



**HAL**  
open science

# Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards

Julien Anis

► **To cite this version:**

Julien Anis. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01272842

**HAL Id: dumas-01272842**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01272842>**

Submitted on 11 Feb 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ANALYSE DES FREINS A LA PRESCRIPTION DES**  
**ACTIVITES PHYSIQUES**  
**CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**Le Mercredi 16 décembre 2015**

**Par Julien ANIS**

**Né à Angers le 09/12/1980**

Le Président du Jury : **Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU**

Les Membres du Jury : **Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE**

**Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELOT**

**Monsieur le Docteur Cyril PAGE**

**Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT**

Le directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Raoul SPINDLER**



**A mon président de jury,**

 **Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M)

Merci de m'avoir accueilli dans votre service. Ce fut 6 mois très enrichissants.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération

**A mon juge,**

★ **Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Rhumatologie)

Responsable du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Permettez moi de vous exprimer mes sincères remerciements

et le témoignage de ma haute considération.

**A mon juge,**

 **Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Médecine physique et de Réadaptation)

Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique

Pôle "Autonomie"

Merci de m'avoir accepté dans le groupe de capacité de médecine du sport cette année.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect.

**A mon juge,**

★ **Monsieur le Docteur Cyril PAGE**

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Merci pour votre enseignement de l'anatomie, pendant l'école de manipulateurs en électroradiologie médicale puis durant mes études de médecine.

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail,  
Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

**A mon juge,**

 **Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT**

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier (Médecine interne)

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger.

Recevez le témoignage de ma sincère gratitude.



**A mon directeur de thèse,**

 **Monsieur le Docteur Raoul Spindler**

Médecin généraliste à Auneuil  
Maître de stage des universités (MSU) pour le troisième cycle.

Merci pour votre disponibilité et votre investissement dans l'élaboration de cette thèse.

Je vous souhaite une excellente et longue retraite.

**A ma femme, Delphine,**

Je ne te remercierai jamais assez pour le soutien et l'amour que tu m'as apporté, que tu m'apportes et que tu m'apporteras. Ton courage et ta détermination sont impressionnants. Ta présence auprès de moi est une chance, Je t'Aime.

**A mes enfants,**

Victor, Pierre et Baptiste.

**A mes parents,**

Merci pour votre soutien . Merci de m'avoir laissé partir si jeune du foyer familial pour assouvir ma passion du sport.

**A ma « belle famille »,**

Merci pour votre soutien, encouragements et relectures.

**Aux autres membres de ma famille, Merci.**

**A Caroline et Arnaud, Merci pour vos conseils avisés.**

**A mes Amis,** Merci pour votre soutien. Si St-Arnoult, Saint patron des brasseurs me le permet, vous goûterez prochainement un très bon breuvage.

**A Benjamin,** Merci pour les statistiques.

**A mes maîtres de stage,** Merci pour votre enseignement.

**Aux médecins que je remplace,** Merci de me faire confiance.

**A l'équipe de l'URPS,** Merci pour votre accueil, votre aide logistique et votre gentillesse.

# SOMMAIRE

LEXIQUE.....	11
INTRODUCTION.....	13
A- Activité physique : définitions et mesures.....	14
B- Épidémiologie de la sédentarité :.....	16
C- Conséquences sanitaires et économiques de la sédentarité.....	17
D- Bénéfices des activités physiques sur la santé.....	18
E- Promotion de l'activité physique – État des lieux.....	20
F- Prescription des activités physiques.....	23
G- Présentation des objectifs.....	27
MATERIEL ET METHODE.....	28
RESULTATS.....	29
A- Caractéristiques de l'échantillon :.....	29
B- Objectifs de la prescription des activités physiques.....	30
C- Temps consacré à la prescription.....	35
D- Obstacles à la prescription de l'activité physique.....	35
E- Facteurs facilitant la prescription des activités physiques.....	39
DISCUSSION.....	42
A- Sur la participation.....	42
B- Sur les caractéristiques des médecins.....	43
C- Sur les caractéristiques des freins retrouvés :.....	43
D- Sur les caractéristiques d'une formation.....	50
CONCLUSION.....	51
Bibliographie.....	53
Annexe 1 : Questionnaire .....	60
Annexe 2 : Fiche conseil PNNS.....	63

# LEXIQUE

AP = activité physique

APA= Activité physique adaptée

BPCO= bronchopneumopathie chronique obstructive

EM= Entretien Motivationnel

ETP= Éducation thérapeutique du patient

HAS= Haute Autorité de Santé

HTA= Hypertension artérielle

IMC= Indice de Masse Corporelle

INSERM= Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MG= Médecin généraliste

MNT= Maladies non transmissibles

NASH= nonalcoholic stéatohepatitis = stéatohépatique non-alcoolique

NCD= Non communicable disease

OMS= organisation mondiale de la santé

PNNS= Programme national nutrition santé

PNAPS= Plan National de Prévention par les Activités Physiques et Sportives

WHO= World health organisation

### **Liste des Tableaux :**

Tableau 1 : Équivalences approximatives entre nombre de pas effectués par jour et durée d'activité d'intensité modérée en fonction du niveau d'AP

Tableau 2 : Comparatif des différents taux de sédentarité

Tableau 3 : Recommandations mondiales d'activités physiques pour la santé

Tableau 4 : AP et leur correspondance en terme de durée quotidienne

Tableau 5 : Comparatif de l'échantillon par rapport à la population totale

Tableau 6 : Moyenne et médiane des freins à la prescription des AP liés aux patients

Tableau 7 : Moyenne et médiane des freins à la prescription des AP selon les médecins.

### **Liste des Graphiques :**

Graphique 1 : modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente

Graphique 2 : Comparatif des proportions de l'échantillon par rapport à la population totale.

Graphique 3 : Répartition des répondeurs selon le type d'exercice.

Graphique 4 : Niveau de pratique des AP des répondeurs

Graphique 5 : Fréquence d'information orale des patients concernant la prescription des AP en fonction de la présence ou non d'au moins une pathologie.

Graphique 6 : Fréquence de prescription d'AP en fonction de l'état de la demande du patient et la présence ou non d'au moins une pathologie.

Graphique 7 : Fréquence de prescription de l'AP en fonction de certaines pathologies.

Graphique 8 : Bénéfices attendus de l'AP selon les médecins

Graphique 9 : Temps consacré par les MG à la prescription des AP

Graphique 10 : Freins à la prescription liés aux patients

Graphique 11 : Freins à la prescription liés aux médecins

Graphique 12 : Facteurs facilitants la prescription des AP

Graphique 13 : Avis des MG picards sur la fréquence de l'aide apporté par l'entretien motivationnel dans l'incitation à la reprise des AP.

Graphique 14 : Connaissance du réseau sport-santé « Picardie en forme » par les MG Picards.

Graphique 15 : Stratification de la catégorie socio-professionnelle comme frein à la prescription en fonction du type d'exercice des médecins répondeurs.

Graphique 16 : Stratification du « manque de temps » en fonction du temps consacré à la prescription des AP.

# INTRODUCTION

L'association des maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire représente la principale cause de mortalité en France en 2012, proportionnellement 25,3% et 6,8% devant les tumeurs à 28,7%(1). Si on ajoute le diabète, l'association de ces maladies représente le grand groupe des maladies non transmissibles MNT (de l'anglais NCD = Non-communicable disease(2), = maladies « chroniques »), principalement responsables des décès dans les pays développés.

Les facteurs de risques des maladies non transmissibles(3) sont d'ordre comportementaux (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation, alcool) et d'ordre métaboliques ou physiologiques (HTA, surpoids/obésité, hyperglycémie, hyperlipidémie). Les campagnes de sensibilisation du grand public ciblent par conséquent la prévention des maladies non transmissibles. Plus récemment, un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de mai 2015(4) évoque une « épidémie » d'obésité, générant une « crise immense » qui frapperait le vieux continent d'ici à 2030. Selon cette étude, la quasi-totalité des pays européens analysés enregistrerait une hausse de la proportion de personnes obèses ou en surpoids.

Une alimentation inadéquate et une inactivité physique font le lit du surpoids et de l'obésité et peuvent entraîner(5) des modifications physiologiques irréversibles. Ces effets touchent de nombreuses fonctions de l'organisme : appareil cardio-vasculaire, métabolique, digestif, respiratoire, locomoteur, sans oublier le retentissement psychique et certains cancers, notamment du sein et du colon. En France, en 2012, lors de la dernière enquête ObEpi-Roche(6), les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes étaient respectivement de 32,3% et 15%. L'augmentation de l'obésité se poursuit dans notre pays avec une prévalence qui reste plus élevée chez les femmes.

L'activité physique (=AP) des individus évolue en même temps que la société. Les modifications des comportements et les changements de conditions de travail tendent à limiter, chez la majorité des individus, un entretien physique nécessaire à leur santé et bien être. Les activités physiques peuvent être pratiquées de différentes manières, et à des intensités et fréquences extrêmement variables. Plus récemment, le rôle de l'AP comme « médicament » a été scientifiquement démontré, que ce soit dans le domaine de la prévention, mais aussi de l'accompagnement au traitement de nombreuses maladies chroniques.

La prescription d'AP ne semble pas si évidente, les conseils ne sont pas toujours suivis ou de manière inadaptée. Il incombe au médecin d'avoir une démarche d'éducation thérapeutique consistant à identifier le degré d'acceptation du patient pour l'amener progressivement à modifier son comportement et ses habitudes de vie.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les principaux freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards. L'objectif secondaire est de définir le contenu d'une formation sur le sujet, adaptée aux besoins des praticiens et à la réalité de leur exercice.

## **A- Activité physique : définitions et mesures**

### **1- Définitions**

L'AP comme l'a défini Caspersen(7), correspond à « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au dessus de la dépense de repos ». Selon le contexte où cette AP se produit, on distingue l'AP professionnelle, domestique, de déplacement ou de loisir.

L'exercice physique désigne une AP effectuée de manière régulière dans un but de santé, et qui peut être de déplacement ou de loisir. Il n'existe pas d'objectif de performance ou de compétition. Ce n'est pas une définition stricte et le sens qui lui est donné peut varier selon les interlocuteurs ou les pays.

Le sport est défini(8) par « toutes formes d'AP qui, au travers d'une pratique organisée ou non ont pour objectifs : l'expression ou l'amélioration de la condition physique ou psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux ».

L'inactivité physique, ou comportement sédentaire, peut être définie comme « un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos ». Cependant , l'inactivité physique n'est pas seulement une absence d'activité , elle correspond aussi à des occupations telles que regarder la télévision ou des jeux vidéos, travailler sur ordinateur, ainsi que des activités intellectuelles (lecture, etc).

La promotion de la santé par les AP est définie par l'OMS comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Les activités physiques et sportives(9) (APS) regroupent toutes les pratiques, qu'elles soient sportives, compétitives, de loisirs, extrêmes, libres, au cours desquelles le corps est utilisé, mis en jeu et ceci quelle que soit la valeur (physiologique, psychologique, sociologique) que le pratiquant lui prête. Cette définition des APS exclut implicitement l'AP liée au travail, et c'est dans ce sens que ce terme est généralement employé.

Les activités physiques adaptées (APA) regroupent l'ensemble des activités adaptées aux capacités de la personne. Elles sont encadrées(10) par un enseignant en APA (EAPA) et sont prodiguées auprès des personnes en situation de handicap, et/ou vieillissantes, atteintes de maladie chronique, ou en difficulté sociale, à des fins de prévention, de retraduction, de réadaptation, de réhabilitation, de réinsertion, d'éducation et/ou de participation sociale.

## **2- Évaluation de l'activité physique**

Les différents types d'AP se distinguent par des caractéristiques impliquant des sollicitations différentes des systèmes cardio-respiratoires, métaboliques, musculaires ou ostéo-articulaires, et donc par des bénéfices et des risques différents pour chacun. Ainsi, on caractérise une AP par plusieurs paramètres : le type, la fréquence, l'intensité, la durée ou encore le contexte dans lequel l'AP est effectuée.

En effet, on identifie quatre situations dans lesquelles l'individu peut être amené à pratiquer une AP : AP domestiques, AP professionnelles, AP liées au transport et AP de loisirs. Il est donc important d'expliquer à nos patients la distinction entre l'AP et le sport, souvent rédhibitoire pour certains patients jusque là sédentaires. Il est plus facile de prescrire une AP qui réponde d'autant plus à sa fonction de plaisir qu'à sa fonction thérapeutique ; l'observance n'en sera que meilleure.

L'objectif minimal à atteindre est la lutte contre la sédentarité. En effet, il est important d'associer l'évaluation de la sédentarité à celle de l'AP. Leur évaluation respective est indispensable à la qualité des propositions de prise en charge. Le meilleur moyen d'évaluation objectif est l'utilisation d'un podomètre simple ou d'un accéléromètre (capteurs d'activité d'un bracelet ou montre « connectée » ou un cardiofréquencemètre plus ou moins associé à un GPS). Le podomètre permet d'enregistrer le nombre de pas par minute. L'accéléromètre enregistre le nombre d'accélération/décélération, dits « coups » par minute. Le cardiofréquencemètre mesure la fréquence cardiaque en continu et enregistre le temps passé au-dessus de seuils de fréquence définis individuellement, correspondant aux différents niveaux d'intensité de pratique. Il est souvent associé à un GPS, permettant un calcul précis de la distance parcourue en un temps donné.



L'utilisation d'un de ces dispositifs est associée à une augmentation significative de l'AP(11) et à une décroissance significative de la pression artérielle.

Niveau d'activité/Objectif	Nombre de pas/jour	Minutes/jour d'activité modérée
Inactivité importante	< 3 000	0
Activité faible	3 000 – 6 000	15
Recommandations d'activité physique pour la population générale	≥ 10 000	30

*Tableau 1: Équivalences approximatives entre nombre de pas effectués par jour et durée d'activité d'intensité modérée en fonction du niveau d'AP*

Une étude récente(12) chez des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde suggère que l'augmentation de l'AP en prescrivant un podomètre peut être efficace pour réduire la fatigue, en particulier chez les personnes ayant des niveaux d'activité très faibles au départ.

Chaque méthode possède ses propres limites dans le type d'activité évaluable. Leur fiabilité et leur représentativité de l'AP réelle est généralement proportionnelle à leur coût, ce qui limite de fait leur utilisation sur un large public. Toutefois, il existe de plus en plus de smartphones équipés de capteur de mouvement, d'accéléromètre, de GPS permettant à certaines applications de mesurer et de suivre l'AP des utilisateurs(13). Même si leur fiabilité est très variable, leur accessibilité peut en faire des outils pédagogiques et motivationnels très importants, notamment chez les patients adeptes des technologies numériques.

## **B- Épidémiologie de la sédentarité :**

On peut estimer que près d'un tiers de la population mondiale a un niveau insuffisant d'activité physique. Le tableau ci dessous permet de comparer divers taux de sédentarité :

MONDE(14)	EUROPE(15)	FRANCE	PICARDIE(16)
31% (34% femmes et 28% hommes)	42%	42% à Eurobarometre 2014	33%
Plus élevé dans les Ameriques et Méditerranée orientale (50% femmes et 40% hommes) et moins élevé en Asie (1% femmes et 15% hommes)(17)	De 9% en Suède à 78% en Bulgarie	28,7% femmes, 37,4% pour les hommes au Barometre Santé Nutrition 2008.	Barometre Santé Nutrition 2008

*Tableau 2 : Comparatif des différents taux de sédentarité*

Entre 2009 et 2014 l'inactivité physique a progressé de +3% en Europe et de +8% en France (15). Parmi les Français(18) âgés de 15 à 75ans, 42,5% atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé (40,5% en Picardie). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé (51,6% vs 33,8%). La majeure partie de l'AP déclarée est effectuée au travail pour 46,4 % suivi par l'AP de déplacement (28,3%) et celle de loisirs (25,3%)

## **C- Conséquences sanitaires et économiques de la sédentarité**

### **1- Mortalité globale**

Le manque d'activité physique est considéré par l'OMS(19) comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6% des décès), juste après l'hypertension (13%) , le tabagisme (9%) le diabète (6%) et avant le surpoids/obésité (5%). En France, les estimations de morts prématurées attribuées à la sédentarité sont de l'ordre de 10 000 décès/an, ce qui par rapport aux chiffres de 2012, équivaut presque au nombre de décès par tumeur du colon, du sein ou par suicide (respectivement 12 600, 11 600 et 9700 décès)(1).

### **2- Maladies non transmissibles (dites chroniques)**

Il est aujourd'hui établi qu'une alimentation inadéquate et une activité physique insuffisante sont des déterminants majeurs des principales maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, l'HTA, le diabète, le surpoids / obésité et le cancer. (OMS). Ces MNT deviennent une cause de plus en plus importante d'incapacité et de décès prématurés, à la fois dans les pays développés mais aussi dans les pays en développement. On estime que la sédentarité constitue la cause principale d'environ 21 à 25 % des cancers du sein et du côlon, 27 % du diabète et environ 30 % des cardiopathies ischémiques (20). En outre, les maladies non transmissibles représentent désormais près de la moitié de la charge mondiale globale de morbidité. On estime actuellement que, pour 10 décès, 6 sont dus à des affections non transmissibles.

### **3- Conséquences économiques de la sédentarité**

Dans les pays développés, l'inactivité physique(21) crée une charge économique considérable, représentant de 1,5 à 3% du coût total des soins de santé.

Au Royaume-Uni, une étude(22) de 2011 a estimé que le manque d'AP représentait en 2006-2007 un coût probable de 0,9 milliards de livres Sterling. Des données plus récentes(23) de 2010 montrent que l'inactivité est responsable d'un excès de dépense de 940 millions de livres.

Aux États-Unis, si 10 % des adultes sédentaires pratiquaient régulièrement la marche, cela dégagerait une économie annuelle d'environ 4 milliards d'euros. Des études américaines et suisses estiment la différence des dépenses de santé entre un actif et un inactif à 250 euros par an.

En France(24), si les patients sédentaires se mettaient à pratiquer une AP régulière, l'économie annuelle réalisée serait de 10 milliards d'euros et de 500 millions d'euros si seulement 5 % changeaient leur mode de vie.

