacun des participants, on peut donc supposer que les femmes seraient plus assidue et donc profiteraient d'une meilleure progression.

4.4. Une discipline qui commence à se démocratiser

Concernant l'accès à tous les publics, le « Basket Santé » apparaît pour le moment peu démocratisé. En effet, lorsque l'on regarde la qualité de la vie sociale des participants on s'aperçoit que celle-ci est considérée comme élevée pour 85 % d'entre eux. Cela signifie plusieurs choses, si

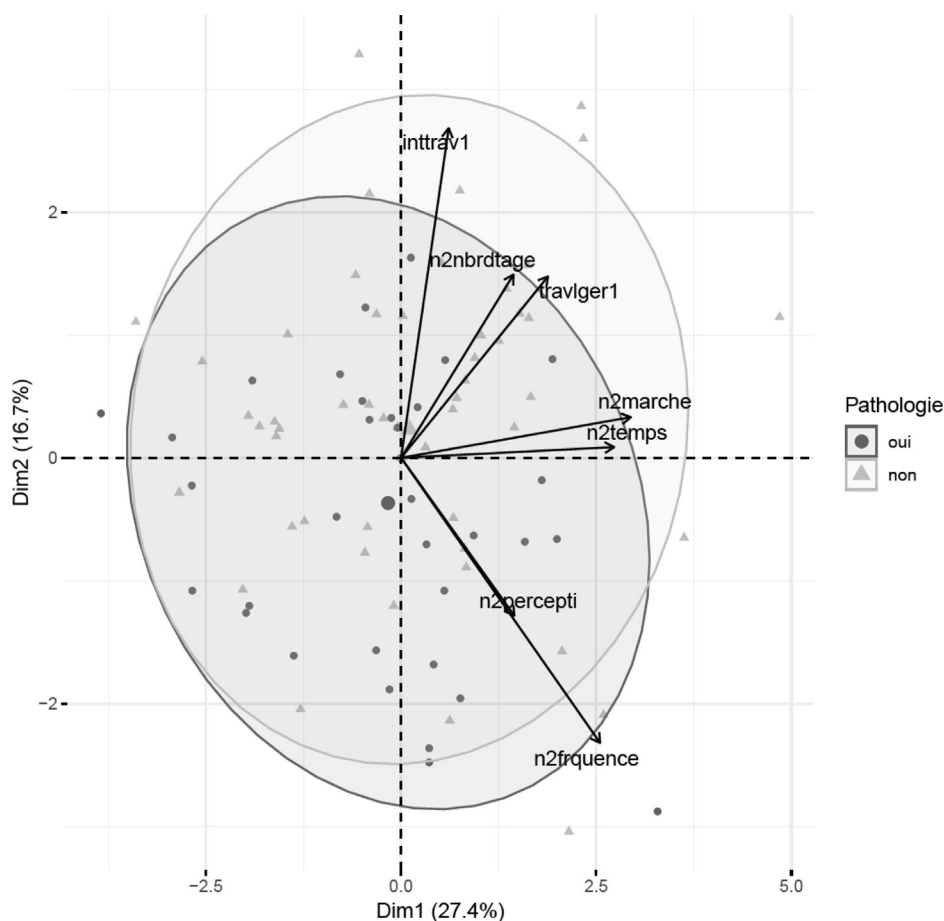


Figure 5 Diagramme de l'analyse en composante principale des variables du bilan final (Intrav1 : Intensité du travail quotidien ; travlger1 : travaux ménagers légers au quotidien ; n2marche : temps consacré à la marche tous les jours ; n2nbrdtage : nombre d'étages montés par jours ; n2frquence : fréquence de l'activité physique ; n2temps : temps consacré à l'activité physique à chaque séance ; n2percepti : perception de l'activité physique) en fonction du groupe pathologique ou non.

l'on considère qu'une vie sociale élevée peut avoir un lien avec un niveau de vie plus favorable, on peut donc dire que le « Basket Santé » concerne pour l'instant un public au niveau de vie confortable et ayant donc accès facilement à l'information.

Il aurait été intéressant de demander la catégorie socio-professionnel ou le niveau d'éducation des participants. En effet, dans la même étude de l'INSEE, on constate que 60 % des personnes avec un niveau de vie élevé pratiquent une APS, seulement 20 % chez les personnes avec un niveau de vie faible. De la même manière, les personnes avec un niveau BAC +2 sont 63 % (femmes) et 66 % (hommes) à pratiquer une APS là où les personnes non diplômées sont respectivement 21 % et 32 %.

Cependant, on constate que 51 % des participants ne pratiquaient pas auparavant du basket pour ceux qui pratiquaient déjà une APS cela montre malgré tout une démocratisation mais dans le domaine des personnes pratiquant déjà une activité.

De plus, 27,6 % des pratiquants de cette saison n'avait auparavant pas pratiqué d'APS, cela montre donc que le « Basket Santé » commence à toucher des publics non familiers à l'APS. Cela répond donc à l'objectif de santé publique

fixé par le plan « Sport-santé-bien-être » de développer l'activité physique et sportive chez tous les français.

