HAL
open science

# Représentations des médecins généralistes à propos de la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein : une étude qualitative dans la région niçoise

Adrien Cotta

## To cite this version:

Adrien Cotta. Représentations des médecins généralistes à propos de la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein : une étude qualitative dans la région niçoise. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01297078

**HAL Id: dumas-01297078**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297078v1**

Submitted on 2 Apr 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.

COTTA Adrien

# REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES A PROPOS DE LA PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE EN PREVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE DU CANCER DU SEIN :

UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LA REGION NIÇOISE.

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

2015

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

# THESE D'EXERCICE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Par*

**Adrien COTTA**

*Né le 01/02/1985 à Nice*

# REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES A PROPOS DE LA PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE EN PREVENTION TERTIAIRE DU CANCER DU SEIN :

UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LA REGION NIÇOISE.

*Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2015 à Nice*

- Président du jury : Monsieur le Professeur HOFLIGER Philippe
- Directeur de thèse : Monsieur le Docteur CAPRINI Didier
- Assesseurs : Monsieur le Professeur FERRERO Jean-Marc

  Monsieur le Professeur GUERIN Olivier

# REMERCIEMENTS

*Aux membres du jury :*

**Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER :**

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury, merci pour vos conseils avisés. Votre implication au sein du département de médecine générale est précieuse, soyez assuré de mon plus profond respect.

**Monsieur le Professeur Olivier GUERIN** :

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury. Votre enseignement à la faculté a toujours été d'une grande qualité. Je vous adresse mes remerciements les plus sincères.

**Monsieur le Professeur Jean-Marc FERRERO :**

Pour avoir accepté sans réserve de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

**Monsieur le Docteur Didier CAPRINI :**

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Même si nous ne nous connaissions pas, vous avez su me guider et m'accompagner tout en me laissant une grande part d'autonomie. Vos conseils éclairés m'ont été d'une aide précieuse. Merci pour le temps que vous m'avez consacré.

A *mes piliers :*

A Mamie, où que tu sois, tu ne cesseras jamais de briller. Ce travail t'est dédié, tu me manques à chaque instant.

A toi mon amour, pour ton soutien sans faille et ta présence .Tu as toujours su trouver les mots justes. J'ai conscience des sacrifices que tu as accompli pour me permettre de réaliser à ce travail. Je t'en suis extrêmement reconnaissant. Ianay pour la vie.

A ma fille, Manon, ton arrivée dans notre vie me remplit de bonheur. Je t'aime ma tortue.

A ma maman, merci pour ton dévouement. Sans toi ce travail n'aurait pas été le même. Merci pour ta présence, ton soutien infaillible et l'amour que tu me donnes chaque jour depuis trente ans.

A mon papa, merci pour ta présence, ton amour et pour les valeurs de travail, de partage et d'humanité que tu m'as enseignées. J'espère en être digne.

A ma sœur, merci pour ton soutien indéfectible, ton amour et ta bienveillance dans les moments difficiles. Je suis si fier d'être ton grand frère et de bientôt devenir tonton.

A tous les autres membres de ma famille et à tous ces moments partagés qui, je l'espère, dureront toujours.

*A mes amis :*

Vous êtes si nombreux à faire partie de ma vie, l'amitié est une valeur sûre, merci pour votre présence.

*Aux équipes qui m'ont accompagnées tout au long de mon cursus :*

Les urgences de Lenval et de Saint Roch, la Gastro et la Médecine Interne de Fréjus, l'équipe de Vallauris, l'équipe de Réa des Sources, Eliane, Claude et Jean Phi, Nicolas, Jean-Marie et Katia, Marc et Muriel.

Au Dr Malatrasi qui m'a suivi et m'a donné l'envie d'aller vers ce métier.

Au Pr Levraut qui a accepté de m'accorder sa confiance. Merci

*A tous ceux qui ont investit du temps dans ce travail* :

Maman, Bérengère, Marie Claude, Didier, Anne Gaële, Joëlle, Julie et ceux que j'oublie.

## TABLE DES MATIERES


**1. INTRODUCTION ..... 1**

**2. GENERALITES ..... 3**

**2.1 Notion de prévention ..... 3**

2.1.1 Prévention primaire ..... 3

2.1.2 Prévention secondaire ..... 3

2.1.3 Prévention tertiaire ..... 4

**2.2 Bénéfices de l'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein ..... 4**

2.2.1 Un rôle bénéfique sur la qualité de vie et ses déterminants ..... 5

2.2.2 Agir sur les autres déterminants de la qualité de vie ..... 6

2.2.3 Une action positive sur le poids et la réduction de la masse grasse ..... 7

2.2.4 Un rôle préventif sur l'ostéoporose ..... 7

2.2.5 Un impact sur la mortalité globale et sur la morbi-mortalité liées au cancer du sein 8

2.2.6 Un bénéfice sur les symptômes liés aux traitements ..... 8

**2.3 La place centrale du médecin généraliste en cancérologie ..... 9**

**3. MATERIEL ET METHODE ..... 10**

**3.1 Objectif de l'étude ..... 10**

**3.2 Type d'étude ..... 10**

**3.3 Choix de la méthode qualitative ..... 10**

**3.4 Le recueil des données par entretiens individuels et en groupe ..... 11**

3.4.1 L'entretien individuel ..... 11

3.4.2 L'entretien de groupe ..... 12

**3.5 Participants et méthode de recrutement ..... 13**

3.5.1 Critères d'inclusion ..... 13

3.5.2 Critères d'exclusion ..... 13

**3.6 Echantillonnage ..... 14**

**3.7 Questionnaire de caractérisation sociodémographique ..... 14**

**3.8 Guide d'entretien ..... 14**

**4. RESULTATS ..... 16**

**4.1 Déroulement des entretiens ..... 16**

4.1.1 Recueil des données ..... 16

4.1.2 Analyse des données ..... 16

**4.2 Caractéristiques des médecins interrogés ..... 17**

4.2.1 Patientèle suivie pour un cancer du sein ..... 18

4.2.2 Répartition géographique des participants ..... 18

4.2.3 Répartition en type d'activité ..... 18

4.2.4 Durée moyenne des entretiens. 18
**4.3 Résultats qualitatifs 19**
4.3.1 Formation et attentes des médecins généralistes dans le domaine de l'activité physique 19
4.3.2 Prescription d'activité physique en prévention primaire 20
4.3.3 Prescription d'activité physique chez les patientes traitées pour un cancer du sein 20
4.3.4 Images renvoyées par la prescription d'activité physique chez ces patientes 22
4.3.5 Organisation de la prescription 26
4.3.6 Les facteurs influençant la prescription 33
4.3.7 Regard des médecins généralistes sur le concept « d'activité physique adaptée » dans le contexte 38
**5. DISCUSSION 39**
**5.1 Synthèse des résultats et commentaires. 39**
5.1.1 Reprise des résultats principaux 39
5.1.2 Caractéristiques des médecins interrogés dans le domaine de l'activité physique 39
5.1.3 Vécu des médecins interrogés concernant la prescription d'activité physique chez les femmes traitées pour un cancer du sein 40
5.1.4 La notion de prescription d'activité physique vue par les médecins généralistes 42
5.1.5 Organiser la prescription d'activité physique chez ces patientes 45
5.1.6 Représentation des facteurs facilitants et des freins à la prescription d'activité physique chez ces patientes 52
5.1.7 Regard des médecins généralistes sur le concept « d'activité physique adaptée » dans le contexte 62
**5.2 limites de l'étude 65**
5.2.1 L'échantillonnage 65
5.2.2 L'expérience de l'investigateur 65
5.2.3 L'analyse et l'interprétation des données 65
**6. PERSPECTIVES ENVISAGEES 66**
**6.1 Développer et renforcer les outils de communication 66**
6.1.1 A destinée des médecins généralistes 66
6.1.2 A destinée des patientes 67
**6.2 Développer et renforcer les outils de formation 68**
**6.3 Inclure et définir le rôle du médecin généraliste dans la prescription d'AP 68**
**6.4 Développer des outils d'aide à la prescription 70**
**6.5 Identifier et lutter contre les facteurs limitants. 70**
**6.6 Uniformiser les pratiques 70**
**7. CONCLUSION 71**