## **D- Bénéfices des activités physiques sur la santé**

Le sport pratiqué avec modération, avec régularité et de façon adaptée est clairement un facteur de bonne santé. L'INSERM a publié en 2008 une expertise collective sur les effets de l'AP sur la santé(25). Les domaines dans lesquels l'AP a démontré un bénéfice indiscutable sont nombreux. On distingue notamment :

### **1- Mortalité globale**

Les études épidémiologiques montrent une réduction de mortalité de 2 à 58 % selon le niveau d'AP, et les études interventionnelles retrouvent une baisse de mortalité de 30 % en moyenne chez les sujets ayant une AP régulière. Ces bénéfices sont proportionnels au niveau d'AP et se perdent en cas d'arrêt de la pratique. Il a été démontré qu'aucun autre choix de changement de vie n'aura autant d'effet sur la mortalité que de pratiquer une AP régulière(26).

### **2- Psychologie, bien être**

La pratique d'une AP régulière permet d'améliorer sur le long terme la qualité de vie et le bien-être(27) par une diminution du stress, une augmentation du sentiment de compétence et de l'estime de soi. Dans les troubles du sommeil(28) modérés, une AP modérée régulière d'intensité moyenne permet d'améliorer la qualité du sommeil.

### **3- L'appareil cardiovasculaire**

L'AP permet de limiter l'incidence des maladies telles que la coronaropathie, l'insuffisance cardiaque ou l'artérite des membres inférieurs. Chez les sujets porteurs de ces pathologies, ceux acquérant un niveau d'AP suffisant ont un pronostic amélioré sur la mortalité ou la récurrence d'événements(29) cardiovasculaires. Ainsi, leurs capacités fonctionnelles sont meilleures ce qui favorise une espérance de vie prolongée dans de bonnes conditions. L'AP permet de diminuer l'hypertension artérielle(30) de repos ou d'effort, avec une baisse moyenne de 3,2 mmHg de pression systolique et 2,7 mmHg de pression diastolique.

#### **4- L'appareil respiratoire**

L'AP est l'outil thérapeutique le plus performant dans le traitement de la dyspnée et de la BPCO. Chez les patients atteints de BPCO, elle constitue un traitement efficace de la dyspnée et permet de ralentir la progression de la maladie et de diminuer le risque d'hospitalisation et de mortalité d'origine respiratoire de 40 % environ. On note également une régression du syndrome d'apnées du sommeil(31), et de l'hypoventilation alvéolaire(32).

#### **5- Le métabolisme**

L'AP permet de prévenir la survenue du diabète de type 2 chez 58 % des sujets présentant une hyperglycémie modérée à jeun (33). En cas de diabète installé, l'AP permet d'obtenir une meilleure régulation glycémique (baisse de l'HbA1c(34) ) et de limiter l'incidence des complications. Il permet également un allègement du traitement médicamenteux et un retardement des complications.

Au niveau du métabolisme lipidique(35), l'AP permet une baisse moyenne de 3,7 % du taux de triglycérides, de 5 % du taux de LDL-cholesterol et une augmentation de 4,6 % du taux de HDL-cholesterol. Elle aide au contrôle du poids en augmentant la masse maigre et en réduisant l'adiposité abdominale.

#### **6- L'appareil digestif**

L'AP a aussi un rôle au niveau du système digestif. Tout d'abord, elle permet de diminuer le temps de transit total et rectosigmoïdien(36) luttant donc efficacement contre la constipation. Dans la pathologie vésiculaire(37), une AP régulière permet de diminuer jusqu'à 70% le risque de colique hépatique. La sédentarité fait le lit de la NASH(38). L'AP a donc un rôle majeur(39) dans sa prévention et ses traitements. Ainsi, l'intensité de l'AP semble être le facteur le plus déterminant dans la régression de la NASH(40).

#### **7- L'appareil locomoteur**

L'AP modérée a démontré une efficacité importante dans la prise en charge de l'arthrose et de l'ostéoporose, véritables enjeux de santé publique du fait de leur fréquence(41). Il est estimé que 21% de l'incapacité liée à l'arthrose est reliée à l'inactivité(42) . Sur l'ostéoporose, l'AP « en compression » a le meilleur impact sur l'os et a un effet quantitatif (DMO) et qualitatif (sur macro et micro architecture). L'AP prévient la perte osseuse densitométrique induite par le régime chez les sujets âgés obèses(43). L'AP est également efficace dans la prise en charge des pathologies rhumatismales inflammatoires chroniques, ainsi que dans la fibromyalgie(44).

L'AP pratiquée dans l'enfance et l'adolescence, lors du pic de croissance pubertaire, est déterminante pour l'acquisition d'un capital osseux qui constituera un patrimoine tout au long de la vie(45).

Chez le sujet âgé, l'AP diminue le risque de chute(46) en améliorant la fonction musculaire et l'équilibration. Le muscle est la « plaque tournante » du métabolisme, dans la mesure où le volume et l'activité musculaire jouent un rôle dans la prévention des maladies métaboliques. Son maintien est indispensable à la vie de relation et à l'autonomie fonctionnelle.

### **8- Le système nerveux**

L'AP régulière confère au cerveau une protection contre les lésions neuronales de diverses origines et améliore la perfusion vasculaire du tissu cérébral. Les conséquences du vieillissement cérébral peuvent être prévenues, voir être réversibles, grâce à l'AP(47). Les lésions neuro-dégénératives comme celles rencontrées dans la maladie d'Alzheimer sont limitées par l'exercice physique, qui permet de retarder la survenue ou de ralentir la progression de ce type de maladies.

### **9- Cancers**

La pratique régulière d'une AP contribue également à réduire le risque de développer plusieurs cancers. Ainsi dans le cancer du colon(48) et du sein il y a une baisse respective de 30 à 40%(49) et de 20 à 80% (50).

## **E- Promotion de l'activité physique – État des lieux**

### **1- Recommandations mondiales d'activités physiques pour la santé**

L'OMS a publié des recommandations mondiales d'AP pour la santé(19), destinées à fournir une orientation aux politiques publiques de prévention et de promotion de la santé. Elles sont déclinées selon différentes classes d'âge.

Adultes de 18 à 64 ans	adultes > 65 ans
Par semaine, 150 minutes d'AP d'intensité modérée ou 75 minutes d'AP d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente des deux	
AP d'endurance pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes	
Exercices de renforcement musculaire au moins deux jours par semaine	
Pour des bénéfices supplémentaires: 300 minutes d'AP d'intensité modérée ou 150 minutes d'AP d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente des deux.	
	AP visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.
	Devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le permettent.

*Tableau 3 : Recommandations mondiales d'activités physiques pour la santé*

## **2- Recommandations Françaises**

Un des premiers plans de santé publique s'intéressant aux bienfaits de l'AP fut le Plan National Nutrition Santé (PNNS) créé en 2001. En 2004, la campagne « manger-bouger »(51) fut diffusée pour la première fois. Des exemples d'AP et leur correspondance en terme de durée quotidienne sont donnés dans le tableau 4.

Puis, une expertise collective de l'INSERM(25) de 2008 recommande l'AP pour ses effets thérapeutiques et souligne son intérêt pour la santé publique. Le troisième PNNS 2011-2015(52) a alloué un quart de ses objectifs au développement de l'AP et à la lutte contre la sédentarité.

Sur le terrain, plusieurs initiatives ont surgi comme l'association CAMI(53) sport et cancer qui dispose aujourd'hui d'une cinquantaine de centres dans une vingtaine de structures hospitalières. Ou encore le « sport-santé sur ordonnance » mis en œuvre par la ville de Strasbourg(54) en partenariat avec la préfecture du Bas-Rhin, l'ARS, la caisse locale d'assurance maladie depuis 2012. Il permet d'intégrer les AP dans le parcours de soin en orientant les patients vers des structures sportives labellisées sous la supervision d'éducateurs sportifs spécifiquement qualifiés.

Un plan « Sport Santé Bien-être » a autorisé un Pôle Ressources National(55) « Sport Santé-Bien-Etre » a mettre en place des réseaux dans 25 régions de France. Cela a permis de mobiliser l'ensemble des acteurs en s'appuyant davantage sur les dispositifs de proximité. Aujourd'hui, ces réseaux sont plus ou moins évolués et opérationnels en fonction des régions et du bon-vouloir des acteurs. En Picardie, ce réseau sport-santé bien être est appelé « Picardie en forme »(56) et est bien développé dans certaines régions.

En juin 2015 a été voté en première lecture à l'assemblée l'amendement Fourneyron(57) concernant le sport sur ordonnance puis rejeté par le Sénat au mois d'octobre.

**Bien bouger : Que veut dire bouger ?**

INTENSITÉ	EXEMPLE D'ACTIVITÉS	DURÉE
<b>Faible</b>	Marche lente	45 minutes
	Laver la vaisselle, repasser, faire la poussière	
	Bricolage, entretien, mécanique	
	Arroser le jardin	
	Pétanque, billard, bowling, tennis de table, danse de salon	
<b>Modérée</b>	Marche rapide (d'un bon pas)	30 minutes
	Laver la voiture ou les vitres	
	Passer l'aspirateur	
	Jardinage léger, ramassage des feuilles	
	Aérobic	
	Vélo ou natation "plaisir", aquagym, ski alpin, fresbee, voile, badminton, golf	
<b>Élevée</b>	Marche avec dénivelés, randonnée en moyenne montagne	20 minutes
	Bécher, déménager	
	Jogging, VTT, natation "rapide", saut à la corde, football, volley-ball (et la plupart des jeux de ballon collectifs), sports de combat, tennis, squash, escalade	

*Tableau 4 : AP et leur correspondance en terme de durée quotidienne*

### **3- Le médecin généraliste, un acteur clé au centre de la promotion des AP**

Le médecin généraliste (MG) par sa position centrale connaît le contexte psychologique, social et familial dans lequel évolue ses patients. Cela lui permet d'adapter son discours et ses propositions thérapeutiques. Les patients ont une vision positive des conseils prodigués par le médecin traitant, qu'elle identifie comme un interlocuteur de confiance en matière d'éducation et de santé. Les patients souhaitent que leur médecin leur prodiguent des conseils de prévention, notamment en matière d'alimentation et d'AP. Ainsi ils se réfèrent régulièrement à lui pour des conseils et des questions de santé.

## **F- Prescription des activités physiques**

### **1- Définition**

La HAS, dans son rapport de 2011(58), définit les thérapeutiques non médicamenteuses comme des mesures « nécessitant une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France ». Le terme « prescription » doit s'entendre dans un sens plus large que celui auquel il est généralement rattaché et ne se limite donc pas à ce qui est rédigé sur l'ordonnance mais peut aussi inclure le conseil oral, la distribution de brochures d'informations ou l'orientation vers des professionnels spécialisés (par exemple orientation vers le réseau sport-santé de la région).

### **2- Perception**

#### **a- Par les médecins généralistes**

Les MG estiment l'AP comme importante, et considèrent que leur rôle est d'inciter les patients à faire plus d'AP, de même qu'ils les invitent à mieux manger ou à arrêter de fumer. Toutefois, ils jugent qu'il s'agit d'une question moins importante que les autres problèmes pour lesquels les patients viennent consulter, et lorsqu'ils parlent d'hygiène de vie avec leurs patients, ils estiment plus important de parler de tabac, d'alcool ou d'alimentation que d'AP(59). Cette pratique de prescription d'AP se trouve donc reléguée au second plan derrière l'activité de soin et donc plus rarement abordée en pratique quotidienne.

#### **b- Par les patients**

Selon une étude réalisée par l'Ifop pour la fondation Pileje(60), qui « *promeut la santé durable* », les Français semblent de plus en plus convaincus par l'importance de la prévention. Ils sont 70 % à estimer que la France dépense trop dans le curatif, au détriment du préventif. 73 % des personnes interrogées pensent que la prise en charge des patients atteints de maladies évitables coûte plus cher à la collectivité que l'éducation à la santé. Les Français sont favorables (60 %) à une prise en charge par la Sécurité sociale des activités physiques prescrites par un médecin.

Près d'un européen sur deux a l'intention d'augmenter son niveau d'AP(61), et souhaite pour cela recevoir des conseils de la part de son MG. Les patients disent adhérer plus facilement aux conseils d'AP issus d'une approche personnalisée et adaptée spécifiquement à leur situation(62).



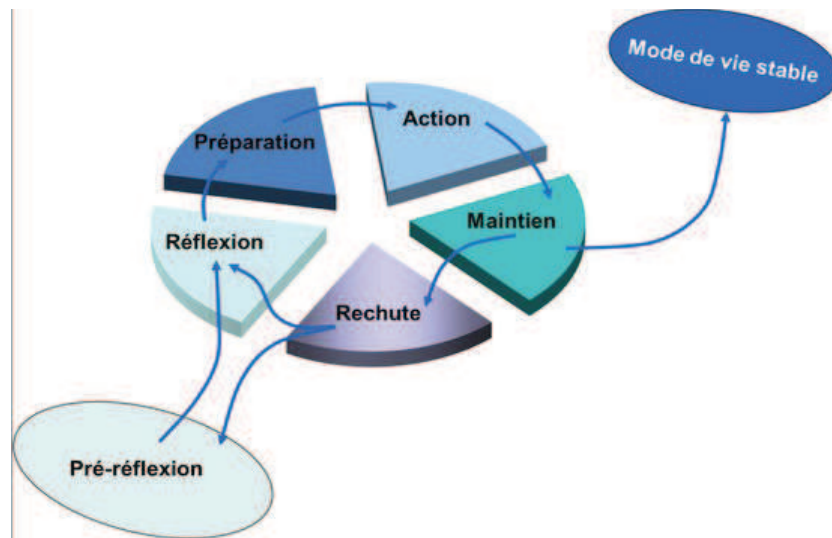
### **3- Concepts psychologiques**

Modifier ses habitudes pour adopter un mode de vie plus actif est un phénomène complexe où interagissent la motivation, la relation au corps et à la santé et les contraintes liées aux différents rôles sociaux, familiaux et professionnels que tout individu doit tenir, le tout étant conditionné par l'environnement matériel et social dans lequel évolue l'individu. C'est pour rendre compte de ces interactions complexes que plusieurs théories psychologiques complémentaires ont été adaptées au domaine de l'AP. Nous ne détaillerons pas les théories du conflit et de l'instrumentalité inter-rôles, ni du sentiment d'efficacité personnelle(63). Nous avons souhaité insister sur les théories les plus utilisées.

#### **a- Modèle transthéorique du changement**

Développé et popularisé dans les années 70 par Prochaska et DiClemente, notamment dans le domaine de l'addictologie, ce modèle postule qu'un individu va connaître au cours du temps, par rapport à un comportement, différents stades de changements et qu'à ces stades correspondent des processus de changements différents, identifiés par différentes théories psychologiques, d'où l'appellation « transthéorique »(64). Grâce au modèle transthéorique, un clinicien peut déterminer l'étape où se trouve un patient et ainsi personnaliser son intervention pour mieux appuyer le changement de comportement en se fondant sur sa connaissance des diverses influences qui entrent en jeu à chaque étape. Selon le modèle des étapes du changement, une personne se trouve nécessairement à l'une des étapes suivantes(65) :

- Pré-réflexion : La personne n'a pas l'intention de modifier son comportement.
- Réflexion : La personne n'a pas entamé le changement de comportement, mais y réfléchit et compte agir au cours des six prochains mois.
- Préparation : La personne n'a pas encore changé son comportement, mais compte le faire au cours des 30 prochains jours.
- Action : La personne a changé son comportement au cours des 6 derniers mois.
- Maintien : Le changement de comportement dure depuis 6 mois.
- Rechute : Il est souvent difficile pour les patients de maintenir un nouveau comportement, et ils font une rechute. Ils peuvent abandonner l'idée de changer et revenir à l'étape de la pré-réflexion, ou se sentir motivés à essayer de nouveau et se retrouver à l'étape de la réflexion, voire même de la préparation.



*Graphique 1 : modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente*

La transition entre les différents stades met en œuvre différents processus de changement, que l'on compte au nombre de dix et que l'on divise en deux catégories : les processus expérientiels (prise de conscience, réaction émotionnelle, réévaluation de l'environnement, facilitation sociale, réévaluation personnelle) et les processus comportementaux (prise de décision, récompense, contre-conditionnement, relation d'aide, contrôle des stimuli). Les processus expérientiels entrent en jeu surtout dans les premiers stades, et les processus comportementaux dans les derniers. Ainsi, à chaque stade de changement peut correspondre un discours et des interventions à proposer à un individu pour faciliter son passage vers un stade supérieur de changement vis-à-vis de l'exercice physique.

### **b- La balance décisionnelle**

Développé(66) par Janis et Mann en 1977, ce modèle émet l'hypothèse qu'une personne décide d'adopter un comportement en évaluant inconsciemment les éléments favorisant le maintien de son comportement actuel (statu quo) et ceux favorisant la modification de ce comportement (changement). Ainsi, dans l'exemple de l'AP, un individu « pèsera » les avantages qu'il perçoit à un changement de comportement (meilleure santé, plaisir, ...) et ses inconvénients (fatigue, perte de temps, ...) et les mettra en balance avec les avantages perçus de l'inactivité physique (vie de famille, autres loisirs,...) et ses inconvénients (surpoids, risques sanitaires...).

### **c- L'Entretien motivationnel (=EM)**

Décrit et développé en 1983 par William R. Miller et Stephen Rollnick(67), l'entretien motivationnel (EM)(68) a d'abord été utilisé dans le champ de l'addiction, puis dans celui de l'éducation thérapeutique. Les auteurs définissent l'EM comme une « méthode de communication directive centrée sur le patient visant l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence ». L'objectif du thérapeute est de faire émerger la motivation intrinsèque du patient en l'aidant à l'identifier et à la nommer avec ses termes propres en lien avec ses buts et ses valeurs personnels. L'importance du changement pour le patient, la confiance qu'il s'accorde dans sa réalisation et sa disposition à l'entreprendre sont les composantes de la motivation. Les stratégies émanent du patient et la manière de les mettre en œuvre est de sa responsabilité. Les quatre grands principes généraux qui résument l'esprit de l'EM sont :

- Faire preuve d'empathie : compréhension, respect, acceptation...
- Développer les divergences : créer dans la façon de voir du patient une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence afin d'augmenter sa perception des inconvénients du « statu quo »
- « Rouler » avec la résistance : inviter le patient à prendre en considération de nouveaux points de vue et de l'amener à devenir l'acteur dans la résolution de ses problèmes.
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : et donc d'augmenter la confiance du patient dans ses capacités à surmonter les obstacles

L'approche motivationnelle s'organise en deux phases. Durant la première, le thérapeute, face à la situation difficile présentée par le patient, l'aide à bâtir sa motivation au changement. La seconde phase vise à consolider la décision et à mettre en œuvre le changement. L'une des compétences du thérapeute est d'identifier le moment favorable pour engager la phase 2, lorsque la disposition au changement est manifeste chez le patient.