4.5. Pour la prise en charge du Sport-Santé

Lorsque l'on regarde l'origine des participants on constate à 89 % que la démarche est individuelle, la prescription médicale représente seulement 1,6 % des origines. Pourtant, le 30 décembre 2016, un décret [8] sur le sport santé est paru donnant accès à la prescription d'une APS pour les patients souffrant d'une affection de longue durée. Mais la prescription médicale n'étant pour l'instant pris en charge uniquement par certaines mutuelles, cela semble normale qu'elle concerne une minorité de participants. Cependant, il semble de plus en plus évident que l'APS est fondamentale dans la prise en charge globale des pathologies et plus largement en prévention primaire ou secondaire. La caisse primaire d'assurance maladie devrait donc dans les prochaines années reconsidérer ses positions pour permettre une participation au moins partielle à la prise en charge du sport santé. De plus, il serait intéressant d'établir plus de partenariats avec des médecins traitants pour prescrire du

« Basket Santé » et d'un autre côté continuer à développer des sessions de « Basket Santé » partout sur le territoire. Il paraît aujourd'hui fondamentale de former les personnels de santé à ces nouvelles pratiques du sport pour les patients et avec les patients.

4.6. Lutter contre la sédentarité

Une question sur les activités sédentaires dans notre questionnaire n'a montré aucune amélioration avant et après la session. Cependant, cela n'est pas forcément péjoratif pour l'étude, en effet, il s'agit ici de ne pas assimiler sédentarité avec aucune pratique physique et sportive. On peut tout à fait pratiquer une APS 3 à 4 fois par semaine pendant au moins 45 minutes par séance en suivant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé tout en ayant un mode de vie sédentaire, comme le fait d'avoir un travail majoritairement en station assise.

Ainsi, le BS agit de façon immédiate au niveau de l'APS et non de la sédentarité. À plus long terme, on peut penser que la sédentarité des participants pourrait diminuer avec des conseils dispensés en séance.

Il faudrait ajouter plus de formation sur la lutte contre la sédentarité, avec notamment des messages de prévention et/ou de promotion de la santé comme l'utilisation des escaliers, la marche pour faire ses courses...

4.7. Perspectives et limites

Notre étude pourrait être complétée par une étude Cas/Témoin qui permettrait d'établir précisément le bénéfice de la pratique du « Basket Santé » comme activité physique et sportive chez des sujets avec ou sans pathologie. Néanmoins, dans un premier temps, un nouveau questionnaire de suivi devrait être mis en place, plus court et accessible en ligne dans le but de permettre un suivi encore plus effectif de chaque participant. Il serait intéressant dans une prochaine étude de pouvoir récupérer la totalité des bilans des pratiquants afin d'obtenir une analyse plus puissante. À ce jour, on retrouve un nombre très restreint d'études portant sur cette thématique ce qui limite les comparaisons que nous aurions pu faire si les recherches publiées avaient été plus nombreuses. Le questionnaire était sous forme d'autoévaluation, cela constitue donc une limite sur la déclaration des pratiquants.

5. Conclusion

Le « Basket Santé » s'inscrit dans la politique du « Sport-Santé-Bien-être ». Sport ou plutôt Activité physique et

sportive il s'adapte à tous pour proposer une discipline sans danger physique comme pourrait l'être le sport traditionnel souvent connoté de haut niveau. Santé, il permettrait d'améliorer significativement la condition physique des pratiquants et donc leur santé. Bien-être, il devient un rendez-vous social pour les pratiquants en créant autour d'eux un nouveau tissu social bienveillant et sans compétition. Une prévention primaire, secondaire ou tertiaire est mise en place à travers la promotion de l'APS, l'adaptation des activités proposées.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des clubs, des associations, des professionnels intervenant pour le « Basket Santé ».

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé; 2005 <http://www.apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>.
- [2] Inserm. Activité physique, contextes et effets sur la santé. Éditions Inserm; 2007 <http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/1-inserm.pdf>.
- [3] Ministère de la Santé et des Sports. La pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique. Communication en conseil des ministres du 10 octobre 2012; 2012.
- [4] Fédération française de Basketball. Plaquette « Basket Santé »; 2017 http://www.ffbb.com/sites/default/files/2017-10-04_5_bs_plaquette_basket_sante.pdf.
- [5] Fédération française de Basketball. Présentation et règles « Basket Santé »; 2016 http://www.ffbb.com/sites/default/files/2016-03-17_t.bs.doc.presentation.vfin.pdf.
- [6] Centre national olympique et sportif français. MEDICOSPORT-SANTE; 2017 <http://www.franceolympique.com/files/File/actions/sante/outils/MEDICOSPORT-SANTE.pdf>.
- [7] Gleize F, Pénicaud E. Pratiques physiques ou sportives des femmes et des hommes : des rapprochements mais aussi des différences qui persistent. Inserm première; 2017 [n° 1675].
- [8] Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée Legifrance; 2016 <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>.