8. BIBLIOGRAPHIE ..... 74

9. ANNEXES ..... 82

10. LISTE DES ACRONYMES ..... 97

11. RESUME ..... 98

12. SERMENT D'HIPPOCRATE ..... 99

*« L’essentiel n’est pas de vivre mais de bien vivre. »*

*Platon*

# 1. INTRODUCTION

Avec 48 763 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme (1).

Selon l'Institut National du Cancer (INCa), l'incidence du cancer du sein a augmenté de façon importante et constante entre 1980 et 2005. Ainsi, le taux d'incidence standardisé à la population mondiale a presque doublé, passant de 56,3 pour 100 000 en 1980 à 97,8 pour 100 000 femmes en 2005 avant d'amorcer une baisse pour tendre vers 88,0 cas pour 100 000 femmes en 2012.

A l'inverse, le cancer du sein est aujourd'hui un cancer de très bon pronostic et la mortalité est en baisse depuis les années 2000 et ceci dans toutes les tranches d'âge.

Plusieurs facteurs contribuent à ces évolutions :

- La généralisation du dépistage organisé qui permet de déceler des cancers invasifs souvent à plus faible potentiel évolutif, de petite taille, sans envahissement ganglionnaire comparativement au dépistage individuel (2).
- Les progrès thérapeutiques qui permettent de cibler les différents types de tumeurs et d'adapter le traitement.
- Les techniques d'imagerie de plus en plus poussées.
- Le développement des techniques de prélèvements en sénologie interventionnelle qui permettent une caractérisation biologique des tumeurs (3).

L'augmentation du nombre de patientes ayant survécu au cancer du sein doit amener le corps médical à considérer leur prise en charge aussi bien pendant la phase de traitement qu'après la rémission.

Depuis le diagnostic et la prise en charge du cancer jusqu'à plusieurs années après la guérison, ces patientes sont confrontées à des modifications de leur condition physique et psychique.

La prise de poids (4), l'augmentation du risque cardiovasculaire (5), les effets sur les déterminants de la qualité de vie **(QdV),** (la dépression, l'anxiété (6), la fatigue, le déconditionnement physique et la désocialisation) sont autant d'éléments qui ne doivent pas être négligés.

Les modifications épidémiologiques et l'augmentation de la survie ont amené les chercheurs à s'interroger sur l'influence de traitements non pharmacologiques comme l'activité physique **(AP)** sur ces différents facteurs.

L'impact de l'AP en prévention tertiaire fait donc, depuis une dizaine d'années, l'objet d'une littérature abondante dans le domaine de la cancérologie.
Malgré certaines limites méthodologiques (7), les bénéfices de l'activité physique chez les patientes survivantes après un cancer du sein semblent désormais admis par la communauté scientifique et font partie intégrante des soins de support (8),(9).

En France, à l'initiative de plusieurs centres de cancérologie, de nombreux programmes d'Activités Physiques Adaptées (**APA**) se sont développés ces dernières années comme à Marseille, Lyon ou Paris (10),(11),(12).
En 2006 dans le "Lancet Oncology", on pouvait lire que « l'AP est bien tolérée, sans effets indésirables et les oncologues devraient recommander l'AP à leurs patientes après leur traitement » (13).

Mais qu'en est-il du médecin généraliste ? A t-il une place dans ce type de prescription ? Et si oui, laquelle ?
Les différents plans cancer ont largement souligné le rôle pivot du Médecin Généraliste **(MG)** dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Nous avons souhaité étudier les représentations des MG dans la prescription d'activité physique en prévention tertiaire chez leurs patientes porteuses d'un cancer du sein afin d'évaluer leurs attentes et de voir s'ils ont un rôle à jouer dans ce contexte.

# 2. GENERALITES

## 2.1 NOTION DE PREVENTION

« La prévention fait partie de ces concepts dont nous avons tous une connaissance intuitive mais qui finalement posent des difficultés dès lors qu'il s'agit d'en livrer une définition précise » (14).
Ainsi, plusieurs concepts ont été définis. Certains en fonction du moment où se situe l'action de prévention par rapport à la survenue de la maladie, d'autres en fonction des caractéristiques des sujets (15), et d'autres encore en donnent une définition globale et active.

Par mesure de simplicité nous retiendrons les différents niveaux de prévention définis en fonction du moment de la maladie par l'Organisation Mondiale de la Santé **(OMS)** et la World Organization of Family Doctors **(WONCA)**, (16), (annexe 3).
En 1948, l'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou des accidents » et propose trois niveaux de prévention :

### 2.1.1 Prévention primaire

La prévention primaire correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas d'une pathologie pendant une période donnée pour une population déterminée.
Pour empêcher l'apparition de nouveaux cas, elle fait appel à des mesures à l'échelon de l'individu (hygiène corporelle, alimentation, vaccination etc.) et/ou de la collectivité (distribution d'eau potable, mesures antipollution etc.).
Dans notre exemple, il s'agit de lutter contre les facteurs de risques externes et environnementaux favorisant la survenue d'un cancer du sein (17).

### 2.1.2 Prévention secondaire

La prévention secondaire correspond à l'ensemble des actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie, autrement dit le nombre de cas présents dans une population donnée à un moment donné rapporté à la population totale.
Elle vise à diminuer la durée d'évolution et la progression d'une maladie par une détection précoce de la pathologie et la mise en place d'un traitement adapté le plus rapidement possible.

Dans notre exemple, il s'agit principalement du dépistage du cancer du sein qui prévoit depuis 2004 la réalisation d'une mammographie tous les deux ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans permettant ainsi un diagnostic et la mise en place de traitements précoces de la maladie incluant la pratique d'une AP (18).

### 2.1.3 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire concerne tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population en réduisant au minimum les complications consécutives à la maladie.
En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et les séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Elle vise à la réadaptation du malade dans trois domaines : médical, social et psychologique.
Dans notre exemple, la prescription d'activité physique chez les patientes survivantes après un cancer du sein vise à améliorer les déterminants de la qualité de vie, la survie sans récidive et à diminuer la mortalité toutes causes confondues.

On retiendra que la WONCA définit un quatrième niveau de prévention qui correspond à l'action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Ceci correspond en fait à l'adage « Primum non nocere » : c'est la prévention de la médecine non nécessaire, de la surmédicalisation (19).