### **d-L'éducation thérapeutique du patient**

Le concept d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est une démarche qui, selon l'OMS, « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »(69). Cette démarche comprend l'ensemble des activités conçues pour faire comprendre aux patients et à leur famille leur maladie et sa prise en charge afin de collaborer avec les soignants et d'assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, l'objectif étant d'améliorer les soins et la qualité

de vie. L'AP prend toute sa place dans une démarche d'ETP en tant que thérapie complémentaire de nombreuses pathologies chroniques car elle nécessite pour le patient, comme face à un traitement pharmacologique, d'en comprendre le fonctionnement physiologique, de maîtriser sa mise en œuvre et d'être attentif aux effets secondaires, tout devant s'intégrer dans la vie quotidienne du patient. Cette connaissance de l'AP passe donc par un apprentissage progressif et supervisé, individuel ou en groupe, dont l'objectif est d'aboutir à une autonomisation du patient.

## **G- Présentation des objectifs**

Dans ce contexte on constate que l'AP est à promouvoir. Devant les bénéfices généraux attendus d'une AP régulière, notamment la réduction de la mortalité, cette prescription semble indispensable. Actuellement 33% des patients picards sont sédentaires. Notre premier objectif était de rechercher les principaux freins à la prescription des AP par les médecins généralistes picards. Ayant identifié les principaux freins nous avons recherché dans un deuxième temps à proposer le contenu d'une formation « idéale » pour améliorer la prescription des AP.

# MATERIEL ET METHODE

Pour réaliser cette étude observationnelle descriptive, nous avons souhaité réaliser un état des lieux le plus représentatif possible des médecins généralistes de la région picarde. Nous avons donc opté pour un envoi de questionnaire par voie postale (Annexe 1).

600 médecins généralistes ont été sélectionnés par tirage au sort parmi les 1503 médecins installés en Picardie, de février à mai 2015. La sélection de ces médecins s'est effectuée grâce au générateur de hasard du logiciel Excel.

Le questionnaire a été préalablement testé sur un échantillon de 6 médecins puis retravaillé plusieurs fois pour s'assurer de la bonne compréhension de l'enquête. Le questionnaire devait être facilement réalisable, en cinq minutes maximum, avec des questions dirigées et une possibilité de réponses libres.

L'ensemble des questionnaires a été soumis en février 2015. Une lettre d'accompagnement expliquant les modalités et le contexte de l'étude a été envoyée avec le questionnaire. Une enveloppe T a également été fournie afin de faciliter le retour des réponses.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé de Picardie (URPS) a financé les frais postaux et apporté une aide logistique.

Ces questionnaires ont été numérotés de 1 à 600. Seule la personne chargée de l'envoi et de la réception pouvait faire correspondre le numéro du questionnaire avec la liste des médecins sélectionnés de l'échantillon. L'analyse des réponses a été faite de manière anonyme permettant une analyse objective des données et limitant ainsi les biais de sélection.

Le recueil et l'examen des données ont été réalisés grâce au logiciel « Sphinx plus 2 V5 » mis à disposition par l'URPS ainsi que le logiciel « CALC » de Apache OpenOffice 4. Les commentaires laissés par les médecins ont été notés et triés afin de faciliter l'analyse ultérieure. A noter que le test statistique utilisé pour comparer les échantillons est le test d'ajustement du Khi2.

Enfin, le recueil bibliographique a été réalisé avec l'aide du logiciel « Zotero ».(70)

# RESULTATS

## A- Caractéristiques de l'échantillon :

Sur les 600 questionnaires envoyés, 125 réponses ont été obtenues soit un taux de réponses de 20,8%.

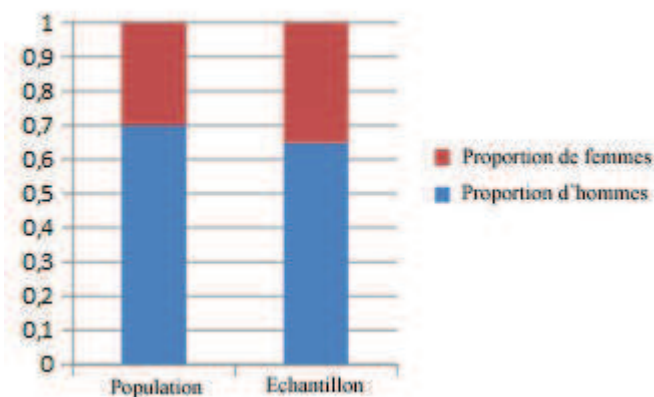
L'échantillon ainsi constitué était composé de 44 femmes et 81 hommes. L'âge moyen était de 52,11 ans (médiane = 55 ans), allant de 30 à 72 ans.

Les médecins possédant une capacité en médecine du sport représentaient 16,8 % des répondeurs.

	Échantillon n=125	Population totale= 1503
Age moyen	52,1	54,7
Femme	35,2% (44)	30,1% (451)
Homme	64,8% (81)	69,9% (1052)

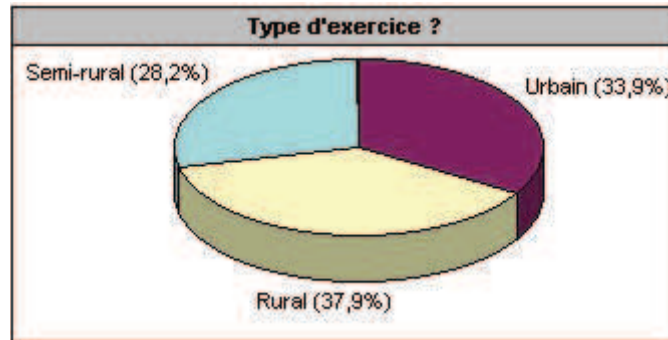
*Tableau 5: Comparatif de l'échantillon par rapport à la population totale*

Concernant la comparaison statistique de notre échantillon avec la population des médecins picards durant la même période, le test d'ajustement du Khi2 et le test de proportion (graphique ci dessous) ont montrés que l'échantillon était bien représentatif de la population étudiée sur les critères d'âge et de sexe ( $p=0,65$  ; IC 95% [0,62;0,78]).



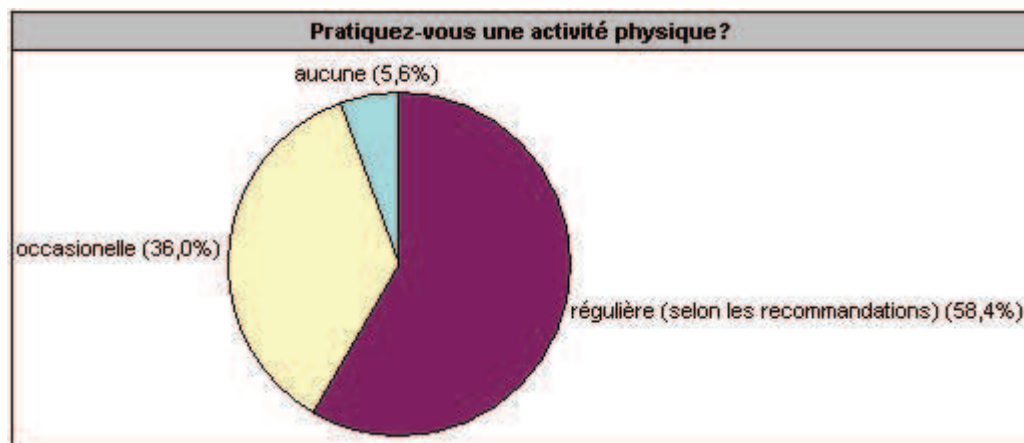
*Graphique 2 : Comparatif des proportions de l'échantillon par rapport à la population totale.*

Les médecins interrogés avaient un mode d'exercice équilibré entre les trois exercices : 37,9% de rural ; 28,2% de semi-rural et urbain pour 33,9%.



*Graphique 3 : Répartition des répondants selon le type d'exercice.*

Concernant leur niveau de pratique d'activité physique, 58,4% des médecins déclaraient pratiquer une activité physique régulière selon les recommandations, 36% une activité occasionnelle et seulement 5,6% des médecins n'en pratiquaient aucune.



*Graphique 4 : Niveau de pratique des AP des répondants*

## **B- Objectifs de la prescription des activités physiques**

La volonté de promouvoir les activités physiques a été distinguée selon l'association ou non à d'autres facteurs de risques ou pathologies. Les hypothèses des freins rencontrés ont été séparées selon :

- ★ La connaissance et la promotion des bienfaits de l'activité physique
- ★ Les obstacles à la prescription liés au patient :

- d'origine intrinsèque : faible motivation, manque d'intérêt, réticence au changement, notion d'échec antérieur.

- d'origine extrinsèque : niveau socio-économique, contrainte de temps, contrainte économique, contrainte physique.

★ Les obstacles à la prescription liés au médecin

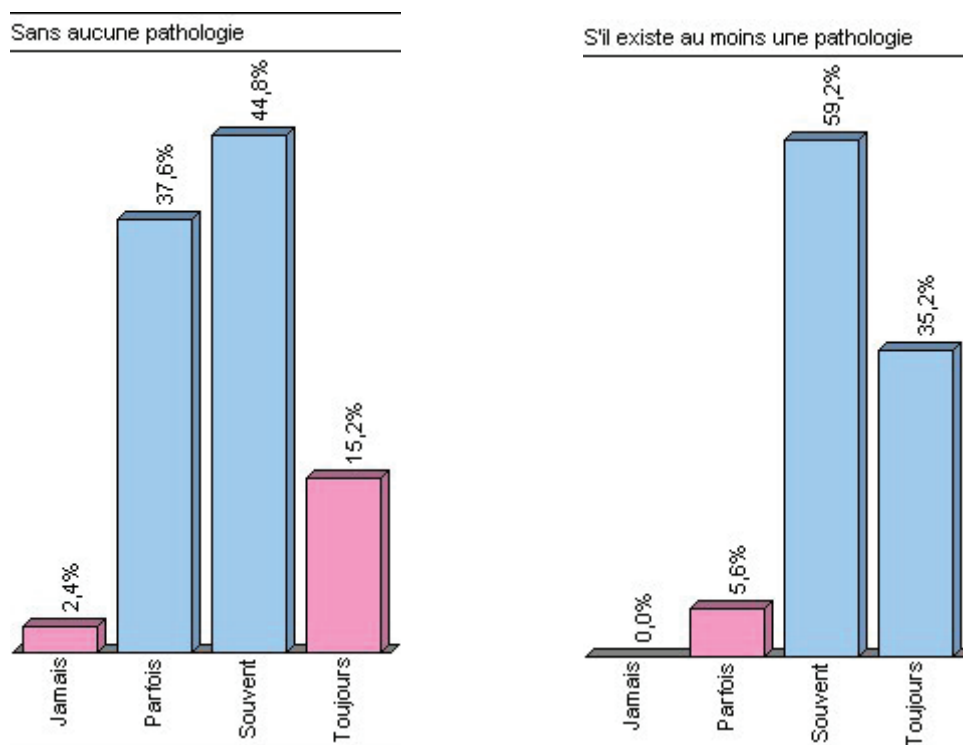
- d'origine intrinsèque : non convaincu des bienfaits, manque de conviction personnelle, inobservance prévisible, difficulté à évaluer les capacités physiques du patient.

- d'origine extrinsèque : refus explicite du patient, notion d'échec antérieur, manque d'honoraires ou de formation spécifique.

La quasi totalité (99,2%) des médecins interrogés parlaient régulièrement d'activité physique à leurs patients. Seul un/une médecin n'en parlait pas.

La grande majorité des médecins pense « Toujours » (66,4%) ou « Souvent » (32%) que l'AP ait une réelle efficacité dans le domaine de la prévention.

La question 3 permettait de distinguer la population ciblée en fonction de l'association à au moins une pathologie. La présence d'une pathologie entraînait effectivement la majorité des médecins à parler d'AP (« Toujours » à 35,2% ou « Souvent » à 59,2%) alors que sans pathologie la réponse « Toujours » n'apparaissait qu'à 15,2% et « Souvent » à 44,8%.

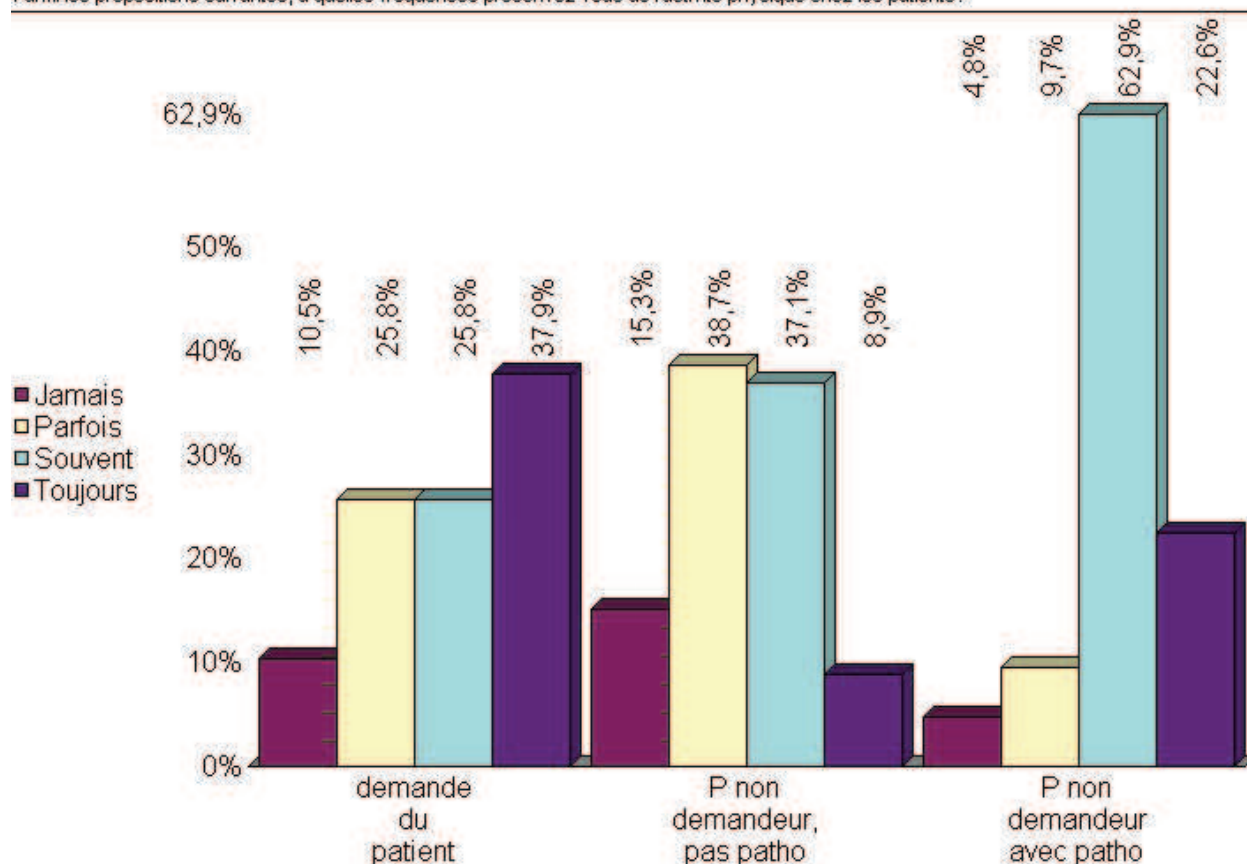


*Graphique 5 : Fréquence d'information orale des patients concernant la prescription des AP en fonction de la présence ou non d'au moins une pathologie.*



Les questions 4 et 5 exploraient les caractéristiques des patients pour qui le médecin prescrivait de l'AP. Les résultats sont résumés dans les tableaux ci dessous.

Parmi les propositions suivantes, à quelles fréquences prescrivez vous de l'activité physique chez les patients?



*Graphique 6 : Fréquence de prescription d'AP en fonction de l'état de la demande du patient et la présence ou non d'au moins une pathologie.*

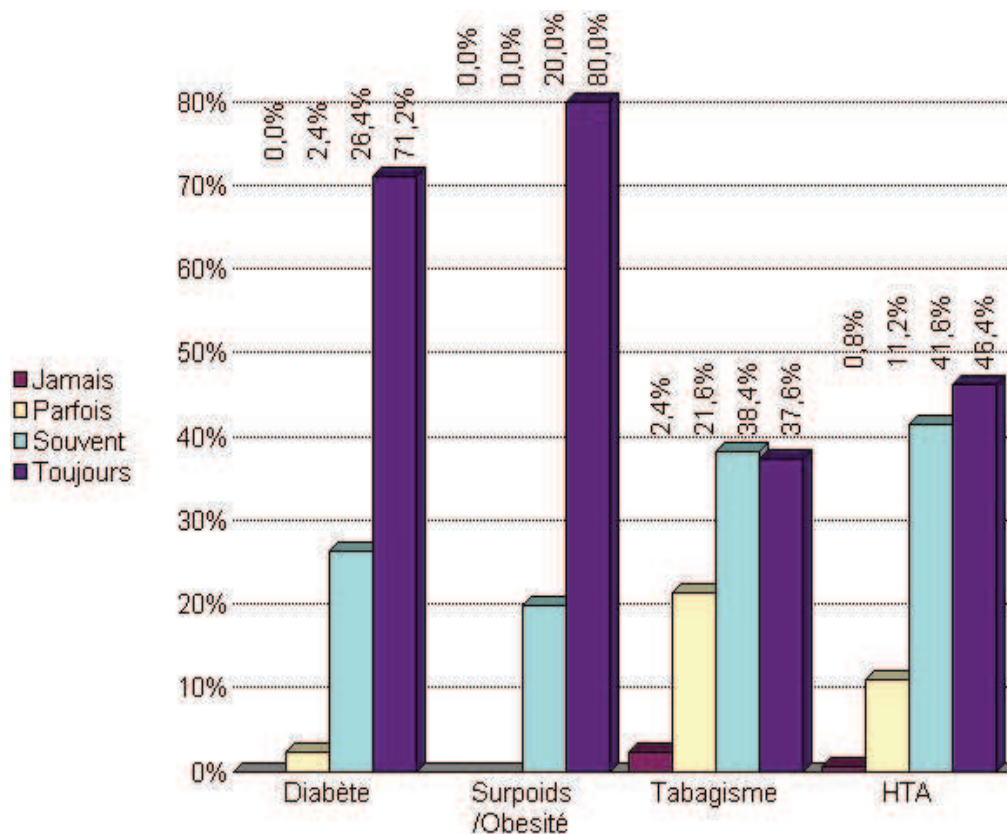
La prescription des AP était fréquemment réalisée lorsque le patient avait une pathologie associée (62,9% de « souvent » et 22,6% de « Toujours »). Lorsque la demande émanait du patient de manière explicite, la prescription n'était « toujours » réalisée que dans 37,9% des cas, le reste des médecins répondant de façon plus hétérogène (« souvent » et « parfois » dans 25,8% de chacun des cas).