## 2.2 BENEFICES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN PREVENTION TERTIAIRE DU CANCER DU SEIN

Depuis une dizaine d'années, les études s'intéressant aux bénéfices de l'activité physique chez les patientes traitées ou ayant été traitées pour un cancer du sein ne cessent de croître. Malgré certaines limites méthodologiques, ces bénéfices sont aujourd'hui considérés et reconnus par les sociétés savantes au plan national et international.

### 2.2.1 Un rôle bénéfique sur la qualité de vie et ses déterminants

#### 2.2.1.1 Sur la diminution de la fatigue cancéro-induite

La fatigue cancéro-induite est définie par le National Compréhensive Cancer Network **(NCCN)** comme un sentiment pénible et persistant de fatigue ou d'épuisement physique, émotionnel et/ou cognitif lié au cancer ou au traitement du cancer qui n'est pas proportionnel à une activité récente et qui interfère avec les activités de la vie quotidienne (20,21).
Selon les études, on estime entre 60 et 95 % le nombre de patientes présentant un épisode d'asthénie au cours de la prise en charge. Il s'agit de l'un des facteurs les plus fréquemment altérés de la QdV et ce quel que soit le type de cancer et de traitement. Selon BOWER, une fatigue sévère pourrait persister plusieurs années après l'arrêt des traitements pour 30 % des patientes (20,22).

Si certaines causes organiques doivent être systématiquement recherchées, l'asthénie est le plus souvent d'origine multifactorielle faisant intervenir des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et personnels (annexe 4). Le « déconditionnement physique » pourrait rendre compte d'un bon nombre de cas d'asthénie dans ce contexte.
Aucun traitement n'apporte à ce jour de bénéfice majeur dans la prise en charge thérapeutique de cette forme d'asthénie. Certains psychostimulants comme le Méthylphenidate sont en cours d'investigation dans cette situation mais les premiers résultats des études sont contradictoires (23).
La reprise d'une APA apparaît à l'inverse comme un réel bénéfice pour lutter contre la fatigue cancéro-induite.

Concernant les études, 3 méta-analyses se sont intéressées à l'association entre fatigue et cancer du sein.

- La méta-analyse de CRAMP et al., publiée en 2008 et réactualisée en 2012, a comparé l'effet de l'activité physique sur la fatigue avec un groupe contrôle sans intervention à travers 58 études dont 28 portant sur le cancer du sein (24), (annexe 5). L'étude conclut que, malgré la nécessité de travaux supplémentaires portant sur le type d'AP à prodiguer, la pratique d'une AP aérobie réduit de façon significative la fatigue pendant et après un traitement adjuvant (radiothérapie et/ou chimiothérapie).
- En 2010, la méta-analyse de VELTHUIS et al. inclut 18 études sur le cancer dont 12 sur le cancer du sein et 10 sur le cancer du sein non métastatique. Les auteurs retrouvent, dans l'analyse en sous-groupes portant sur le cancer du sein, une réduction du niveau de fatigue atteignant 29 % pour les programmes d'APA en institution (25).

- La méta-analyse de DUIJTS et al. publiée en 2011 s'est, quant à elle, intéressée aux bénéfices de l'APA versus techniques comportementales sur le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie des patientes pendant ou après prise en charge d'un cancer du sein. 56 études ont été analysées, dont 11 portant sur la fatigue. Les résultats mettent en évidence une diminution plus importante de la fatigue avec les programmes d'APA (annexe 6).

Quelques remarques doivent néanmoins être faites. Les études qui se sont intéressées à la relation entre l'AP, la fatigue et le cancer du sein sont nombreuses. Leur schéma varie le plus souvent en ce qui concerne :

- Le type d'activité : marche nordique, vélo, yoga, taï-chi, aérobic, stretching ou gymnastique douce.
- La durée : des séances et du programme.
- L'intensité : faible ou forte.
- La période et le lieu de pratique : pendant ou après le traitement, à domicile ou en institution.

Des études complémentaires doivent encore être menées sur le sujet pour définir précisément les composantes de l'APA qui entraînent ces bénéfices.
A ce jour, l'activité physique est ancrée dans les recommandations comme traitement de la fatigue cancéro-induite, aussi bien sur le plan international avec les recommandations canadiennes et nord américaines (annexe 7) que sur le plan national, avec les recommandations françaises comme celles éditées par l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (**AFSOS**) (annexes 8 et 8 bis).

### 2.2.2 Agir sur les autres déterminants de la qualité de vie

La qualité de vie est un concept multidimensionnel et subjectif. GOTAY la définit comme « un état de bien-être correspondant à au moins deux composantes : la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne reflétant ainsi un bien-être physique, psychologique et social et la satisfaction du patient à l'égard de son niveau de fonctionnement et du contrôle de la maladie » (26). Cette définition suggère que plusieurs déterminants peuvent lui être associés.

- Des déterminants physiques : la pratique d'une activité physique pendant et après les traitements permet d'éviter le déconditionnement physique en améliorant la force musculaire des membres, l'endurance, l'équilibre et la souplesse (27). Un petit nombre d'études rapportent un effet bénéfique de l'APA sur le sommeil.
- Des déterminants psychologiques : des programmes d'activité physique supervisés permettraient une amélioration de l'image et de l'estime de soi. Elle exercerait également une influence positive sur les troubles de l'humeur, la dépression et l'anxiété. Ces modifications sont retrouvées pendant et après les traitements (28)(29).
- La socialisation : la pratique d'activité physique adaptée et répétée plusieurs fois par semaine a permis de montrer un bénéfice en termes de resocialisation en modifiant d'une part la relation aux autres et en renforçant d'autre part le bien-être au sein de la famille.

### 2.2.3 Une action positive sur le poids et la réduction de la masse grasse

La majorité des femmes traitées pour un cancer du sein voit son Indice de Masse Corporelle (**IMC**) augmenter pendant et après le traitement et peu d'entre elles retrouvent leur poids "pré diagnostic" (30).

Or, les études épidémiologiques montrent une augmentation significative du risque de décès par cancer du sein et de récidive chez les patientes ayant pris du poids après le diagnostic de leur cancer (31), (32).

D'autres études ont montré que la prise de poids était corrélée à un risque accru de décès en rapport avec d'autres causes que la récidive du cancer telles que la survenue de maladies cardiovasculaires, de diabète ou encore de nouveaux cancers (33).

Bien qu'il existe des différences entre les programmes d'AP proposés dans la littérature, tous les résultats concordent vers l'implication de l'AP dans :

- La diminution de la masse grasse et l'augmentation de la masse maigre pendant le traitement (34).
- Le maintien de la composition corporelle chez les survivantes sédentaires, avec ou sans surpoids (35).

### 2.2.4 Un rôle préventif sur l'ostéoporose

Des programmes d'AP aérobie initiés chez des patientes traitées par hormonothérapie d'intensité modérée à vigoureuse ont permis de prévenir la perte de masse osseuse, y compris chez la femme ménopausée dès lors qu'on y associe une supplémentation vitamino-calcique.

### 2.2.5 Un impact sur la mortalité globale et sur la morbi-mortalité liées au cancer du sein

Plusieurs études de cohorte ont permis d'établir une relation positive entre la pratique d'AP pendant ou après le diagnostic de cancer du sein et la diminution du risque de récidive, de mortalité spécifique et globale.

La méta-analyse d'IBRAHIM et al. en 2011 a comparé la survie globale, spécifique et sans récidive entre les femmes ayant un niveau d'AP intermédiaire à élevé et celles ayant un niveau d'AP bas.
12108 patientes ont été incluses. Bien que les catégories comparées ne soient pas identiques dans chaque étude et se chevauchent légèrement dans la méta-analyse, les auteurs concluent qu'une AP pratiquée après un diagnostic de cancer du sein réduit globalement la mortalité par cancer du sein de 34 %, la mortalité toutes causes confondues de 41 % et le taux de récidive de 24 %. Ces résultats seraient indépendants du niveau d'AP antérieur au diagnostic de cancer (36).
Une relation inverse est également constatée. IRWIN et al. ont mis en évidence une multiplication par 4 du risque de mortalité globale quand les patientes diminuent leur niveau d'AP initial après diagnostic (37).

Le travail de BEASLEY et al. en 2012, portant sur 5 grandes cohortes, rapporte une diminution de 27 % du risque de mortalité globale chez les patientes actives par rapport aux inactives (38). Ces résultats sont retrouvés en analyses multi variées, suggérant que malgré la présence de biais liés à l'absence d'études randomisées, le bénéfice de l'AP sur la survie globale et sans récidive est avéré.

### 2.2.6 Un bénéfice sur les symptômes liés aux traitements

De nombreuses études ont abordé les effets de l'AP sur les risques de lymphœdème, pour ensuite montrer que l'AP pourrait atténuer celui-ci.
Il en est de même pour l'amélioration des amplitudes articulaires de l'épaule après chirurgie ou radiothérapie.
D'autres études ont montré l'atténuation des effets indésirables liés aux traitements tels que les nausées, les vomissements et la douleur chronique.

## 2.3 LA PLACE CENTRALE DU MEDECIN GENERALISTE EN CANCEROLOGIE

Selon les statistiques de l'Observatoire de Médecine Générale, le suivi des patients cancéreux par les médecins généralistes français aurait doublé en 10 ans. Ainsi, en 1999, le nombre de patients par médecin était de 10 contre 20.2 en 2009 (39).
Ces données soulignent la place prépondérante qu'il occupe durant les différentes phases de la prise en charge des patients cancéreux.

Parmi les missions qui lui incombent durant le parcours de soins des patients, la prévention et l'éducation thérapeutique occupent un rôle majeur qui ne cesse de croître.
Le plan cancer 2014-2016 rappelle le rôle clé du médecin généraliste dans la fluidification et la continuité de la prise en charge des patients à l'issue de la phase aiguë du traitement (40).
L'article 36 de la loi HPST inscrit dans les missions du médecin généraliste la contribution aux actions de prévention et de dépistage (41).

En tant que médecin de premier recours, il représente donc un moyen d'accès rapide à des messages d'éducation à la santé pouvant toucher le plus grand nombre.
A ce titre, l'inclusion du médecin traitant **(MT)** dans une démarche visant à promouvoir l'activité physique dans le cadre d'actions de prévention tertiaire chez les patientes atteintes d'un cancer du sein pourrait s'avérer d'une grande efficacité.

# 3. MATERIEL ET METHODE

## 3.1 OBJECTIF DE L'ETUDE

Nous sommes partis du postulat que la prescription d'activité physique chez les femmes ayant été traitées pour un cancer du sein était peu pratiquée par les médecins généralistes du fait de l'absence de recommandations en soins primaires sur le sujet. L'objectif principal de ce travail est donc d'étudier les représentations des médecins généralistes concernant la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein.
Les objectifs secondaires sont de chercher à définir la place du médecin généraliste dans ce type de prescription et de proposer des actions susceptibles d'améliorer cette pratique.

## 3.2 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une enquête qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés selon un guide d'entretiens préétablis (annexe 2).

## 3.3 CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

La recherche qualitative « étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel. Elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent » (42).
Cette méthode combine plusieurs techniques de collecte et d'analyse de données, elle est ouverte au monde de l'expérience, de la culture et du vécu des individus, des groupes et de la société.
A l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse, elle élabore une connaissance holistique de la réalité, grâce à la génération d'idées et d'hypothèses à partir de données verbales (43).
Elle valorise donc l'exploration inductive.
Les conclusions émergent de l'analyse des données et non d'idées préconçues.

L'approche qualitative nous a semblé particulièrement adaptée à notre étude. Celle-ci cherchait en effet à explorer quels pouvaient être les craintes, les freins, les difficultés, les facteurs facilitants, limitants ou encore la perception de bénéfices liés à la prescription d'une activité physique chez les femmes ayant été traitées pour un cancer du sein.
Il s'agit de contribuer à la compréhension des pratiques professionnelles des médecins généralistes afin de rechercher des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent. Les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer. L'utilisation d'une méthodologie quantitative n'est dès lors

pas envisageable puisqu'elle sous-tendrait que les phénomènes étudiés soient connus à l'avance, comme par exemple dans un questionnaire.

## 3.4 LE RECUEIL DES DONNEES PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS ET EN GROUPE

L'enquête par entretiens est un processus interlocutoire pertinent lorsque l'on cherche à analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique.

L'entretien révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées mais qui ne peuvent s'exprimer à travers un questionnaire. On cherche par ce biais à savoir ce qui pousse le praticien à agir de telle ou telle manière.

Cette méthodologie s'impose chaque fois que l'on ne veut pas décider *a priori* du système de cohérence interne des informations recherchées. Ici, nous souhaitons découvrir les représentations que les médecins généralistes se font de la prescription d'activité physique dans la population des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein. Il est donc important de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations recherchées. Ceci constituerait un biais qui influencerait les réponses dans le sens du chercheur.

Nous avons choisi de détailler les deux types d'entretiens permettant le recueil de données : Les entretiens individuels et l' entretiens de groupe (focus groupe).

### 3.4.1 L'entretien individuel

L'entretien individuel est un moyen d'expression et de recueil d'informations qui permet à l'individu de s'exprimer librement dans la mesure où celui-ci, ne serait-ce que physiquement, ne subit pas la présence, voire la pression psychologique d'autres participants. L'entretien autorise les relances très personnalisées, et cela, à l'instant même où l'interviewé formule sa réponse.

Sur un plan technique, la personne interrogée individuellement, ne peut faire état que de ses propres impressions, motivations ou attentes et n'a pas la possibilité de s'inspirer des idées d'autres participants. L'analyse n'en est donc que plus réaliste parce que plus proche du comportement authentique et naturel de l'individu.

L'entretien individuel peut revêtir différentes formes allant du questionnement plus ou moins directif jusqu'à des relances ouvertes induisant des propos spontanés voire des réponses non sollicitées (entretien ouvert).

#### 3.4.1.1 L'entretien libre ou non directif

L'entretien « non directif » diffère formellement d'une conversation car l'enquêteur ne pose pas de question hormis la consigne de départ et s'abstient de commenter ce que dit l'enquêté.

Le reste de ses interventions a seulement pour but d'encourager la personne interviewée à enrichir et approfondir sa réponse.

Il consiste à amener la personne interrogée à explorer elle-même le champ des interrogations ouvert par la « consigne » au lieu d'y être guidée par les questions de l'enquêteur.

L'entretien non directif se pratique surtout quand on dispose d'informations précises dans le domaine étudié et sur la façon dont il est perçu et caractérisé. De plus, l'information libre est par la suite très difficile à traiter, à catégoriser et à interpréter, impliquant un risque important d'hors sujet

Nous avons fait le choix de ne pas utiliser d'entretien libre. En effet, le risque était que les médecins généralistes partent dans le récit en détail de l'utilisation de l'AP dans d'autres pathologies, ce qui sortait de notre champ d'étude.