Dans le cas du patient non demandeur sans aucune pathologie, on notait aussi une réponse hétérogène avec « parfois » à 38,7% et « souvent » à 37,1% soit un total de 75,8% pour ces deux réponses. Ces résultats montraient aussi que 10,5% des médecins ne prescrivait « Jamais » à la demande directe du patient, 15,3% des médecins interrogés ne prescrivait « Jamais » d'activité physique à un patient sans aucune pathologie non demandeur et 4,8% ne prescrivait « Jamais » même si celui ci présentait une pathologie.

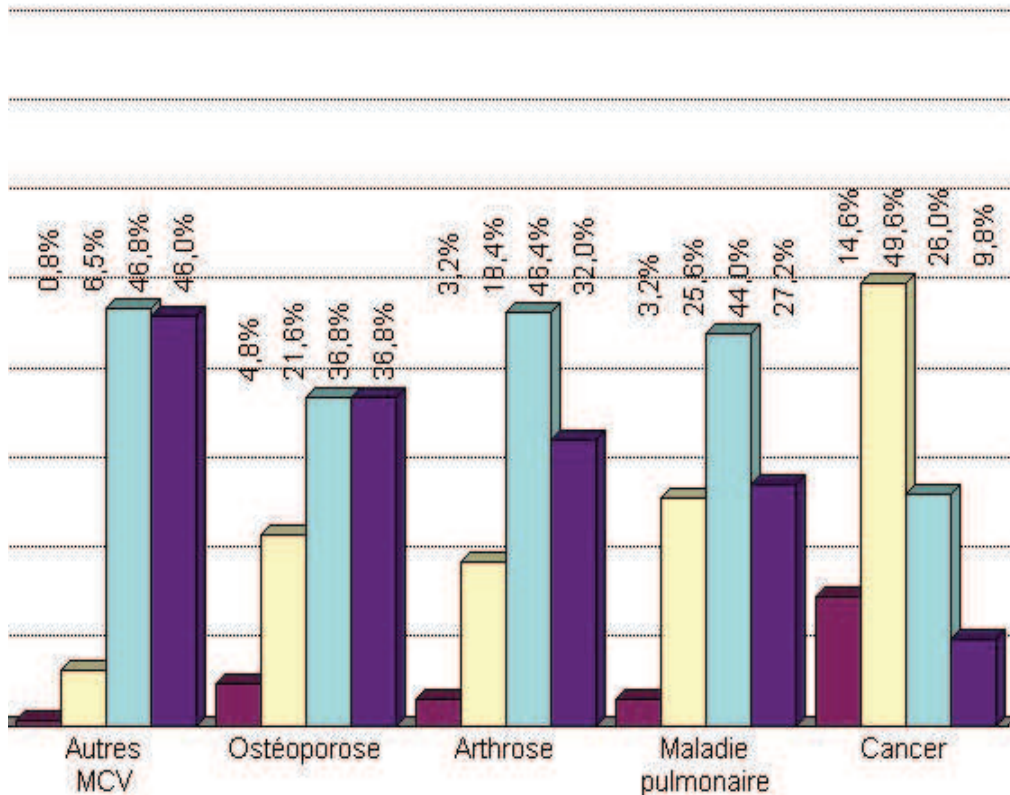
L'analyse de ces résultats chez le patient non demandeur était presque superposable aux résultats de la question 3 « Parlez vous d'activité physiques... » . Au vue de ces premiers résultats, elle montrait que les médecins étaient plus actifs envers les patients présentant au moins une pathologie.

La question 5 permettait d'observer quelle pathologie dominait dans la motivation de la prescription de l'activité physique. Les facteurs d'ordre métabolique étaient les premiers associés à une prescription d'activité physique : 80% de « toujours » dans le surpoids/obésité et 71,2% dans le diabète. Puis venaient l'HTA et les autres maladies cardio – vasculaires (coronaropathies, artérites) avec 46% de « toujours », le tabagisme et l'ostéoporose (37%), l'arthrose (32%), les maladies pulmonaires (27%) et le cancer (seulement 10%).

Le diabète, le surpoids ou l'obésité et les autres maladies cardio vasculaires semblaient être les pathologies les plus importantes pour les médecins interrogés. La grande majorité répondait « Souvent » ou « Toujours » dans 100% des cas pour le surpoids / obésité, 97,6% pour le diabète et 92,8% pour les autres pathologies cardiovasculaire (coronaropathies, artérite).



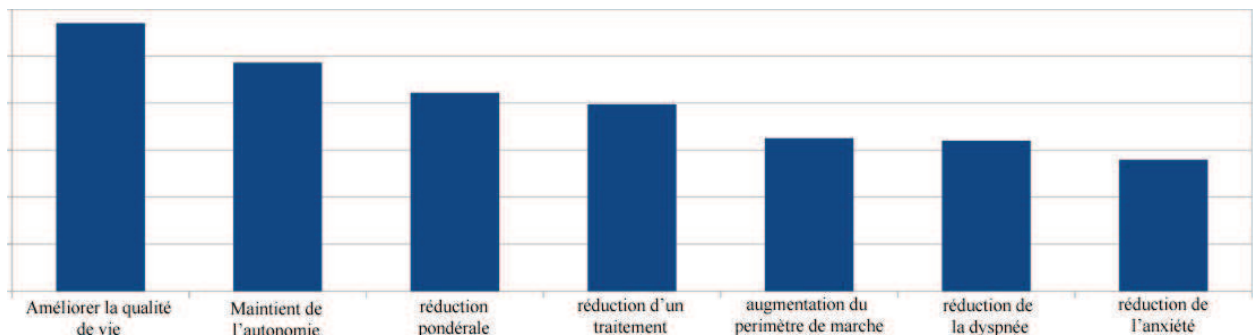
*Graphique 7a : Fréquence de prescription de l'AP en fonction de certaines pathologies.*



*Graphique 7b (suite) : Fréquence de prescription de l'AP en fonction de certaines pathologies.*

Les bénéfices attendus de l'AP par les médecins se retrouvaient dans la question 7 : « Hiérarchisez les bénéfices attendus d'une AP pour vos patients (numéroter de 1 le bénéfice le plus important à 7 le moins important) ». Pour cette question plus ouverte, seul 92% des réponses ont pu être analysées, le reste n'ayant pas été correctement rempli. Les bénéfices ont été classés en fonction de la moyenne obtenue pour chaque proposition.

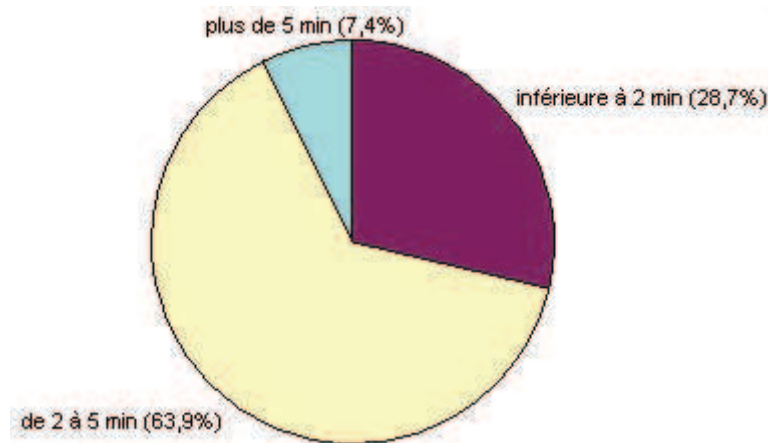
Les deux principales réponses étaient celles concernant les bénéfices d'ordres généraux (qualité de vie et maintien de l'autonomie), les suivantes concernaient les bénéfices plus concrets : réduction pondérale, réduction d'un traitement, augmentation du périmètre de marche, réduction de la dyspnée ou enfin de l'anxiété.



*Graphique 8 : Bénéfices attendus de l'AP selon les médecins*

## **C- Temps consacré à la prescription**

Généralement, la prescription des AP ne dépassait pas 5 minutes. En effet la majorité des médecins (63,9%) déclarait prendre en moyenne 2 à 5 minutes à prescrire de l'activité physique, 28,7% y consacrait moins de 2 minutes et un faible pourcentage (7,4%) consacrait plus de 5 minutes. Il était à noter que personne n'effectuait une consultation dédiée pour cette prescription.



*Graphique 9 : Temps consacré par les MG à la prescription des AP*

## **D- Obstacles à la prescription de l'activité physique**

Nous avons séparé ces obstacles en deux parties: celle concernant les freins liés aux patients selon les médecins et celles concernant les freins des médecins eux même.

### **★ Obstacles liés aux patients :**

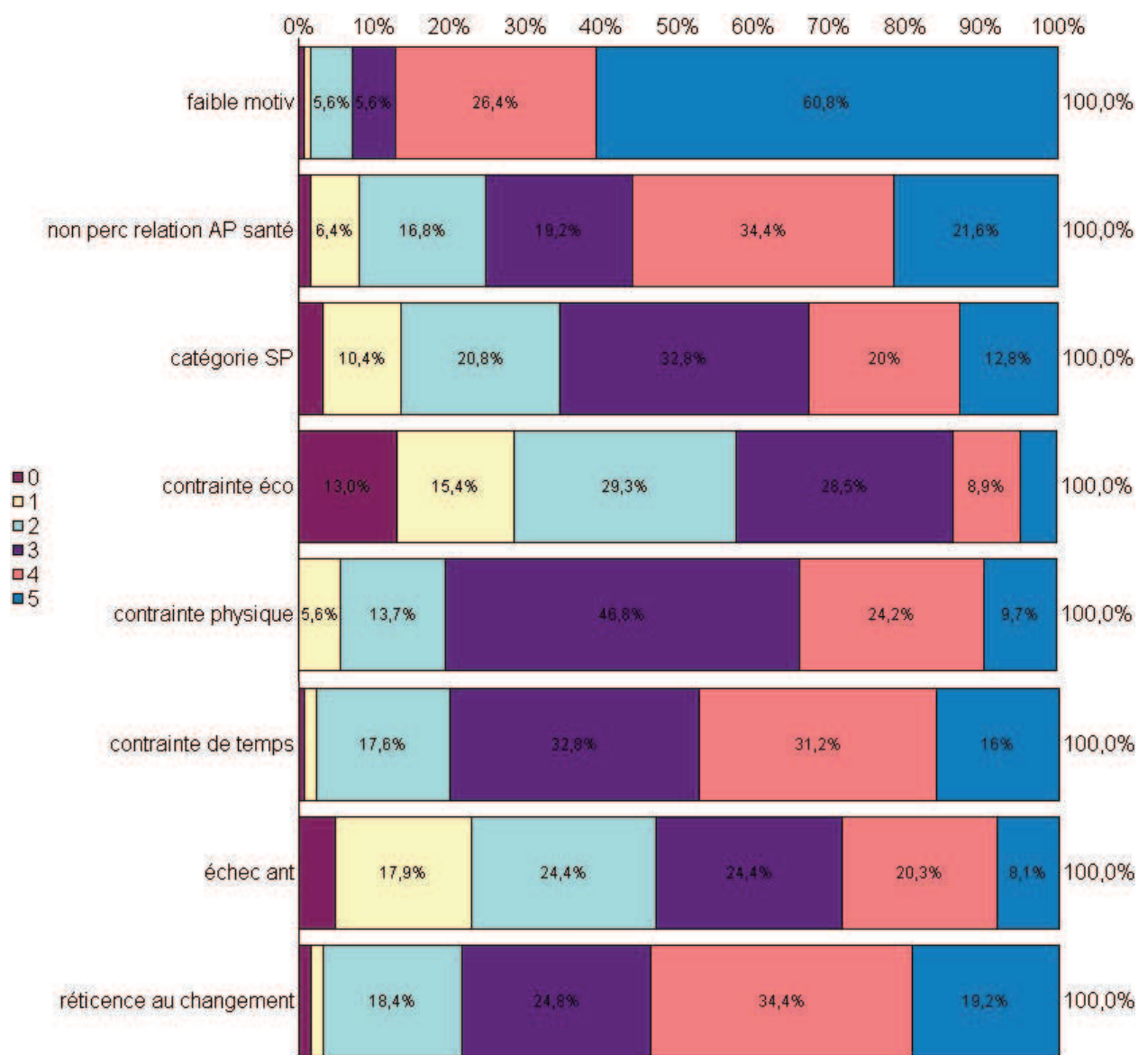
La question 8 rapportait les freins à la prescription des patients selon l'avis des médecins. Les principaux obstacles identifiés et estimés par les médecins étaient à la fois d'origines intrinsèque et extrinsèque au patient (Cf graphique ci dessous). La notation allant de 0 pour une faible limitation à 5 pour une limitation importante.

La « faible motivation et le manque d'intérêt » était le principal obstacle rapporté par les médecins (87,2% pour les réponses 4 & 5). La moyenne des réponses se situait à 4,38. Concernant la non perception de la relation entre activité physique et santé, la catégorie socio professionnelle, la contrainte de temps, ou la réticence au changement, les médecins étaient plus nuancés. En effet, la moyenne se situait entre 3 et 3,5 et les réponses étaient plus réparties comme on peut le voir dans le graphique ci dessous. On remarque tout de même que plus de la moitié des médecins pensaient que la réticence au changement ou la non perception de la relation

entre AP et santé représentait un frein fort (réponses 4&5) à la prescription.

Il existait par ailleurs une forte corrélation entre :

- la réticence au changement et la non perception de la relation entre AP et santé (coefficient de corrélation  $r=0,96$ )
- la contrainte de temps et la réticence au changement (coefficient de corrélation  $r=0,95$ )
- la catégorie socio professionnelle et la contrainte physique ( $r=0,95$ )
- la contrainte physique et la contrainte de temps ( $r=0,88$ )
- la catégorie socio professionnelle et la notion d'échec antérieur ( $r=0,83$ ).



*Graphique 10 : Freins à la prescription liés aux patients*

On peut également noter une faible corrélation entre la notion d'échec antérieur et la réticence au changement.

	Moyenne	Médiane
Faible motivation	4,38	4
Réticence au chgmt	3,46	3
Non perc AP/santé	3,43	3
Contrainte physique	3,19	3
Contrainte de temps	3,4	3
Catégorie SP	2,94	3
Notion d'échec ant	2,62	3
Contrainte éco	2,2	2

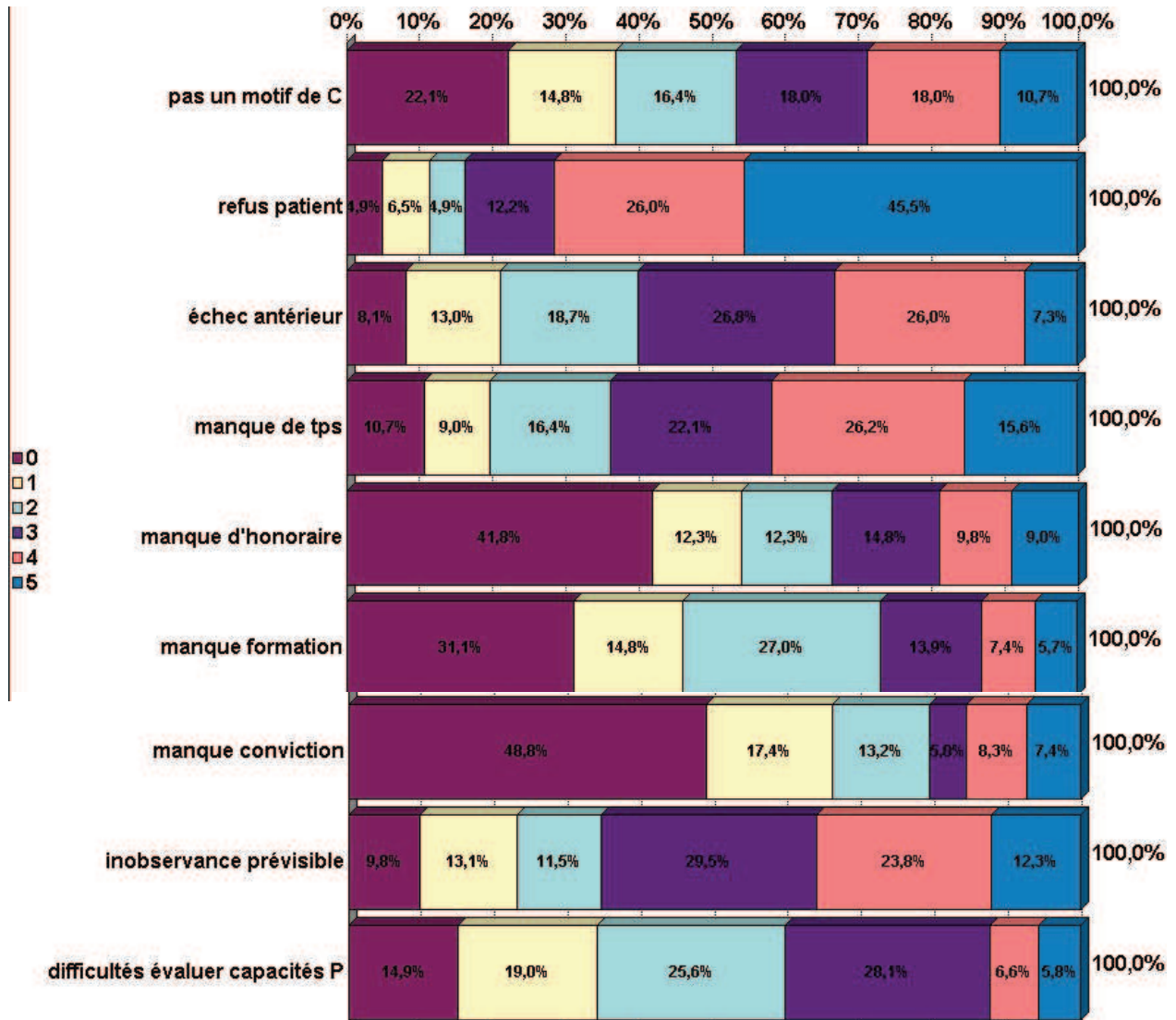
*Tableau 6 : Moyenne et médiane des freins à la prescription des AP liés aux patients*

### ★ Obstacles liés aux médecins

Les obstacles à la prescription de l'activité physique pour les médecins étaient traités à la Question 10. Dans cette question, il était demandé avec quelle intensité certaines propositions limitaient la prescription d'AP. Les freins théoriques étaient séparés en freins intrinsèques et extrinsèques. En intrinsèques on retrouvait: le fait que ce n'était pas un motif de consultation, le manque de conviction personnelle, manque de formation, l'inobservance prévisible, ou enfin les difficultés à évaluer les capacités physiques du patient. Les freins extrinsèques étaient le refus explicite du patient, la notion d'échec antérieur, le manque de temps ou le manque d'honoraire spécifique. Les résultats sont visibles dans le graphique ci dessous.