#### 3.4.1.2 L'entretien semi-structuré ou semi-dirigé

Il représente une conception intermédiaire qui vise à concilier l'entretien directif et non directif. Il est constitué de questions ouvertes définissant des champs à explorer, desquels l'intervieweur ou l'interviewé peuvent diverger, pour étudier une idée plus en détail (44). Il permet à la personne interrogée de partager son expérience et de s'exprimer de manière libre.

L'enquêteur doit respecter l'ordre du discours de la personne interrogée. Mais « il s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois que l'interviewé s'en écarte et de poser les questions auxquelles il n'accède pas par lui même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible » (47).

Ce type d'entretien s'est imposé dans notre étude. En effet, il permet l'utilisation d'un guide d'entretien qui précise les différents thèmes à aborder lors de la discussion. Il est le plus adapté pour étudier les représentations des médecins généralistes.

### 3.4.2 L'entretien de groupe

**La technique de focus groupe :** elle réunit plusieurs participants (5 à 10) autour d'un même sujet. Les entretiens ont l'avantage d'être interactifs et de susciter une dynamique de groupe intéressante, en amenant les différents intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix (48).

Nous avons écarté cette technique pour deux raisons :

- La première était en rapport avec le sujet même de l'étude. Partant du postulat que la prescription d'activité physique n'était pas une pratique courante chez les participants, confronter le médecin à ses pairs risquait de créer des mécanismes de défense et le recueil d'un discours uniformisé, en raison de l'influence du groupe sur l'individu, mettant en péril la validité de l'étude.

- La deuxième raison concernait les difficultés organisationnelles pour mettre en place de tels échanges. Ce type d'entretien est très chronophage dans sa mise en place, dans son déroulement et dans la retranscription et l'analyse des données (parfois 3 ou 4 heures d'entretien).

## 3.5 PARTICIPANTS ET METHODE DE RECRUTEMENT

Pour réaliser notre étude nous avons recruté des médecins généralistes dans le département des Alpes Maritimes et plus précisément dans la région niçoise. Pour étudier au mieux leurs représentations, la plus grande diversité de perceptions, d'opinions, et de comportements était recherchée. Nous avons fixé à l'avance des critères d'inclusion et d'exclusion en fonction du domaine de recherche et de facteurs identifiés comme variables pouvant influencer les réponses des médecins (sexe, mode, lieu et durée d'exercice, éventuelles spécialités ou études complémentaires effectuées).

### 3.5.1 Critères d'inclusion

- Etre titulaire d'un doctorat de Médecine Générale.
- Exercer une activité allopathique majoritaire, sinon exclusive.
- Donner son accord pour participer à l'étude.

### 3.5.2 Critères d'exclusion

- Être remplaçant

## 3.6 ECHANTILLONNAGE

Partant de l'idée que nous souhaitions obtenir un maximum de représentations, nous avions besoin de faire varier notre échantillon selon les critères de notre choix, de façon la plus variée qui soit. C'est ce qu'on appelle un échantillon à variation maximale. Contrairement à la recherche quantitative où l'on cherche à obtenir un échantillon représentatif de la population générale (randomisation), la recherche qualitative s'attache à proposer des résultats qui puissent être transposables. Cet échantillon se doit d'être raisonné, c'est à dire qu'il est pensé afin d'être le plus pertinent possible : qui voulons-nous interroger ? Quel médecin pourrait avoir un point de vue atypique, original, spécifique ? Quel médecin pourrait avoir un point de vue totalement opposé à celui des autres ? Les représentations varient-elles avec l'âge, la durée d'installation, le mode d'installation ? Toutes ces questions doivent être posées afin de définir qui l'on souhaite interroger. Ainsi, l'échantillon ne peut comporter qu'une dizaine de personnes, sous réserve qu'il permette d'interroger des gens très différents les uns des autres. On recherche la diversité. Ainsi, nous nous sommes aidé des pages jaunes afin de trouver des médecins différents en terme de genre, d'âge, de lieu et mode d'installation.

Si le médecin était éligible, il se voyait proposer un rendez-vous pour la réalisation d'un entretien individuel semi-directif. Nous avons proposé systématiquement de nous déplacer à son cabinet pour y réaliser l'entretien ou à défaut, de le réaliser dans le lieu qui lui convenait.

## 3.7 QUESTIONNAIRE DE CARACTERISATION SOCIODEMOGRAPHIQUE

Dans le but de caractériser au mieux l'échantillon, nous avons présenté à l'interviewé, au début de chaque entretien, un questionnaire oral comprenant le sexe, le niveau social de la patientèle, le nombre d'années d'exercice, le lieu d'exercice, le type d'activité (semi-rurale, urbaine), le nombre de patientes traitées pour un cancer du sein qu'il estimait suivre (annexe 1).

## 3.8 GUIDE D'ENTRETIEN

L'entretien semi-dirigé est conduit sur le mode de la conversation « normale » et s'appuie sur une grille d'entretien (49).

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés par l'enquêteur selon une trame préétablie.

Le guide a d'abord été écrit selon cette trame, modifié à de multiples reprises après avoir été soumis au directeur de thèse et testé sur un médecin et un interne.

Les modifications apportées ont essentiellement concerné l'ouverture des questions et la qualité des relances. Les thèmes explorés par le guide ont porté sur :

- La formation et les attentes des médecins généralistes dans le domaine de l'activité physique.
- Les références en matière de prescription d'activité physique en prévention primaire, et tertiaire.
- L'image renvoyée par la prescription d'AP chez les patientes ayant été traitées pour un cancer du sein.
- L'organisation de la prescription.
- Les facteurs influençant la prescription.

# 4. RESULTATS

## 4.1 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

### 4.1.1 Recueil des données

Le recueil des données a été effectué au cours d'entretiens individuels réalisés entre février et mai 2015 et pratiqués en tête à tête avec chaque participant dans son cabinet.

Après s'être présenté, de brèves explications étaient données au participant pour ne pas fausser le déroulement de l'entretien.

Un consentement concernant l'anonymat était remis et signé en deux exemplaires par l'enquêteur et le participant.

Les enregistrements étaient effectués à l'aide du mode dictaphone d'un i Phone et d'un i Pad après accord de l'interviewé. L'intégralité des entretiens a été retranscrite par l'enquêteur au format Word à l'aide du logiciel Microsoft Word 2011. La retranscription est une partie très chronophage du travail. On évalue qu'il faut environ 6h de retranscription pour une heure d'entretien effectif.

### 4.1.2 Analyse des données

A partir des éléments recueillis au cours des entretiens, les données on été codées à la main par l'enquêteur au moyen d'un code de couleur et du logiciel MICROSOFT WORD 2011.

Des indices clés ont été identifiés puis regroupés afin de générer différentes catégories et explications permettant de procéder à une analyse reconstructive et interprétative.

Dans cette construction théorique, le chercheur procède par analyses comparatives et constantes des données ou des concepts qui s'en dégagent pour n'arrêter que si la saturation est atteinte c'est à dire lorsque aucun autre élément ne vient apporter quelque chose de neuf ou modifier ce qui est déjà trouvé (51).

Dans notre cas, la saturation a été atteinte au terme de 12 entretiens.