Nous avons remarqué qu'il existait un fort frein à la prescription lorsqu'il y avait un refus du patient (71,5% de réponses 4&5). A l'inverse, nous avons observé qu'il existait un faible frein à la prescription pour les réponses suivantes : manque de conviction personnelle, manque d'honoraire, manque de formation, où il existait respectivement 66,2% ; 54,1% ; 45,9% de réponses 0 et 1. Pour ce qui concernait les autres réponses, les résultats étaient plus équilibrés entre les réponses comme on peut le voir sur le graphique 11.

Une forte corrélation statistique a été retrouvée entre le manque d'honoraire et le manque de conviction personnelle avec un coefficient de corrélation  $r= 0,95$ . De même, une corrélation positive a été retrouvée entre la notion d'échec antérieur et le manque de temps avec  $r = 0,83$ .



Graphique 11 : Freins à la prescription liés aux médecins

	Moyenne	Médiane
Refus du patient	3,85	4
Manque de tps	2,91	3
Inobservance prévisible	2,81	3
Notion d'échec ant	2,72	3
Pas un motif de C	2,27	2
Difficultés a évaluer les capacités physiques	2,1	2
Manque de formation	1,69	2
Manque d'honoraire	1,66	2
Manque de conviction perso	1,29	1

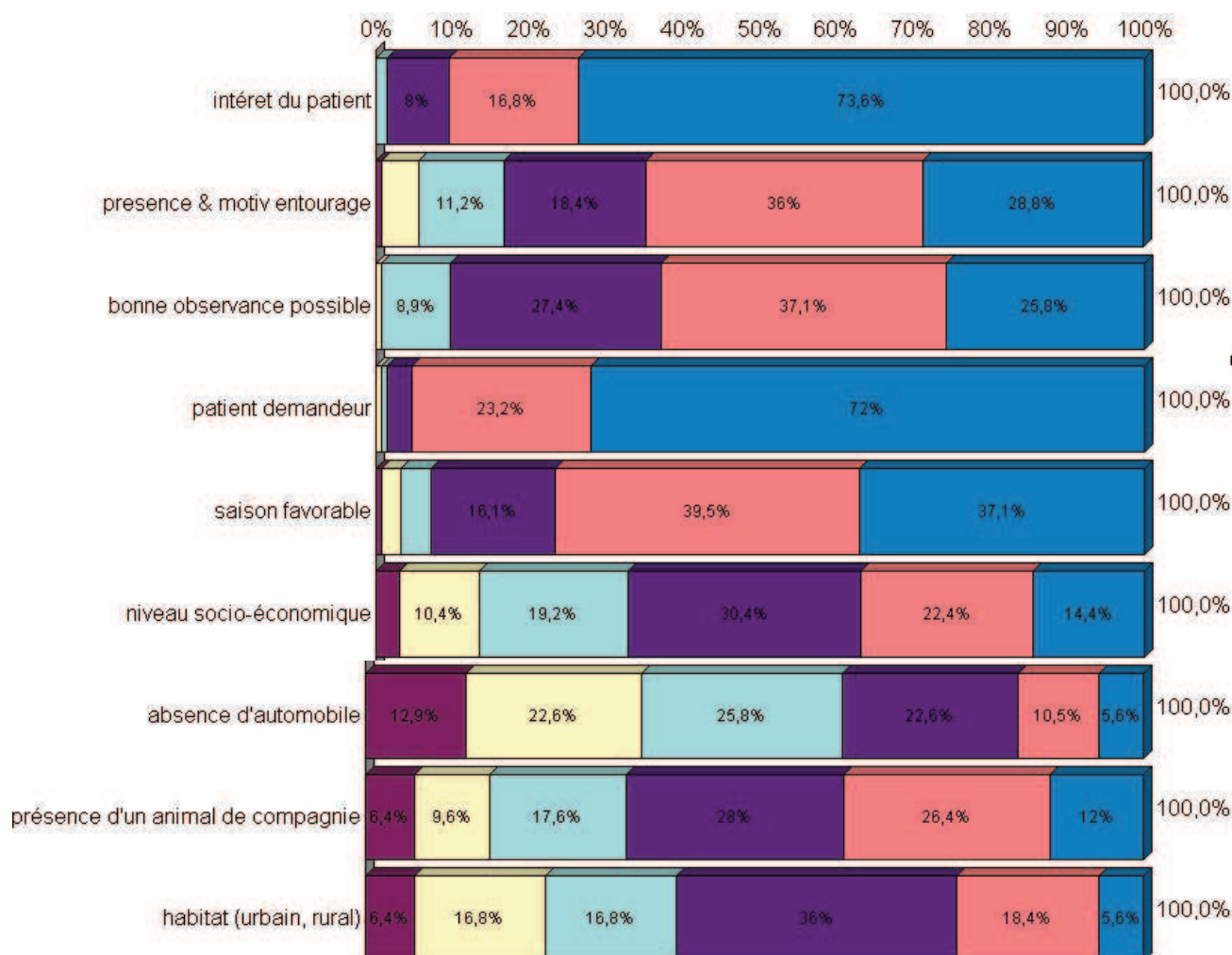
Tableau 7 : Moyenne et médiane des freins à la prescription des AP selon les médecins.

## E- Facteurs facilitant la prescription des activités physiques

La question 9 demandait aux médecins si les propositions données les aidaient dans leur prescription, avec 0 pour une absence d'aide à 5 pour une aide importante.

Les propositions données étaient les suivantes : intérêt du patient, présence et motivation de l'entourage, bonne observance possible, patient demandeur, saison favorable (printemps,été), niveau socio économique, l'absence d'automobile, la présence d'un animal de compagnie (chien) ou encore le lieu de l'habitat (rural ou urbain). Enfin, la dernière partie était laissée en commentaire libre.

Nous avons remarqué qu'un patient demandeur ou intéressé étaient les facteurs les plus facilitant pour tous les médecins avec la quasi totalité des réponses 4-5. La présence et la motivation de l'entourage, la bonne observance et la saison favorable étaient aussi majoritairement des facteurs facilitant avec respectivement 64,8%, 62,9 et 76,6% des réponses 4 & 5 .



*Graphique 12 : Facteurs facilitants la prescription des AP*



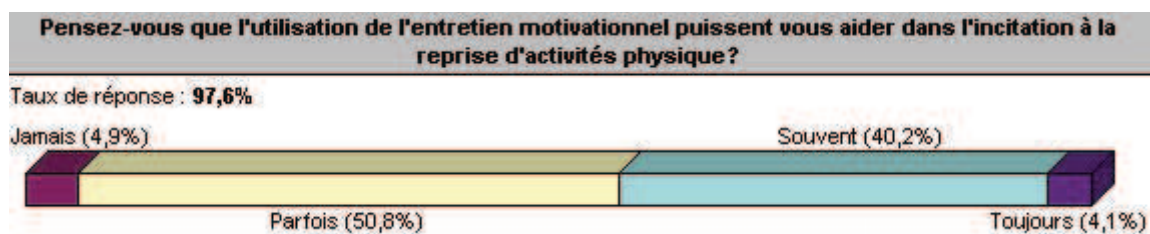
L'absence d'automobile représentait une faible aide avec 61,3% des réponses 0,1 et 2. Les réponses étaient moins tranchées pour le niveau socio économique, la présence d'un animal de compagnie ou l'habitat.

En ce qui concernait les réponses libres, les autres facteurs apportant une aide importante ont été les suivants : la répétition des interventions, la pratique antérieure d'une AP, la présence de structures, clubs ou organisations d'événements sportifs dans le village ou les environs.

A la question 11, il était demandé « Pensez-vous que vos patients suivent votre prescription d'activités physiques ? ». C'est la question avec le plus faible taux de réponses comptabilisées (83,2%). Le résultat était de 50% pour le Oui et de 50% pour le Non. L'ajout de « la majorité des patients » aurait permis d'améliorer le taux de réponses en faveur de l'une ou l'autre réponse.

A la question 12 « souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation spécifique à ce sujet ? », concernant la prescription des AP, les réponses positives étaient de 31,5%.

A la question 13 sur l'entretien motivationnel, les réponses étaient en faveur de l'utilisation de cette technique avec « Parfois » à 50,8% et « Souvent » à 40,2% des cas.

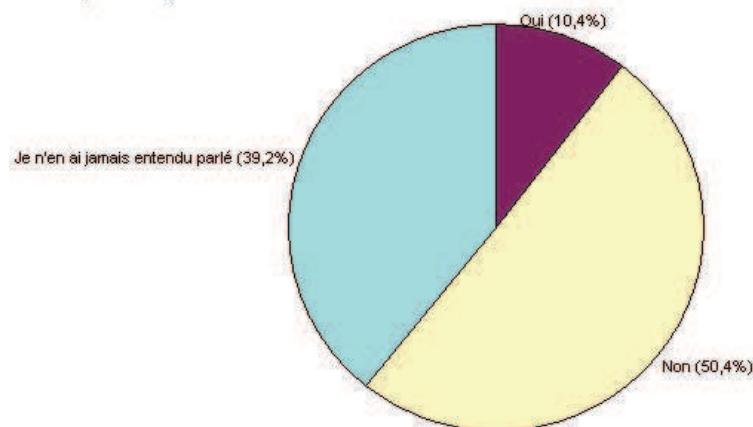


*Graphique 13 : Avis des MG picards sur la fréquence de l'aide apporté par l'entretien motivationnel dans l'incitation à la reprise des AP.*

Concernant la question 14 « Avez-vous déjà travaillé avec le réseau régional sport & santé de Picardie en forme ? », seulement 10,4% avaient déjà travaillé avec le réseau. Pour les médecins ayant coché « Non » et « je n'en ai jamais entendu parlé », seule cette dernière proposition a été comptabilisée et correspondait à 39,2% des réponses.

**Avez-vous déjà travaillé avec le réseau régional sport/santé/bien être "Picardie en forme"?**

Taux de réponse : **100,0%**



*Graphique 14 : Connaissance du réseau sport-santé « Picardie en forme » par les MG Picards.*

Sur la partie des commentaires libres, nous pouvions diviser les remarques en 3 groupes :

Premier groupe de remarques concernant les freins généraux ou plus spécifiques. Par exemple, les freins liés aux patients « beaucoup de patients extrêmement peu motivés », « réticents à l'AP en milieu rural car dépendant à l'automobile », « manque de temps pour les personnes en activités », « contrainte physique pour les personnes âgées », « contexte socio-économique qui fait que l'AP est le dernier de leur soucis ». Pour les freins liés aux médecins le seul motif noté à plusieurs reprises était le manque de temps : « Sur ce sujet, comme pour les autres, pas de temps au cours d'une consultation, déjà trop de motifs de consultation... Il faudrait travailler jour et nuit ».

Le deuxième groupe de remarques était relatif à la prescription non médicamenteuse. Six commentaires concernaient la gêne à utiliser le mot « prescrire » pour ce motif ; « Je ne prescris pas, je propose et j'incite car il n'y a pas de structure permettant une prescription ». Enfin, un médecin raisonnait sur le contexte social et culturel peu favorable à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses : « la grande majorité des patients consultent pour obtenir un traitement médicamenteux. Les conseils font très scolaires et laissent penser au patient une incompétence du médecin à prescrire un traitement ».

Le troisième groupe de remarques visait la prise en charge du sport-santé, « Une prise en charge partielle par les CPAM serait une bonne chose », « prescription non ! car ce n'est pas remboursé par la sécu » ou encore « L'exemple de Strasbourg où un coach sportif et des AP sont remboursés par la sécu et la mairie est très bon car les activités en salle sont coûteuses et cela améliorerait la qualité de vie et le nombre des médicaments diminueraient. Exemple à suivre ».

# DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les principaux freins à la prescription des AP en médecine générale. L'objectif secondaire était de définir le contenu d'une formation à ce sujet, répondant aux besoins des praticiens et à la réalité de leur exercice.

## **A- Sur la participation**

Le taux de réponses sans relance a été de 20,8%. La puissance de cette étude aurait pu être améliorée en augmentant la durée d'inclusion des questionnaires et en effectuant une relance sur les médecins n'ayant pas répondu. En considérant que les médecins picards qui ont répondu à cette étude étaient ceux les plus sensibilisés à la pratique des AP comme déterminant de santé, nous pouvions supposer avoir analysé les freins à la prescription de ceux qui en parlaient et la prescrivaient réellement durant leur consultation. Les médecins n'ayant pas répondu étaient peut être les moins entraînés à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses et ne s'intéressaient probablement pas ou peu au sport-santé. Seulement un cinquième des médecins avait pris le temps de répondre à ce sujet, cela permettait de suggérer le désintéressement des médecins picards quant à la prescription d'AP comme thérapeutique à part entière. En effet, le sport-santé se développe progressivement dans certaines villes de France mais reste pour le moment en phase d'amorçage général. De plus, le taux de participation pourrait aussi être dû à un questionnaire mal compris, ou trop long à compléter.

Concernant la méthode, l'élaboration du questionnaire était une limite. Les données recueillies étaient déclaratives non objectives et ceci engendrait un risque de surestimation de la prescription de l'AP. Le questionnaire avait été testé sur un petit échantillon de médecins mais quelques points d'amélioration ont été mis à jour lors du dépouillement des résultats. A la question 11 « pensez-vous que vos patients suivent votre prescription d'AP », la réponse dépendait bien sûr du patient ! L'ajout du mot « majorité » des patients aurait peut être permis d'avoir plus de réponses. Enfin, le questionnaire proposait un nombre non exhaustif de critères facilitant ou limitant la prescription d'AP. La liste de ces critères a été établie à partir des données de la littérature(71) (72)et du bon sens.

## **B- Sur les caractéristiques des médecins**

Cet échantillon de 125 médecins répondants d'âge moyen de 52,11 ans (médiane = 55 ans) était représentatif de la population de médecins généralistes picards sur les données d'âge, de sexe. En revanche, je n'ai pas pu comparer l'échantillon avec le pourcentage de médecins possédant une capacité de médecine du sport. Il était évident que le taux de réponses pouvait constituer un biais.

Les médecins de plus de 55 ans représentaient 46,3% des médecins, ce qui est sensiblement comparable aux données de population actuelle concernant la profession.

Concernant les autres caractéristiques, les médecins interrogés déclaraient majoritairement pratiquer personnellement une AP régulière selon les recommandations. Ceci confirmait le biais de sélection qui était décrit ci dessus. La grande majorité n'avait pas de capacité en médecine du sport. Nous pouvons donc considérer que ce sont plutôt des médecins motivés par l'AP qui ont répondu à notre enquête.

## **C- Sur les caractéristiques des freins retrouvés :**

### **1- Bénéfices**

Dans son rapport d'octobre 2012(73), l'Académie de médecine rappelait que les études mettant en évidence les bienfaits de l'AP s'étaient en effet multipliées ces dernières années. « Des publications de plus en plus nombreuses viennent confirmer que pratiquer des AP tout au long de la vie augmente l'espérance de vie en bonne santé, retarde la dépendance et constitue un complément thérapeutique efficace en luttant contre la sédentarité pour de nombreuses affections comme l'obésité et bien d'autres encore, sans oublier la prise en charge des sujets en situation d'handicap ».

L'entraînement physique, indépendamment de la perte de poids(74), offre de nombreux avantages pour la santé surtout chez les patients ayant déjà au moins une pathologie. Il est nécessaire que les médecins soulignent que la perte de poids importante est peu probable à partir d'un programme d'AP à moins que le volume global d'AP soit bien au dessus des niveaux minimaux recommandés et qu'il soit associé à une alimentation équilibrée.

L'AP seule ne suffit pas à entraîner une franche réduction pondérale(75) et un tel message ne devrait pas être transmis. Les patients sont plus ou moins sensibilisés à cette idée qui dans certains cas peut engendrer une déception et une résistance du patient.

Les bénéfices attendus lors de la prescription de l'AP étaient d'abord d'ordre général avec « l'amélioration de la qualité de vie » en première position suivi du « maintien de l'autonomie ». La réduction pondérale, la réduction d'un traitement, l'augmentation du périmètre de marche, la réduction d'une dyspnée ou de l'anxiété étaient plus des améliorations symptomatiques spécifiques et donc arrivant forcément au deuxième plan dans une question d'ordre général. Le classement de ces réponses pouvait donc varier selon la patientèle des médecins interrogés.