## 4.2 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES

Nous avons réalisé 12 entretiens semi-directifs auprès de 6 hommes et 6 femmes.

***Tableau 1 : Caractéristiques des participants.***

| Médecins | Sexe | Exercice en groupe | Cabinet informatisé/ secrétariat médical | Nombre d'années de pratique de la médecine générale | Tendance sociale de la patientèle | Type d'activité | Lieu d'exercice | Nombre approximatif de patientes suivies pour un cancer du sein |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N°1 | F | Non | Oui/Non | 25 ans | Moyenne | Urbain | Nice ouest | 20 |
| N°2 | F | Non | Oui /Non | 25 ans | Moyenne | Semi-Rural | Nice ouest | 30 |
| N°3 | H | Non | Oui/Non | 20 ans | Elevée | Urbain | Nice est | 20 |
| N°4 | H | Oui | Oui/Oui | 30 ans | Moyenne | Urbain | Nice ouest | 20 |
| N°5 | H | Oui | Oui/Oui | 30 ans | Elevée | Semi-Rural | Falicon | 50 |
| N°6 | H | Oui | Oui/Oui | 12 ans | Moyenne | Urbain | Nice centre | > 10 |
| N°7 | F | Non | Oui/ Non | 30 ans | Moyenne | Urbain | Nice ouest | 25 |
| N°8 | F | Non | Oui/Non | 24 ans | Elevée | Urbain | Nice centre | 30 |
| N°9 | F | Non | Oui/ Oui | 32 ans | Moyenne | Urbain | Nice ouest | 10 |
| N°10 | H | Oui | Oui/Non | 25 ans | Elevée | Semi-Rural | Colomars | 40 |
| N°11 | F | Oui | Oui/Oui | 25 ans | Moyenne | Urbain | Nice centre | 10 |
| N°12 | H | Oui | Oui/Non | NC | Elevée | Semi-Rural | Aspremont | 20 |

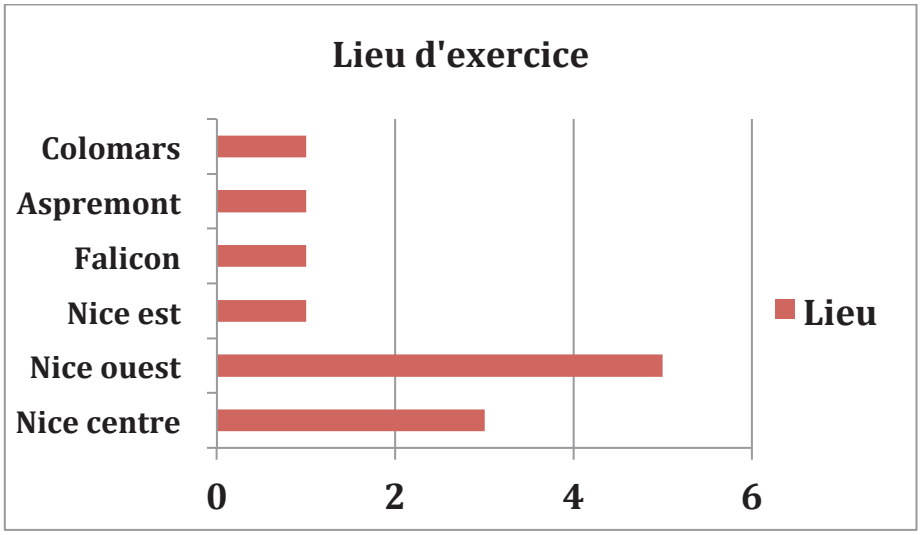
### 4.2.1 Patientèle suivie pour un cancer du sein

Le nombre de patientes en cours de traitement ou en rémission suivies au moment de l'entretien était difficile à déterminer. Nous avons donc recueilli des chiffres approximatifs que nous avons classés par tranche de 10.

La majorité des médecins suivait entre 21 et 30 patientes au moment de l'entretien.

Un seul médecin n'a pas su nous donner de chiffres, mais nous a affirmé en suivre plus de 10.

### 4.2.2 Répartition géographique des participants




Nous avons cherché à cibler l'ensemble des quartiers de la ville de Nice ainsi que quelques villages de l'arrière-pays pour analyser l'expérience des médecins exerçant en milieu semi-rural.

### 4.2.3 Répartition en type d'activité

La majorité de nos participants exerçait en milieu urbain.

### 4.2.4 Durée moyenne des entretiens.

L'entretien le plus long a duré 42 minutes.

L'entretien le plus court a duré 23 minutes.

La moyenne était de 28 minutes et 30 secondes.

## 4.3 RESULTATS QUALITATIFS

### 4.3.1 Formation et attentes des médecins généralistes dans le domaine de l'activité physique

#### 4.3.1.1 Une majorité de médecins sans formation particulière dans le domaine de l'activité physique

**Sur l'ensemble des médecins interrogés dans notre étude, seuls trois médecins rapportent avoir une formation spécifique dans le domaine de l'activité physique.**

*M3 « J'ai une capacité de médecine du sport. »*

*M4 « J'ai un CES de médecine du sport. »*

*M8 « J'ai un DU de pathologies locomotrices liées au sport. »*

#### 4.3.1.2 Des attentes contrastées

**Parmi les médecins interrogés, certains d'entre eux envisagent de se former dans ce domaine si on le leur proposait.**

*M1 « Ce serait intéressant de se former dans ce domaine, je pense aux FMC ou aux journées de développement professionnel continu, ou certains congrès pratiques auxquels je participe régulièrement. »*

*M7 « On ne me l'a jamais vraiment proposé mais si on me le proposait, pourquoi pas. »*

**Un médecin souligne la nécessité de formations courtes pour favoriser l'adhésion.**

*M7 « Je ne serais pas contre si c'est quelque chose de simple. »*

### 4.3.2 Prescription d'activité physique en prévention primaire

#### 4.3.2.1 Une prescription centrée sur l'expérience et le patient

**La prescription d'activité physique chez les patients tout-venant en prévention primaire est surtout basée sur l'expérience personnelle du médecin et de la connaissance qu'il a du patient.**
**La plupart des médecins interrogés déclarent fournir un conseil au patient qu'ils adaptent au cas par cas en tenant compte des comorbidités, du désir et de la motivation de ce dernier.**
*M1 « Je me sers plus de ce que j'ai pu lire dans des revues ou entendre dans des congrès pour donner des conseils. »*
*M4 « Je fais un peu en fonction du patient, de son âge, de sa pathologie, de ce qu'il peut éventuellement faire et surtout de sa demande. »*
*M9 « Je ne me base pas sur des recommandations particulières. Mais je me base sur un ensemble de choses, par exemple des choses que j'ai pu lire et évidemment en fonction du patient. »*
*M10 « Je me base plutôt sur ma pratique quotidienne, sur l'atmosphère de vie de la personne, ses antécédents, sa sensibilité et la connaissance que j'ai d'elle.»*

#### 4.3.2.2 Les recommandations internationales peu suivies

**En ce qui concerne le suivi des recommandations particulières, certains adaptent leurs conseils en fonction des recommandations internationales.**
*M5 « Moi en tout cas je leur conseille de bouger ou de faire 30 minutes de marche plusieurs fois par semaines. »*
*M8 « Je tiens compte des 30 minutes de marche des recommandations »*
**Mais la majorité ne tient pas compte ou n'a pas connaissance des recommandations.**
*M6 « Pour l'activité physique, je n'ai pas de recommandation en tête »*
*M11 « Je ne suis pas de recommandation particulière »*