Nous pouvions retenir tout de même deux choses : tout d'abord une idée fausse persistait dans les réponses. La réduction pondérale arrivait en troisième position, alors que l'AP seule ne la permet pas(76). Cette représentation des médecins pouvait donc être un frein à la prescription en transmettant des messages incorrects qui étaient retenus par le patient. L'AP permet la prévention de prise de poids et le maintien d'une perte de poids. Deuxième chose, le premier bénéfice attendu d'une AP selon les médecins était d'améliorer la qualité de vie du patient. Or, il s'agissait de la croyance du médecin, qui pouvait varier selon le patient et l'instant. Vouloir le bien être de quelqu'un ne signifie pas toujours que ce que l'on fait est bon pour lui à ce moment précis. Prescrire une AP implique une réorganisation du rythme de vie du patient et des modifications comportementales, surtout si cette réorganisation intervient en même temps qu'un changement de comportement alimentaire. Ces modifications peuvent entraîner des répercussions en terme d'image de soi, de place au sein d'un groupe social, amical ou familial. Elles ne correspondent pas obligatoirement à une amélioration de la qualité de vie du patient, au delà de ses bénéfices spécifiques.

## **2- Population ciblée**

La prescription des AP s'est avérée très fréquente chez les sujets avec au moins une pathologie, particulièrement en présence de facteurs de risque cardiovasculaire : diabète, surpoids/obésité suivi par ceux présentant une HTA ou les autres MCV (coronaropathie, artérite...), du tabac mais aussi dans l'arthrose, l'ostéoporose ou les maladies pulmonaires. En revanche, la prescription des AP n'est pas aussi importante dans le cancer. D'après les résultats, la prescription des AP chez le patient non demandeur ne présentant aucune pathologie reste insuffisante. Pourtant cette prescription semble capitale pour limiter les risques et est recommandée dans beaucoup de pays notamment en France(58) : « Ces thérapeutiques doivent être prescrites dès que le diagnostic a été effectué : en monothérapie: pour les patients présentant 0 ou 1 facteur de risque cardio-vasculaire sur un délai prédéterminé ».

L'étude ObEpi 2012(77) a montré que la population adulte française compte 32,3% de personnes en surpoids et 15% de personnes en situation d'obésité. La hausse continue par rapport aux années précédentes. Alors, l'AP fait-elle partie du panel d'outils à la disposition des professionnels de santé pour limiter ou ralentir cette évolution ? Faut-il attendre l'apparition d'un facteur de risque cardiovasculaire indépendant ?

N'étant pas l'objectif principal de cette enquête, il n'y a pas eu de distinguo entre prévention primaire et secondaire. Pour cela, il aurait fallu détailler la prescription selon l'association de tel facteur de risque avec tel autre, réalisation trop compliquée pour tenir une durée de questionnaire acceptable et répondre à l'objectif principal.

Pour le cas du patient demandeur d'une prescription d'AP, la prescription n'était « toujours » effectuée que pour 37,9% et « souvent » pour 25,8% des patients. Pourquoi cette prescription n'était-elle jamais réalisée pour 10,5% des patients ? Manque de temps ? Question mal comprise ? Après stratification sur les médecins pour qui le manque de temps était un facteur limitant fort (ceux ayant répondu 4&5 de la Q10), la prescription à la demande du patient n'était « jamais » réalisée dans 13,7% des cas. Le prescripteur a pu aussi être mis en difficulté et répondre « jamais » pour dire que cette demande n'arrivait « jamais » car elle reste rare en pratique quotidienne.

La durée consacrée à cette prescription au cours de la consultation était estimée entre 2 et 5 minutes. Il est difficile d'établir des recommandations à ce sujet. Il est judicieux d'y consacrer quelques minutes lorsque le patient n'est pas prêt à modifier son comportement (état de pré-réflexion) ,discuter petit à petit pour provoquer un déclic dans les conflits internes et la résistance du patient. Une fois entré dans la boucle du modèle transthéorique, la durée peut être variable. Dans une démarche d'éducation thérapeutique, tout est possible, de l'information rapide inférieure à 2 minutes, à la consultation dédiée.

La méthode la plus couramment employée pour prescrire une AP reste le conseil verbal. La remise d'une brochure explicative peut également constituer une prescription si bien sûr elle correspond à l'AP négociée avec le patient. Enfin, le support familial de l'ordonnance nominative reste traditionnellement réservé en France aux prescriptions médicamenteuses ou à l'orientation vers d'autres professionnels de santé. Pourtant, une prescription écrite(78) avec le type, l'intensité, la durée et la fréquence est tout à fait adaptée à la prescription d'AP, et apporte une efficacité supplémentaire, comme cela a été démontré dans d'autres pays(79) notamment avec le « Green prescription program » en Nouvelle-Zélande(80). Par ailleurs, une revue systématique de la littérature par une équipe canadienne(81) rapporte que la prescription écrite sur ordonnance et la remise de brochures informatives seraient complémentaires avec le message

oral. Il faut donc s'adapter selon le patient, le stade de changement de comportement et les objectifs personnalisés. Enfin l'information de l'AP devrait commencer en premier lieu dès la salle d'attente. Cela pourrait susciter des questions et amener le patient à y réfléchir puis interroger son médecin, d'où un potentiel gain de temps sur le travail motivationnel (exemple : fiche concernant l'activité physique du PNNS en Annexe 2).

L'utilisation d'outils du type podomètre ou bracelet accéléromètre pour le suivi peut être utile et motivante pour le patient, en ayant l'avantage d'être objective(82). Actuellement, peu de données existent concernant les recommandations de prescription orale ou écrite. Les avis sont partagés. En France, la HAS recommande une prescription sur ordonnance pour valoriser cette thérapeutique(83) (58). Selon un bulletin de l'académie de médecine de 2012, la prescription(84), dans un contexte médical, ou plus simplement dans le cadre de mesures de prévention primaire, devrait figurer sur l'ordonnance rédigée selon les règles de toute prescription médicamenteuse et être expliquée au patient avec une même rigueur. Sur l'ordonnance, devrait également figurer le détail des activités physiques à poursuivre : la nature et le contexte de la pratique, l'intensité, la durée et la fréquence des séances, les mesures associées, le suivi et les contrôles médicaux à observer. La surveillance du traitement et de ses résultats mérite la même attention. Un guide des activités physiques a déjà été proposé par l'association britannique du sport (British Association of Sport and Exercise Sciences)(85). En France, dès la fin de l'année 2015 des protocoles d'AP pour une vingtaine de disciplines devrait être publié par le CNOSF (comité national olympique et sportif français)..

### **3- Obstacles identifiés**

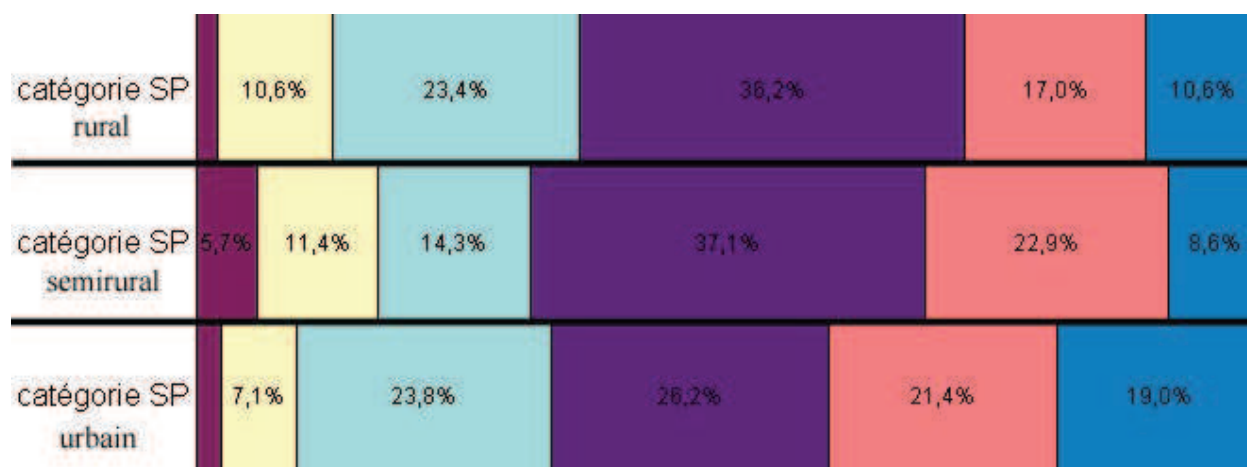
Selon les médecins, le principal obstacle lié au patient était d'ordre intrinsèque et était le manque de motivation et le faible intérêt pour l'AP. Un des moyens d'y remédier est de bien identifier le niveau de motivation et le désir du patient pendant sa prise en charge. Un suivi régulier et une écoute attentive permettent de repérer le moment favorable.

Les contraintes de temps, la réticence au changement et la non perception de la relation entre AP et santé étaient fortement corrélées entre elles et correspondaient à des obstacles importants selon les médecins. L'enquête « Pratiques culturelles et sportives » de l'INSEE en 2003, montrait « qu'avoir des enfants en bas âge, de travailler dans une petite entreprise ou d'être à son compte sont des situations qui réduisent la probabilité d'une AP régulière ». Il est important dans la démarche d'éducation thérapeutique de les identifier afin de permettre au patient d'en prendre conscience et d'essayer de trouver des solutions. Si le patient se soucie des modifications que ce changement peut engendrer au sein de sa profession, de sa vie privée, cela signifie qu'il se projette déjà dans ce changement. De spectateur, il devient acteur de son projet de vie.

De même, les contraintes physiques qui comprenaient par exemple un handicap physique, une obésité étaient considérées comme un frein relativement fort à la prescription. Selon les études, au delà d'un IMC à 35 voire 40 kg/m<sup>2</sup> la prescription est plus difficile en médecine générale et les médecins interrogés prennent le plus souvent conseils auprès d'un spécialiste pour envisager des traitements plus spécifiques.

En revanche, d'autres freins d'origine extrinsèque au patient n'étaient pas identifiés par les médecins comme des éléments très limitants. Il s'agissait de la contrainte économique, la notion d'échec antérieur et la catégorie socio-professionnelle, même s'il existait une hétérogénéité des réponses. Or les études épidémiologiques montrent que l'inactivité physique est corrélée fortement avec le niveau de vie et la catégorie socio-professionnelle et inversement corrélée avec le niveau d'instruction(86) (87) . Cette étude met en évidence un aspect des inégalités sanitaires et sociales, tout comme le rapport de la HAS(58). Elles mettent également en évidence une corrélation avec des critères démographiques : la vie en milieu rural favorise la pratique d'AP. Si ces facteurs ne sont pas considérés par les médecins interrogés comme des freins à la prescription, ils ne sont pas non plus considérés comme des facteurs facilitant la prescription. L'habitat (rural ou urbain) n'était considéré comme une aide importante à la prescription (rep 4&5) que pour 24% des médecins.

Si on stratifiait la réponse de la catégorie socio-professionnelle comme frein à la prescription des AP en fonction du type d'exercice des médecins répondeurs, on notait que la catégorie SP était un frein à la prescription plus important (rep 4&5) pour les médecins exerçant en ville, avec une croissance progressive des réponses de 27,6% pour les médecins ruraux à 40,4% pour les médecins de ville. Toutefois, la question aurait pu être posée différemment afin de déterminer le sens de cette réponse, un faible niveau socio-économique culturel aurait été plus parlant dans la discussion.



*Graphique 15 : Stratification de la catégorie socio-professionnelle comme frein à la prescription en fonction du type d'exercice des médecins répondeurs.*

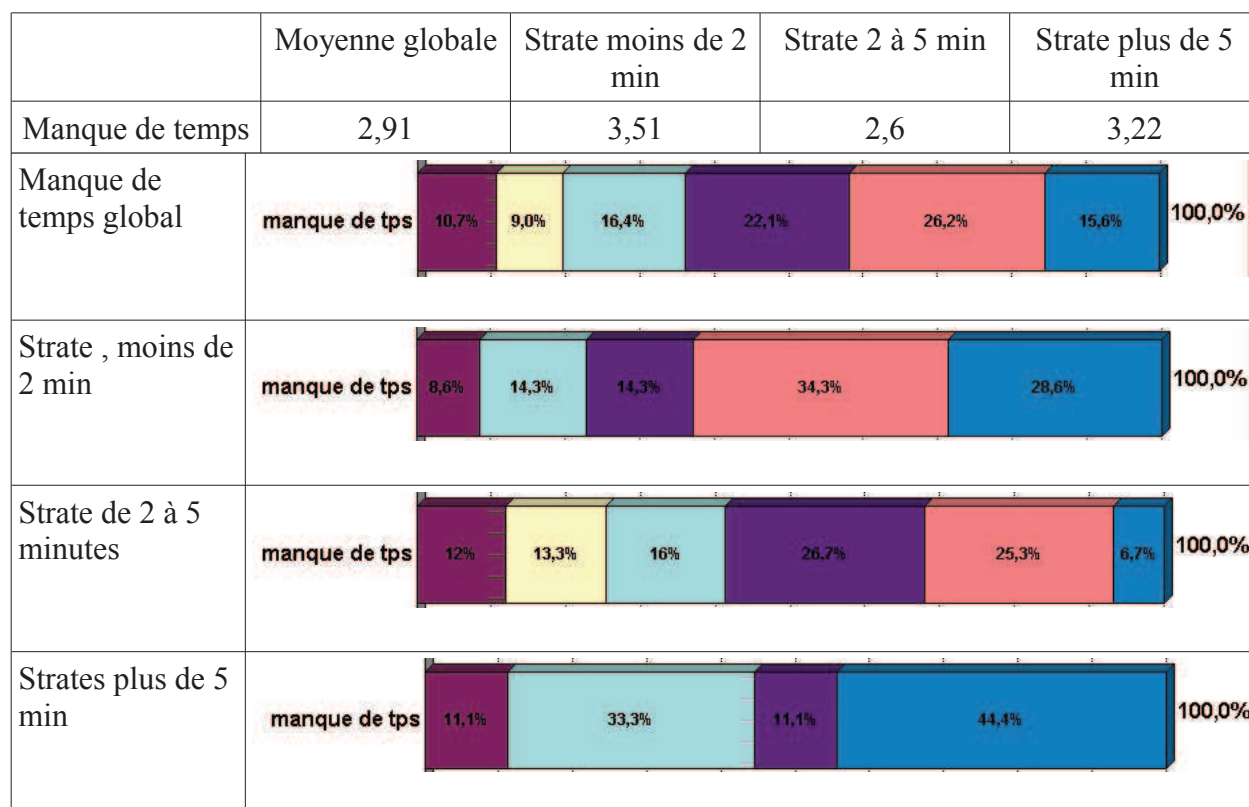


D'autres freins à la prescription étaient liés au médecin lui-même. De manière évidente, lors d'un refus explicite du patient, le médecin n'allait pas à l'encontre de cette volonté et attendait un meilleur moment pour débiter cette prescription.

Le manque de temps était un facteur important si on regardait les commentaires libres laissés par le panel de médecins interrogés. Les réponses globales étaient très hétérogènes et il s'agissait d'un frein important (réponses 4&5) pour 41,8% des répondants. Si on regardait la réponse « manque de temps » selon différents points de vue, en stratifiant les réponses obtenues selon les répondants de la question 6 sur le temps consacré à la prescription des AP on notait que :

- pour les médecins consacrant plus de 5 minutes à cette prescription le manque de temps était un frein très important avec 44,4% de réponses 5.
- pour les médecins consacrant moins de 2 minutes le manque de temps était considéré aussi par 28,6% comme étant un frein très fort.

On note que seulement 15,6% du total des répondants considéraient le manque de temps comme un frein très fort.



Graphique 16 : Stratification du « manque de temps » en fonction du temps consacré à la prescription des AP.

Le manque d'honoraire spécifique et le manque de conviction personnelle sur l'efficacité de la prescription (corrélés entre eux) n'étaient pas de forts facteurs limitants la prescription des AP. Ces résultats montrent qu'il est possible, en médecine générale, de s'adapter et que les médecins généralistes participent de manière active à la prévention. Une reconnaissance pécuniaire spécifique pourraient améliorer la motivation des médecins mais n'est pas exigée.

La prescription d'AP chez les sujets porteurs de pathologie chronique ou de handicap ainsi que chez les sujets âgés fait souvent appel à une orientation vers des éducateurs en APA qui aident le patient à définir un programme d'AP sécurisant et adapté à leurs capacités, et les accompagne le temps de l'autonomisation de leur pratique. Cette solution est particulièrement répandue dans les pays anglo-saxons (« exercise referral »), son efficacité est démontrée mais sa supériorité fait encore débat, notamment au regard des coûts qu'elle engendre(88) ; (89). Le rapport HAS sur les thérapeutiques non médicamenteuses résume plutôt bien les obstacles : «Il existe en France des inégalités d'accès à l'offre en matière de suivi des thérapeutiques non médicamenteuses. Elles découlent, d'une part, des disparités de répartition des médecins, des professionnels de santé et des professionnels spécialisés sur le territoire et, d'autre part, des coûts monétaires et non monétaires, associés à ces stratégies, qui, pour la plupart, restent à la charge des patients. Les défauts de cette offre de soins multiplient les risques de refus et de non-observance par les patients des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses ce qui induit un phénomène de renoncement à la prescription de la part des médecins pour qui l'absence de structures adéquates pour le suivi de ces thérapeutiques rend leurs préconisations inefficaces ». En France, l'amendement Fourneyron pour encourager les médecins à prescrire des activités physiques adaptées aux personnes souffrant d'affections de longue durée vise à donner un cadre législatif pérenne pour le développement de ces bonnes pratiques sur l'ensemble du territoire. Il garantit que ces pratiques physiques destinées à des patients soient prescrites par un médecin et assurées par des structures labellisées dans le cadre d'un réseau animé par les agences régionales de santé et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, sur la base de critères qualitatifs objectifs.

Au total, la stratégie de prescription des AP peut être schématisée comme une démarche en trois étapes, qui fait appel aux concepts développés précédemment(90) :

- Évaluer les différentes composantes de l'AP actuelle : estimer le niveau d'AP habituelle (questions simples, questionnaires, journal, accéléromètres etc..), apprécier les capacités physiques (examen clinique, questionnaire d'aptitude, examens paracliniques ou tests de performance si terrain à risque), explorer le contexte personnel et social, enquêter sur les représentations psychologiques et les obstacles à la pratique.