### 4.3.3 Prescription d'activité physique chez les patientes traitées pour un cancer du sein

#### 4.3.3.1 Un schéma identique

**Les participants s'accordent à dire qu'ils procéderaient de la même manière qu'avec un patient tout-venant pour prescrire de l'activité physique.**
*M2 « Cela dépend de leur degré de fatigue, de leur pathologie, de leur attitude, et surtout de leur envie. Je pense que je leur délivrerais la même info qu'aux patients tout-venant. »*

*M8 « J'avoue que je ne sais pas s'il existe des activités spécifiques dans le cadre du cancer du sein mais pourquoi pas. En tout cas, à l'heure actuelle, si je devais leur conseiller de faire du sport ou une activité physique, je ferais comme pour tout le monde. »*

#### 4.3.3.2 Un sujet peu évoqué

**En pratique aucun médecin interrogé n'a déjà pensé à prescrire ou conseiller une activité physique dans le cadre de l'après cancer du sein.**

*M5 « Je dois dire que je n'ai jamais pensé à conseiller ou à prescrire de l'activité physique chez ces patientes ! Pourtant on leur prescrit de la rééducation, de la kinésithérapie assez fréquemment. »*

*M10 « Ce n'est pas un sujet qu'elles évoquent spontanément lorsqu'elles viennent me voir. »*

*M2 « Je n'en parle pas systématiquement, vous savez les patientes, il y a tellement de choses qu'il faut qu'elles fassent déjà. »*

#### 4.3.3.3 Un retour d'expériences majoritairement lié aux patientes

**Lorsque nous avons interrogé les participants sur leurs expériences vécues dans ce domaine, peu se souvenaient avoir abordé directement cette thématique avec une ou plusieurs patientes. Ce constat est lié à l'absence de connaissances et d'informations sur le sujet.**

*M3 « J'ai une patiente qui a été traitée pour un cancer du sein et qui était une grande sportive auparavant à qui j'ai conseillé de reprendre une activité physique progressivement. »*

*M7 « Je n'ai jamais conseillé à ces patientes de faire de l'activité physique car je ne savais pas que l'activité physique était bénéfique dans ce cadre-là. »*

*M9 « C'est un sujet que je pense ne jamais avoir abordé avec ce type de patientes. »*

**Mais certains se souvenaient avoir entendu quelques-unes de leurs patientes l'évoquer pour recevoir un conseil ou suite à une initiative personnelle.**

*M1 « J'ai une patiente qui est passée par le biais d'une association je crois, qui s'appelle « Gym après le cancer », ça lui permet de faire une activité physique un peu plus adaptée à sa pathologie. »*

*M3 « Il me semble aussi qu'une patiente m'a parlé d'activité physique qu'elle pratiquait au sein de la ligue contre le cancer mais je n'en sais pas beaucoup plus, il me semble que c'est une association de patientes. »*

*M10 « J'ai quelques patientes qui pratiquent du Pilate. Elles m'en ont parlé au cours des consultations mais ce n'est pas moi qui leur ai conseillé d'en faire. »*

### 4.3.4 Images renvoyées par la prescription d'activité physique chez ces patientes

#### 4.3.4.1 Avant tout, des bénéfices pour les patientes

**Si la prescription d'activité physique dans ce contexte ne semble pas faire partie de la pratique quotidienne des participants, tous s'accordent à penser qu'elle pourrait apporter plusieurs bénéfices dans ce cas précis :**

- **<u>Un facteur de lutte contre les difficultés psychologiques engendrées par la pathologie</u>**

➢ L'image du corps et l'estime de soi

**Plusieurs participants perçoivent un bénéfice de l'activité physique sur le bien-être des patientes en améliorant la perception qu'elles ont de leur corps après les traitements.**

*M2 « La première chose, c'est qu'elles se sentent bien dans leur corps. »*

*M1 « Cela permet un travail sur ce corps qui a peut-être été opéré ou traité par chimiothérapie, et qui est en souffrance. »*

*M2 « Cela pourrait être un moyen de ne pas se sentir handicapées et diminuées du fait qu'elles aient eu un cancer du sein, avec de la chimio ou de la chirurgie. »*

➢ Le Moral et le bien être

**Le bénéfice principal évoqué concerne l'impact de l'activité physique sur le moral des patientes.**

*M3 « Sur le plan moral aussi, quand on est mieux dans son corps on est mieux dans sa tête ! »*

*« C'est probablement avant tout un bénéfice psychologique. »*

*M5 « Après, je pense que l'activité en soi, si elle est bien réalisée apporte une certaine forme de bien-être et donc c'est vrai que chez ces patientes ça pourrait être intéressant. »*

*M7 « Le bénéfice principal, c'est de permettre de leur faire du bien au moral et notamment sur les symptômes dépressifs, ce qui est très fréquent dans cette pathologie. »*

➢ La fatigue et la qualité de vie

*M9 « Je pense que l'activité physique peut tout à fait améliorer les symptômes liés à la fatigue ».*

- **<u>Un facteur de réhabilitation sociale</u>**

**L'activité physique pourrait permettre aux patientes de maintenir une dynamique relationnelle et un lien social évitant le surrisque d'isolement lié à leur pathologie.**

*M2 « Cela pourrait être un moyen de s'aérer la tête, qu'elles reprennent contact avec leurs activités quotidiennes. […] Je pense que c'est un lien en termes de vie sociale et de communication avec les autres. »*

*M8 « Je pense que pour celles qui pratiquaient auparavant de l'activité sportive ça leur permet de continuer à vivre normalement et pour les autres, ça leur permet de penser à autre chose, de se détendre et de sortir un peu de chez elles, de retrouver une vie sociale en dehors de la maladie. »*

- **<u>Un bénéfice en termes de reconditionnement physique et renforcement musculaire</u>**

**Plusieurs participants identifient l'activité physique comme bénéfique pour éviter le déconditionnement physique lié au traitement et permettre aux patientes de se redynamiser sur le plan musculaire, notamment chez les patientes ayant subi une intervention chirurgicale.**

*M10 « On pourrait attendre un bénéfice en termes d'équilibration et de renforcement musculaire au niveau du dos et du sein. »*

*M5 « Cela pourrait, chez les patientes qui ont subi une intervention élargie, apporter un gain en termes de mobilité au niveau du membre supérieur et peut-être aussi au niveau de la musculature dorsale. »*

*« Même physiquement au niveau articulaire je pense que c'est bénéfique. C'est aussi bénéfique pour le cœur, pour l'ostéoporose. »*

- **<u>Réduire la prise de poids après le traitement</u>**

**Un participant attend un bénéfice en termes de réduction pondérale évoquant la fréquence du gain de masse corporelle en post-traitement.**

*M10 « Ça pourrait aussi leur permettre de perdre du poids après le traitement, car la prise de poids est assez fréquente chez ces patientes. »*

**Un participant, à l'inverse, pense que ce n'est pas un bénéfice recherché dans ce cadre de prescription.**

*M1 « Je ne suis pas dans une démarche de perte de poids, mais plus dans une démarche de reconstruction de la personne. »*

- **<u>Un bénéfice sur les symptômes liés aux traitements</u>**

*M5 « Cela pourrait avoir un rôle sur les effets secondaires des traitements comme les vomissements et la fatigue. »*