- Définir des objectifs prioritaires et choisir une prescription adaptée : négocier une solution d'AP équilibrée entre les objectifs thérapeutiques à atteindre, les possibilités du patient et ses facteurs de motivation (stade motivationnel, objectifs, valeurs,...) tout en respectant une progressivité indispensable. L' AP prescrite doit obéir à la règle des « 3 R »: Régulière, Raisonnée, Raisonnable.

- Faire un suivi rapproché et prolongé, prévenir la rechute : recueillir les expériences du patient, explorer les autres dimensions de la qualité de vie, et adapter la prescription ou l'accompagnement.

## **D- Sur les caractéristiques d'une formation**

Certaines données de la littérature(91) ;(92) insistent sur le manque de temps et de formation. Dans cette étude, on remarque que les médecins émettaient des doutes quant à l'efficacité de leur prescription puisqu'à la question 11, les réponses étaient clairement divisées avec 50% de « Oui » et 50% de « Non ». On note que 31,5% des médecins souhaitaient une formation à ce sujet probablement dans le but d'améliorer les retombées de leur prescription, ce qui constituait un bon début.

De 2012 à 2014, le réseau sport-santé « Picardie en forme » s'est développé sur 7 territoires (Saint Quentinnois, Amiénois, Picardie Maritime, Beauvaisis, Aisne Sud, Laonnois et Thiérache). Depuis, il est sorti de sa phase d'expérimentation et se déploie sur de nouveaux territoires, avec pour objectif, à terme, de couvrir l'ensemble de la région. Le réseau est très présent dans tous les théâtres d'informations pour les patients (Journée régionale de l'ETP , Journée Mondiale du Diabète, Semaine "Octobre Rose") mais aussi des soirées d'information des Professionnels de Santé. Toutefois, le réseau semble peu connu par les médecins. En effet, dans cette étude, 39,2% n'avaient jamais entendu parlé du réseau sport-santé « Picardie en forme » et 50,4% connaissait le réseau mais n'avait jamais travaillé avec. Il y a donc un travail d'information et de développement à continuer notamment au niveau du maillage d'associations.

Concernant l'entretien motivationnel, une formation pourrait intéresser les médecins puisque la majorité pensait être aidée « parfois » ou « souvent » par celui-ci dans leur prescription d'AP. Cet outil est donc utile et intéressant.

Enfin, une information sur les brochures actuellement disponibles, les capteurs d'activités des bracelets ou des logiciels smartphones utilisables ainsi que les futures fiches protocoles d'AP Vidal® concernant l'AP pourrait permettre aux médecins d'utiliser ces outils au bon moment dans une démarche d'éducation thérapeutique. Cela développerait la divergence du patient en augmentant sa perception des inconvénients du « statu quo ».

## CONCLUSION

Les maladies non transmissibles sont les principales responsables de décès dans les pays développés. Le manque d'activité physique est considéré comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde. Le taux de personnes obèses ou en surpoids est en constante augmentation et l'OMS a indiqué qu'une épidémie d'obésité se préparait dans la majorité des pays Européens. L'AP a des effets bénéfiques sur tous les organes du corps, indépendamment de la perte de poids. La lutte contre l'inactivité physique est donc un véritable enjeu de santé publique. Le médecin de soins primaires est le premier acteur dans la prévention sanitaire, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de cette prescription. C'est pourquoi cette thèse s'intéressait surtout aux freins à cette prescription car celle-ci est plus complexe qu'elle n'y paraît. Le stade d'attitude vis à vis du changement doit être évalué tout le long du suivi et l'EM est un des principaux outils à cette évaluation.

Ce travail de thèse avait pour objectif principal d'analyser les freins rencontrés par les médecins généralistes de Picardie dans la prescription d'AP. Les résultats montrent que la prescription des AP est fréquemment faite chez les patients présentant au moins une pathologie avec une nette prédominance s'il s'agit de pathologie d'ordre métabolique (obésité, diabète). Les principaux bénéfices attendus sont d'ordre général : amélioration de la qualité de vie et maintien de l'autonomie. Un bémol tout de même sur la relation entre AP et réduction pondérale qui semble surestimée par les médecins.

De plus, nous avons vu que selon les médecins, les freins liés aux patients demeuraient sa faible motivation et/ou son manque d'intérêt, la non perception entre l'AP et sa santé, la réticence au changement et le manque de temps, les trois premiers éléments étant d'ordre intrinsèque et donc de la responsabilité du patient. En revanche, la contrainte économique, la notion d'échec antérieur, la catégorie socio professionnelle, ou la contrainte physique n'apparaissaient pas pour les médecins comme étant des éléments limitants importants.

Concernant les freins liés au médecin, mis à part le refus du patient, le manque de temps était un frein important pour 41,8% d'entre eux ce qui confirme les données de la littérature. La majorité prend en moyenne 2 à 5 minutes pour prescrire une AP. Les médecins interrogés ne considéraient pas que le manque de conviction personnelle, le manque d'honoraires ni le manque de formation comme des freins forts.

Pour les médecins, les facteurs facilitant la prescription étaient un patient intéressé et demandeur possédant une bonne observance théorique, une saison favorable et un entourage

présent et motivant. Alors, l'amélioration de la qualité de vie était le bénéfice le plus attendu par les médecins et participait donc à faciliter la prescription. Cette prescription de thérapeutique non médicamenteuse nécessite un suivi longitudinal afin d'adapter le discours à l'état motivationnel du patient. Une aide objective via des documents écrits, des affiches en salle d'attente ou l'utilisation d'un bracelet accéléromètre par exemple pourrait se montrer utile.

Nous avons vu également que les médecins doutent de l'efficacité de leur prescription mais que 68,5% ne souhaitaient pas de formation à ce sujet. Il en était de même concernant une reconnaissance économique qui pourrait améliorer la motivation mais qui n'était pas exigée par les médecins.

De plus, des dispositions sont à prendre au sein d'un programme national engageant l'ensemble de la société à la pratique d'une activité physique et sportive régulière dès le début de la vie puis poursuivie tout au long. C'est ce que s'apprête à effectuer l'amendement Fourneyron concernant le sport sur ordonnance pour certains patients en ALD mais le message doit aussi être transmis par le canal de l'éducation dès le plus jeune âge.

En Picardie, le réseau sport – santé « Picardie en Forme » reste peu connu. Une information des médecins et un renforcement du « maillage » en augmentant le nombre d'associations semble indispensable. En présence d'un référentiel de prescription, 26% des généralistes assurent qu'ils prescriraient plus d'AP (30% des moins de 40 ans, 20% des plus de 65ans). Ils devraient être satisfaits en décembre 2015 avec la publication par le CNOSF (comité national olympique et sportif français) du rapport « le médicament sport-santé : analyse des protocoles d'AP pour une vingtaine de disciplines sportives », suivi en 2016 de fiches Vidal en lien avec la commission médicale du CNOSF.

Enfin, les premières assises européennes du sport santé sur ordonnance se sont tenues à Strasbourg en octobre 2015 et selon le Dr Lecocq : « la révolution douce du sport-santé sur ordonnance a commencé et va gagner toute l'Europe ». Ce nouveau genre de prescription va se développer prochainement, le médecin généraliste ne devra pas être seulement prescripteur mais aussi acteur de ce changement en utilisant une stratégie individuelle d'éducation thérapeutique afin d'amener progressivement les patients à modifier leur comportement et habitudes de vie.

# Bibliographie

1. Insee - Santé - Principales causes de décès en 2012 [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=natfps06205](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfps06205)
2. Non-communicable disease. In: Wikipedia, the free encyclopedia [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Non-communicable\\_disease&oldid=683455243](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Non-communicable_disease&oldid=683455243)
3. OMS | Maladies non transmissibles [Internet]. WHO. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>
4. 2015. WHO: Obesity rates in Europe to rise greatly by 2030 [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.healio.com/endocrinology/obesity/news/online/%7Bc4d8305a-2539-4750-905b-4b520f80d895%7D/who-obesity-rates-in-europe-to-rise-greatly-by-2030>
5. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15960868>
6. obepi\_2012.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche\\_fr/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf)
7. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126-31.
8. Charte européenne du sport révisée [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=206483&Site=CM>
9. Définition des Activités Physiques ou Sportives / Définitions (APS, ETAPS) [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.meurthe-et-moselle.gouv.fr/Politiques-publiques/Jeunesse-sport-et-vie-associative/Jeunesse-Education-populaire-Sports/Reglementation-sportive/Definitions-APS-ETAPS/Definition-des-Activites-Physiques-ou-Sportives>
10. SFP-APA [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sfp-apa.fr/>
11. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: A systematic review. JAMA. 21 nov 2007;298(19):2296-304.
12. A Randomized Controlled Trial for a Physical Activity Intervention for RA Fatigue - 2015 ACR/ARHP Annual Meeting [Internet]. ACR Meeting Abstracts. [cité 9 nov 2015]. Disponible sur: <http://acrabstracts.org/abstract/a-randomized-controlled-trial-for-a-physical-activity-intervention-for-ra-fatigue/>
13. Smartphone apps for physical activity: A systematic review - Journal of Science and Medicine in Sport [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.jsams.org/article/S1440-2440\(13\)00344-7/abstract](http://www.jsams.org/article/S1440-2440(13)00344-7/abstract)
14. OMS | La sédentarité: un problème de santé publique mondial [Internet]. WHO. [cité 4 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/)

15. Eurobarometer 2014 [Internet]. [cité 4 oct 2015]. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_412\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf)
16. Sédentarité et inactivité physique [Internet]. [cité 21 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.picardie.sante.fr/Sedentarite-et-inactivite-phys.117272.0.html>
17. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. juill 2012;380(9838):247-57.
18. Baromètre santé nutrition 2008 - Activité physique et sédentarité - activite-physique.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-nutrition-2008/pdf/activite-physique.pdf>
19. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé [Internet]. [cité 4 oct 2015]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf)
20. GlobalHealthRisks\_report\_full.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
21. Oldridge NB. Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Off J Eur Soc Cardiol Work Groups Epidemiol Prev Card Rehabil Exerc Physiol*. avr 2008;15(2):130-9.
22. Scarborough P, Bhatnagar P, Wickramasinghe KK, Allender S, Foster C, Rayner M. The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006-07 NHS costs. *J Public Health Oxf Engl*. déc 2011;33(4):527-35.
23. British Heart Foundation Health Promotion Research. Estimates of the primary and secondary care costs attributable to physical inactivity for PCTs across England.
24. Danger sédentarité - Professeur François CARRÉ - Documents - Editions le Cherche Midi [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.cherche-midi.com/theme/Danger\\_sedentarite-Professeur\\_Francois\\_CARRE\\_-9782749135120.html](http://www.cherche-midi.com/theme/Danger_sedentarite-Professeur_Francois_CARRE_-9782749135120.html)
25. INSERM - activite\_physique\_contextes\_effets\_santé.pdf [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/2/file/activite\\_physique\\_contextes\\_effets\\_sant%C3%A9.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/2/file/activite_physique_contextes_effets_sant%C3%A9.pdf)
26. The Benefits of Physical Activity | Physical Activity | DNPAO | CDC [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/health/index.htm#LiveLonger>
27. Anne Vuillemin. INPES - La Santé en action - La Santé de l'homme n° 387 Bouger améliore-t-il la qualité de vie ? [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/387.asp>
28. King AC, Oman RF, Brassington GS, Bliwise DL, Haskell WL. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults: A randomized controlled trial. *JAMA*. 1 janv

1997;277(1):32-7.

29. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol.* oct 1990;132(4):612-28.
30. Cornelissen VA, Buys R, Smart NA. Endurance exercise beneficially affects ambulatory blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* avr 2013;31(4):639-48.
31. Simpson L, McArdle N, Eastwood PR, Ward KL, Cooper MN, Wilson AC, et al. Physical Inactivity Is Associated with Moderate-Severe Obstructive Sleep Apnea. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 12 août 2015;
32. Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clin Proc.* févr 2002;77(2):165-73.
33. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med.* 7 févr 2002;346(6):393-403.
34. Umpierre D, Ribeiro PB, Kramer CK, et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with hba1c levels in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 4 mai 2011;305(17):1790-9.
35. Cahier de nutrition et de diététique- Atherosclerose- sedentarite, AP et prévention du risque vasculaire [Internet]. Cahier NUtrition et diététique T36HS1; 2001. Disponible sur: [https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAAahUKEwjV\\_b7K7a7IAhUB8j4KHZ3oDBA&url=http%3A%2F%2Fwww.sf-nutrition.org%2F%3Fp%3Ddownload%26name%3D7%26dossier%3Dfichiers%26new\\_name%3Dpolycopienut.pdf%26disposition%3Dattachment&usq=AFQjCNFr4yct4S-syZwNJ1rFIYrCy3B8EA&sig2=n8kmDHusettyUwAag9pmtA&bvm=bv.104615367,d.cww](https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAAahUKEwjV_b7K7a7IAhUB8j4KHZ3oDBA&url=http%3A%2F%2Fwww.sf-nutrition.org%2F%3Fp%3Ddownload%26name%3D7%26dossier%3Dfichiers%26new_name%3Dpolycopienut.pdf%26disposition%3Dattachment&usq=AFQjCNFr4yct4S-syZwNJ1rFIYrCy3B8EA&sig2=n8kmDHusettyUwAag9pmtA&bvm=bv.104615367,d.cww)
36. De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, Akkermans LM, Smout AJ, De Vries WR, et al. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol.* avr 2005;40(4):422-9.
37. Banim PJR, Luben RN, Wareham NJ, Sharp SJ, Khaw K-T, Hart AR. Physical activity reduces the risk of symptomatic gallstones: a prospective cohort study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* août 2010;22(8):983-8.
38. Rector RS, Thyfault JP. Does physical inactivity cause nonalcoholic fatty liver disease? *J Appl Physiol Bethesda Md* 1985. déc 2011;111(6):1828-35.
39. Berzigotti A, Saran U, Dufour J-F. Physical activity and liver diseases. *Hepatol Baltim Md.* 27 août 2015;
40. Kistler KD, Brunt EM, Clark JM, Diehl AM, Sallis JF, Schwimmer JB, et al. Physical activity recommendations, exercise intensity, and histological severity of nonalcoholic fatty liver disease. *Am J Gastroenterol.* mars 2011;106(3):460-8; quiz 469.
41. Callahan LF, Ambrose KR. Physical activity and osteoarthritis – considerations at the population and clinical level. *Osteoarthritis Cartilage.* 1 janv 2015;23(1):31-3.



42. Influence of Increasing Physical Activity on Longitudinal Changes in Disability Status Among Inactive Older Adults - 2015 ACR/ARHP Annual Meeting [Internet]. ACR Meeting Abstracts. [cité 9 nov 2015]. Disponible sur: <http://acrabstracts.org/abstract/influence-of-increasing-physical-activity-on-longitudinal-changes-in-disability-status-among-inactive-older-adults/>
43. Villareal DT, Chode S, Parimi N, Sinacore DR, Hilton T, Armamento-Villareal R, et al. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. *N Engl J Med.* 31 mars 2011;364(13):1218-29.
44. Steiner JL, Bigatti SM, Ang DC. Trajectory of change in pain, depression, and physical functioning after physical activity adoption in fibromyalgia. *J Health Psychol.* juill 2015;20(7):931-41.
45. Kannus P, Haapasalo H, Sankelo M, Sievänen H, Pasanen M, Heinonen A, et al. Effect of starting age of physical activity on bone mass in the dominant arm of tennis and squash players. *Ann Intern Med.* 1 juill 1995;123(1):27-31.
46. Note de synthèse Juillet 2006 - Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose [Internet]. Disponible sur: <http://www.grio.org/documents/rcd-2-1263308592.pdf>
47. Paillard T, Rolland Y, de Souto Barreto P. Protective Effects of Physical Exercise in Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease: A Narrative Review. *J Clin Neurol Seoul Korea.* juill 2015;11(3):212-9.
48. Physical Activity and Cancer [Internet]. National Cancer Institute. [cité 9 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/physical-activity-fact-sheet>
49. Slattery ML. Physical activity and colorectal cancer. *Sports Med Auckl NZ.* 2004;34(4):239-52.
50. Lee I-M, Oguma Y. Physical Activity. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, éditeurs. *Cancer Epidemiology and Prevention* [Internet]. Oxford University Press; 2006 [cité 9 oct 2015]. p. 449-67. Disponible sur: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195149616.001.0001/acprof-9780195149616-chapter-23>
51. [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr) [Internet]. [cité 11 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/>
52. *PNNS\_2011-2015.pdf* [Internet]. [cité 6 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)
53. Sport et Cancer CAMI, Le site officiel - Bienfaits de la pratique sportive en cancérologie [Internet]. [cité 13 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.sportetcancer.com/Bienfaits-de-la-pratique-sportive-en-cancerologie-fr,1,5256.html>
54. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg | Santé | Strasbourg.eu [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg>

55. Pôle Ressources national « Sport, Santé, Bien-être » [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 13 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.sports.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=0](http://www.sports.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=0)
56. CROS Picardie - Présentation [Internet]. [cité 11 oct 2015]. Disponible sur: <http://picardie.franceolympique.com/art.php?id=47783>
57. La Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale rétablit l'amendement « Sport sur Ordonnance » [Internet]. [cité 13 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.valerie-fourneyron.fr/dossiers/la-commission-des-affaires-sociales-de-lassemblee-nationale-retablit-lamendement-sport-sur-ordonnance.html>
58. RO HAS - [developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_rapport.pdf](#) [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf)
59. Hébert ET, Caughey MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med.* juill 2012;46(9):625-31.
60. 60 % des Français plébiscitent l'activité physique prescrite par les médecins [Internet]. *Le Quotidien du Médecin.* [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/09/29/60-des-francais-plebiscitent-lactivite-physique-prescrite-par-les-medecins\\_772691](http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/09/29/60-des-francais-plebiscitent-lactivite-physique-prescrite-par-les-medecins_772691)
61. Durrer D, Broton C, Bulc M, Schutz Y. Point de vue des patients sur la prévention concernant la nutrition et l'activité physique en médecine générale : une étude européenne. Disponible sur: [https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAAahUKEwjLmo7U6MLIAhXEWBoKHa7xBz0&url=http%3A%2F%2Fwww.exercer.fr%2Fnumero%2F99%2Fsupp%2F1%2Fpage%2F88%2Fpdf%2F&usq=AFQjCNH0AEoHjqhJ2IEuoa1kla7E4\\_-qPA&sig2=ph6zD4FU1SFmkRScrRTVeg&bvm=bv.105039540,d.d2s&cad=rja](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAAahUKEwjLmo7U6MLIAhXEWBoKHa7xBz0&url=http%3A%2F%2Fwww.exercer.fr%2Fnumero%2F99%2Fsupp%2F1%2Fpage%2F88%2Fpdf%2F&usq=AFQjCNH0AEoHjqhJ2IEuoa1kla7E4_-qPA&sig2=ph6zD4FU1SFmkRScrRTVeg&bvm=bv.105039540,d.d2s&cad=rja)
62. Leijon ME, Stark-Ekman D, Nilsen P, Ekberg K, Walter L, Ståhle A, et al. Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health.* 2010;10:34.
63. [Les\\_applications\\_du\\_sentiment\\_d\\_efficacite\\_personnelle\\_J-Lecomte\\_.pdf](#) [Internet]. [cité 15 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.psychologie-positive.net/IMG/pdf/SEP\\_2004\\_COPIE\\_FRANCE\\_Les\\_applications\\_du\\_sentiment\\_d\\_efficacite\\_personnelle\\_J-Lecomte\\_.pdf](http://www.psychologie-positive.net/IMG/pdf/SEP_2004_COPIE_FRANCE_Les_applications_du_sentiment_d_efficacite_personnelle_J-Lecomte_.pdf)
64. Nouvelles applications du modèle transthéorique : la pratique d'une activité physique régulière [Internet]. [cité 15 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448713000887>
65. Changer les comportements | Primer on Public Health Population [Internet]. [cité 15 oct 2015]. Disponible sur: <http://phprimer.afmc.ca/Lapratiqueameliorerlasante/Chapitre8LaPromotionDeLaSantEtLaPrevention/Changerlescomportements>

66. Janis IL, Mann L. Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York, NY, US: Free Press; 1977. 488 p.
67. L'entretien motivationnel - 2e éd. - Aider la personne à engager le changement - William R. Miller, Stephen Rollnick - Livres [Internet]. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.amazon.fr/gp/product/2729613617/ref=as\\_li\\_tf\\_tl?ie=UTF8&camp=1642&creative=6746&creativeASIN=2729613617&linkCode=as2&tag=associatifr01-21](http://www.amazon.fr/gp/product/2729613617/ref=as_li_tf_tl?ie=UTF8&camp=1642&creative=6746&creativeASIN=2729613617&linkCode=as2&tag=associatifr01-21)
68. HAS memo\_entretien\_motivationnel.pdf [Internet]. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo\\_entretien\\_motivationnel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf)
69. OMS- Education Thérapeutique du Programmes de formation continue pour professionnels de soins [Internet]. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)
70. Zotero | Home [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.zotero.org/>
71. Prescription des activités physiques : en prévention et en thérapeutique - Frédéric Depiesse, Jean-Luc Grillon, Olivier Coste - Livres [Internet]. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.amazon.fr/Prescription-activit%C3%A9s-physiques-pr%C3%A9vention-th%C3%A9rapeutique/dp/2294702158>
72. THESE Aurélie Faure - Prescription des AP chez les adultes en surpoids [Internet]. [cité 6 janv 2014]. Disponible sur: [http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/faure\\_these.pdf](http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/faure_these.pdf)
73. academie-medecine\_trois\_bonnes\_raisons\_de\_prescrire\_une\_aps.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/academie-medecine\\_trois\\_bonnes\\_raisons\\_de\\_prescrire\\_une\\_aps.pdf](http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/academie-medecine_trois_bonnes_raisons_de_prescrire_une_aps.pdf)
74. Swift DL, Johannsen NM, Lavie CJ, Earnest CP, Church TS. The Role of Exercise and Physical Activity in Weight Loss and Maintenance. *Prog Cardiovasc Dis*. 1 janv 2014;56(4):441-7.
75. Villareal DT, Chode S, Parimi N, Sinacore DR, Hilton T, Armamento-Villareal R, et al. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. *N Engl J Med*. 31 mars 2011;364(13):1218-29.
76. Lee I-M, Djoussé L, Sesso HD, Wang L, Buring JE. Physical activity and weight gain prevention. *JAMA*. 24 mars 2010;303(12):1173-9.
77. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <https://sftp.rch.cm/france/fr/03-10-12/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>
78. Patel A, Schofield GM, Kolt GS, Keogh JWL. General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program. *BMC Fam Pract*. 2011;12:119.
79. Smith BJ, Bauman AE, Bull FC, Booth ML, Harris MF. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *Br J Sports*

Med. août 2000;34(4):262-7.

80. Green Prescriptions program NZ [Internet]. Ministry of Health NZ. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>
81. Petrella RJ, Lattanzio CN. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* janv 2002;48:72-80.
82. Trinh L, Wilson R, Williams HM, Sum AJ, Naylor P-J. Physicians promoting physical activity using pedometers and community partnerships: a real world trial. *Br J Sports Med.* mars 2012;46(4):284-90.
83. Comment mettre le sport au service de la santé des salariés ? (Note d'analyse 298 - Octobre 2012) [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/sport-sante-des-salaries-NA298.html>
84. Bulletin academie medecine - 2012 p1429 [Internet]. [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2012.7.pdf>
85. O'Donovan G, Blazeovich AJ, Boreham C, Cooper AR, Crank H, Ekelund U, et al. The ABC of Physical Activity for Health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *J Sports Sci.* avr 2010;28(6):573-91.
86. Bergman P, Grjibovski AM, Hagströmer M, Bauman A, Sjöström M. Adherence to physical activity recommendations and the influence of socio-demographic correlates - a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2008;8:367.
87. Celis-Morales C, Salas C, Alduhishy A, Sanzana R, Martínez MA, Leiva A, et al. Socio-demographic patterns of physical activity and sedentary behaviour in Chile: results from the National Health Survey 2009-2010. *J Public Health Oxf Engl.* 25 juin 2015;
88. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation - National Library of Medicine - PubMed Health [Internet]. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0033966/>
89. An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22577180>
90. Simon C, Chabrier G. Comment prescrire l'activité physique en pratique médicale ? Datarevues0003426600662-C32S29 [Internet]. 16 févr 2008 [cité 19 oct 2015]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/76383>
91. Ribeiro MA, Martins M de A, Carvalho CRF. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population. *São Paulo Med J Rev Paul Med.* 1 mars 2007;125(2):115-21.
92. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005. sept 2005;29(9):1100-6.



**7. Hiérarchisez les bénéfices attendus d'une activité physique pour vos patients (numéroter de 1 le bénéfice le plus important à 7 le moins important) :**

- \_\_\_\_\_ amélioration de la qualité de vie
- \_\_\_\_\_ réduction de la dyspnée
- \_\_\_\_\_ réduction pondérale
- \_\_\_\_\_ réduction d'un traitement (par amélioration de la PA ou HbA1c)
- \_\_\_\_\_ augmentation du périmètre de marche
- \_\_\_\_\_ maintien de l'autonomie (augmentation des capacités physiques)
- \_\_\_\_\_ réduction de l'anxiété

**8. D'après vous, chez vos patients, avec quelle intensité les propositions suivantes peuvent-elles être un obstacle pour pratiquer une activité physique ? (de 0 pour un faible frein à 5 pour le frein à la prescription le plus fort)**

	0	1	2	3	4	5
faible motivation / manque d'intérêt	≤	≤	≤	≤	≤	≤
non perception de la relation entre l'activité physique et santé	≤	≤	≤	≤	≤	≤
catégorie socio-professionnelle	≤	≤	≤	≤	≤	≤
contrainte économique	≤	≤	≤	≤	≤	≤
contrainte physique	≤	≤	≤	≤	≤	≤
contrainte de temps	≤	≤	≤	≤	≤	≤
notion d'échec antérieur	≤	≤	≤	≤	≤	≤
réticence au changement	≤	≤	≤	≤	≤	≤

**9- D'après vous, dans quelle mesure les propositions suivantes facilitent-elles votre prescription d'activité physique chez vos patients ? (0 pour une absence d'aide à 5 pour une aide importante)**

	0	1	2	3	4	5
intérêt du patient	≤	≤	≤	≤	≤	≤
présence et motivation de l'entourage	≤	≤	≤	≤	≤	≤
bonne observance possible	≤	≤	≤	≤	≤	≤
patient demandeur	≤	≤	≤	≤	≤	≤
saison favorable (printemps, été)	≤	≤	≤	≤	≤	≤
niveau socio-économique	≤	≤	≤	≤	≤	≤
absence d'automobile	≤	≤	≤	≤	≤	≤
présence d'un animal de compagnie	≤	≤	≤	≤	≤	≤
habitat (urbain ou rural)	≤	≤	≤	≤	≤	≤
Autre : .....	≤	≤	≤	≤	≤	≤



# Annexe 2 : Fiche conseil PNNS

## Bouger plus c'est possible !

### Bouger au quotidien

Journées chargées, besoin de la voiture, vie de bureau... Intégrer au moins 30 minutes d'activité physique chaque jour n'est pas toujours simple.

Il existe beaucoup de petits réflexes à adopter pour y arriver sans trop se compliquer la vie :

- Allez à votre travail ou à vos cours à pied ou en vélo, si vous le pouvez.
- Descendez du bus ou du métro un arrêt ou une station avant votre destination.
- Oubliez ascenseurs et escalators : montez et descendez les escaliers !
- Garez votre véhicule à distance de l'endroit où vous devez vous rendre, pour marcher un peu.
- Faites vos petites courses (pain, journal) à pied !

### Astuces pour ne pas se laisser

- Fixez-vous des objectifs réalistes** : commencez par 5 à 10 minutes par jour, puis augmentez doucement la durée, pour atteindre progressivement au moins 30 minutes voire plus... C'est essentiel pour persévérer.
- Apprenez à varier les activités** pour éviter la monotonie : de la marche pour les jours de la semaine, du foot, de la natation ou du vélo le samedi, du bricolage le dimanche...
- Faites-vous plaisir !** Vous êtes du genre « jardin » ? Bêchez, plantez, récoltez, tondez. Plutôt du style « rythme » ? Dansez sur des airs de rock ou de disco, faites des claquettes. Tendance « douceur » ? Le yoga ou l'aquagym sont pour vous.

### Pas facile de motiver mes enfants

- Donnez-leur le bon exemple ! Accompagnez-les et allez les chercher à l'école à pied ou à vélo.
- Organisez le week-end des sorties en famille : marcher dans les bois, aller à la piscine, faire du vélo...
- Si vous le pouvez, encouragez-les à faire du sport en club, ils se feront de nouveaux amis et ils progresseront plus facilement sous les conseils de l'éducateur sportif.
- Incitez-les à jouer et à se dépenser simplement, en jouant au chat, à la marelle ou à la corde à sauter en plein air.
- Encouragez-les à laisser tomber leur console de jeux ou leur clavier d'ordinateur et à éteindre plus souvent la télévision.

Il faut savoir que plus on commence tôt une activité physique, plus on gardera cette habitude plus tard...

### L'âge est-il un obstacle ?

Pas du tout. Il n'y a pas d'âge pour se mettre à l'activité physique.

Dès le plus jeune âge, les tout petits peuvent s'y mettre, les « bébés nageurs » en sont un très bon exemple. Les sorties en plein air restent le moyen le plus simple de pratiquer une activité physique.

Les seniors peuvent parfaitement s'adonner à des séances d'étirement, de yoga ou d'aquagym qui font travailler les muscles en douceur et sans douleur. Bricoler ou jardiner de manière régulière est également tout à fait bénéfique pour la santé. L'âge implique simplement d'adapter son activité à sa condition physique et d'évoluer à son rythme.

### Astuces pour y arriver plus facilement

- Vous êtes débordé ?** Escaliers plutôt que l'ascenseur, petites courses proches de chez vous... La moindre occasion est bonne pour bouger quand on n'a pas le temps.
- Vous ne savez pas quoi faire ?** Essayez plusieurs types d'activité physique avant de choisir celle qui vous plaît le plus et qui s'intègre au mieux dans votre quotidien. Renseignez-vous auprès de votre mairie pour découvrir les activités près de chez vous.
- Vous n'êtes pas motivé ?** Demandez à l'un de vos collègues de travail, à votre meilleure amie(e) ou à un parent de pratiquer une activité régulièrement avec vous.

### À retenir

- C'est la régularité de l'activité physique qui compte, pas seulement son intensité.
- Saisissez toutes les occasions du quotidien pour bouger : déplacement, activités ménagères, petites courses, jardinage, jeux avec les enfants, promenade avec le chien...
- Commencez progressivement, bougez en vous faisant plaisir et variez les activités... évitez de rater pour en faire une habitude sans se laisser.
- Bouger à plusieurs peut être plus motivant. Si votre entourage ne partage pas vos envies, renseignez-vous auprès de votre mairie sur les différentes activités proposées près de chez vous.

Ces conseils ne sont pas valables pour les enfants de moins de 3 ans. Ils ne sont pas forcément adaptés si vous souffrez de certaines pathologies. Demandez conseil à votre médecin.

## Au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour, 1 heure pour les enfants

### Bien manger, bouger plus, on fait comment ?

Il existe 9 repères de consommation pour vous aider au quotidien :

Et il ne s'agit pas de devenir un athlète !

- Plus que l'intensité de l'effort, c'est surtout sa régularité qui compte ! Faire du sport une fois dans la semaine, c'est bien, mais réaliser au moins 30 minutes d'activité physique tous les jours, 1 heure pour les enfants, c'est essentiel !
- Et vous n'êtes pas obligé de bouger 30 minutes d'affilée ! On peut faire de l'activité physique en une fois 30 minutes, mais aussi en 2 fois 15 minutes ou 3 fois 10 minutes. Il est toutefois recommandé de procéder par périodes d'au moins 10 minutes d'affilée.

Le plus important pour y arriver ? Essayez de vous y mettre à votre rythme, de vous fixer des objectifs réalistes et en faire un peu plus tous les jours pour arriver aux 30 minutes minimum.

**Vous n'avez pas le temps de marcher ? Il existe d'autres activités équivalentes...**

Intensité	Activités	Temps minimum recommandé par jour
Faible (marche lente)	laver la vaisselle, repasser, dépoussiérer, bricoler, arroser le jardin, jouer à la pétanque...	45 minutes
Moyenne (marche rapide)	laver les vitres ou la voiture, passer l'aspirateur, jardiner, danser, faire du vélo, nager...	30 minutes
Élevée (marche sportive)	bêcher, courir, faire du VTT, nager rapidement, sauter à la corde, jouer au basket, au football, au tennis, pratiquer un sport de combat...	20 minutes

Au moins 5 fruits et légumes par jour

De la viande, du poisson ou des œufs, 1 à 2 fois par jour

Des féculents à chaque repas (sauf l'appétit)

3 produits laitiers par jour

(voire 4 pour les enfants, les ados et les plus de 55 ans)

De l'eau à volonté

Limiter sa consommation de sucres

Limiter sa consommation de matières grasses

Limiter sa consommation de sel

Au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour

(1 heure pour les enfants)

Et pour chaque repère, il existe une fiche semblable à celle-ci pour vous aider dans votre quotidien.

Retrouvez les autres fiches et tous les conseils pratiques sur [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)



## ANALYSE DES FREINS A LA PRESCRIPTION DES ACTIVITES PHYSIQUES CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS

**Introduction** : Le manque d'activité physique (AP) est considéré comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde. Le médecin généraliste est un acteur clé de cette prescription. Nous avons voulu étudier les obstacles à la prescription des AP chez les médecins généralistes picards en 2015. **Matériel et méthode** : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive auprès de 600 médecins généralistes picards sélectionnés par tirage au sort. **Résultats** : 125 réponses ont été obtenues. Les médecins étaient « toujours » prescripteur d'AP dans 80% des cas dans l'obésité, 71,2% dans le diabète, 46% dans les maladies cardio vasculaires, 37% dans l'ostéoporose et le tabagisme, 32% dans l'arthrose, 27% maladies pulmonaires, 10% dans le cancer. Les bénéfices attendus de l'AP étaient l'amélioration de la qualité de vie, le maintien de l'autonomie et la réduction pondérale. Les freins à la prescription liés aux patients étaient la faible motivation, la non perception entre AP et santé et la réticence au changement. Les obstacles liés aux médecins étaient les refus du patient suivi du manque de temps. **Discussion** : Les freins des patients sont majoritairement intrinsèques et ceux des médecins extrinsèques. Les médecins connaissent et travaillent peu avec le réseau de sport santé, 31,5% souhaitent une formation. Celle ci pourrait comprendre la méthode de l'entretien motivationnel, une information sur le réseau sport-santé ainsi que la présentation d'outils d'aide à la prescription. **Conclusion** : Une meilleure formation ou un développement et information sur le réseau sport-santé de la région seraient souhaitable pour permettre un meilleur développement de la prescription des AP.

**Mots clés** : activités physiques ; prescription ; médecine générale ; Picardie

---

## AN ANALYSIS OF BARRIERS TO PHYSICAL ACTIVITY PRESCRIPTION IN PICARDY GP POPULATION

**Background** : Lack of physical activity (PA) is considered as the fourth risk factor for death in the world. The general practitioner is a key player in this requirement. We wanted to study the barriers to prescription of AP in Picardy GPs in 2015. **Objecives & Methods** : We conduced a descriptive, observational study with 600 general practitioners in Picardy selected by draw. **Results** : 125 responses were obtained. Doctors were "always" prescriber of PA in 80% of cases in obesity, diabetes in 71.2%, 46% in cardiovascular disease, 37% in osteoporosis and smoking, 32% in osteoarthritis, 27% pulmonary disease, 10% in cancer. The expected benefits of the PA were improving the quality of life, keeps autonomy and weight reduction. The barriers prescription related to patients were: low motivation, non perception between PA and health and resistance to change. Barriers to doctors were patient refusal followed by lack of time. **Discussion** : Brakes patients are mainly intrinsic and those links to doctors were extrinsic. Doctors don't really know and work with the health sports network, 31.5% want training. This one could understand the method of motivational interviewing, information on the health-sports network as well as the presentation of prescription assistance tools. **Conclusion** : Better training, development and information on sport-health network in the region would be desirable to allow a better development of PA prescription.

**Keywords** : physical activity ; physical exercise ; général practitioners ; prescription ; Picardy