### 4.3.4.2 Une prescription dénuée de risque à condition de l'adapter

**Pour la plupart des participants, le risque encouru par la pratique d'une activité physique chez ces patientes semble être identique à la population générale voire inexistant à condition d'adapter l'activité.**

*M1 « Il faut adapter l'activité physique mais je ne pense pas qu'il y ait la moindre contre-indication ! »*

*M3 « Bien sûr je ne vais pas demander à une femme traitée pour un cancer du sein d'aller courir un marathon. Il faudra l'adapter en fonction de ses capacités et de sa demande. »*

*M9 « Si c'est réalisé intelligemment, il n'y a aucun risque à pratiquer de l'activité physique, en tout cas c'est ce que je pense. »*

- **<u>L'adapter à la patiente</u>**

*M8 « Du moment que c'est bien encadré et bien adapté à la patiente, à son âge, à ses pathologies et à ses possibilités. »*

*M9 « Le seul risque serait qu'elles exagèrent. »*

- **<u>L'adapter à ses traitements</u>**

*M7 « Mis à part, peut-être, si elles font des efforts avec le bras du côté où elles ont été opérées, dans le cadre d'un curage ganglionnaire puisqu'on leur interdit de porter du poids, de faire des prélèvements ou de prendre la tension. »*

*M1 « Si elle a de la chimiothérapie avec une toxicité cardiaque, il est certain que ça va être un peu plus délicat. Nous ne sommes pas toujours au courant des effets secondaires possibles qu'elles peuvent entraîner. »*

- **<u>L'adapter au type d'activité</u>**

*M6 « Si c'est traumatisant pour les membres supérieurs ou pour le thorax, je ne pense pas que ça soit vraiment préconisé. »*

*M12 « Je ne ferais pas courir à un patient en surpoids un marathon. Il en serait probablement incapable et ça deviendrait peut-être risqué. »*

### 4.3.4.3 Mais peut-on réellement parler de « prescription » ?

- **<u>En pratique : un conseil</u>**

*M1 « Dans ma pratique actuelle ça reste du domaine du conseil. »*

*M3 « C'est beaucoup plus efficace de parler, de leur conseiller, de leur demander où ils en sont ! » […]*

*« C'est une sorte de « coaching sportif. »*

**L'ensemble des participants dit conseiller les patientes sur la pratique d'une activité physique mais ne peut pas réellement rapprocher le terme de prescription de sa pratique quotidienne pour plusieurs raisons :**

➢ La notion d'ordonnance

**Pour une partie des participants, la prescription semble indissociable de l'ordonnance.**

*M9 « Pour moi une prescription c'est une ordonnance. »*

*M1 « Dans ma pratique actuelle, ça n'apparaît pas sur un support papier type ordonnance, ni sur un support »*

*« Prescrire ça voudrait dire qu'on l'écrit sur une ordonnance. »*

➢ La notion d'encadrement et de support

**Pour certains le terme de prescription nécessite un support et un encadrement adapté.**

*M6 « Une prescription doit avant tout être encadrée. »*

*« C'est vraiment une prescription du moment que l'on sait ce que l'on fait et comment on le fait. »*

*« Il faut connaître les mouvements que la patiente peut faire, les activités de manière précise. »*

*« Il faudrait au minimum un peu de formation. »*

*M7 « Si on dispose d'imprimés, pourquoi pas… »*

*M12 « Il faudrait sans doute que ce soit intégré dans les logiciels de prescriptions »*

*« Il faut un cadre, que les choses soient bien structurées »*

➢ La notion d'obligation

**Certains participants rapprochent l'ordonnance de la notion d'obligation et préfèrent parler de conseil ou de recommandations pour laisser le choix aux patientes.**

*M2 « Ça n'est pas une obligation donc pas une prescription, c'est une suggestion mais pas une prescription. »*

*M4 « Pour moi, prescrire c'est un ordre. »*

- **<u>Pas de consensus sur la prescription de l'activité physique</u>**

**Un terme adapté pour certains : dire à une patiente de pratiquer de l'activité physique est un acte thérapeutique qui justifie le terme de prescription à condition de l'adapter à la pratique.**

*M8 « L'écrire sur une ordonnance ça serait encore mieux. »*

*M1 « Prescrire de l'activité, ça fait partie intégrante du traitement ou en tout cas de l'arsenal thérapeutique. »*

*M5 « Une prescription, ce n'est pas seulement des médicaments. »*

**Une difficulté à apparenter activité physique et prescription, pour d'autres.**

*M3 « J'aurais du mal à marquer ça sur son ordonnance. »*

*M4 « Le conseil oral c'est ce qui reste de meilleur. »*

*« Je pense que « recommandation » serait plus adapté. »*

### 4.3.5 Organisation de la prescription

#### 4.3.5.1 La place du médecin généraliste

- **<u>Un rôle adapté à ses compétences</u>**

**Pour l'ensemble des participants, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de terrain, a toute sa place pour prescrire de l'activité physique à ces patientes.**

*M1 « C'est tout à fait dans ses cordes, et dans la logique de suivi de ce type de patientes. »*

*« Mon rôle, c'est tout ce qui est moral, prise en charge psychologique et des éventuels effets secondaires des traitements. »*

*M4 « Je suis intimement convaincu que le médecin généraliste est le mieux placé pour faire de l'éducation thérapeutique. »*

*M12 « Si ce n'est pas le médecin généraliste qui le fait, je ne vois pas trop qui le fera. »*

- **<u>Une relation de proximité avec les patientes</u>**

**Le suivi à long terme, la confiance mutuelle, la connaissance des particularités de leurs patientes sont autant de paramètres qui font souligner aux participants la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec elles.**

*M3 « Cela fait partie du domaine de la relation entre le médecin et le malade. »*

*M4 « On peut avoir un regard global sur son état de santé et on le connaît parfois depuis très longtemps. »*

*« Il y a cette relation de confiance, c'est l'idéal pour faire passer un message. »*

*M5 « Les patientes se livrent plus facilement à nous du fait qu'on les suive souvent depuis un moment. »*

- **Prendre du temps**

**Pour certains, il dispose de plus de temps que le spécialiste pour aborder cette thématique.**
*M5 « Le retour que j'ai de mes patientes, c'est que, lorsqu'elles voient leur oncologue, ça va assez vite ! »*
*« On prend plus le temps de parler avec son médecin généraliste. »*

- **Un suivi rapproché**

**Certains soulignent le fait que les patientes reviennent les voir de façon plus régulière que le spécialiste, leur laissant plus de temps pour orienter la prescription.**
*M8 « C'est nous qui revoyons le plus souvent les patientes quand elles ne sont pas bien. »*

- **La place du cancérologue : un rôle à déterminer**

**Pour de nombreux médecins interrogés, le rôle du médecin généraliste semble d'autant plus adapté à ce type de prescription que le cancérologue revoit moins fréquemment les patientes, qu'il dispose, au cours de ses consultations, de moins de temps pour aborder ce thème, et qu'il a une connaissance des patientes moindre par rapport au généraliste.**
**En revanche, certains soulignent l'intérêt que le spécialiste évoque au moins une fois au cours du suivi le bénéfice de pratiquer une activité physique, de façon à renforcer l'adhésion des patientes.**
*M8 « Je ne pense pas que ce soit un sujet abordé par les cancérologues vu le peu de temps qu'ils ont par consultation et la fréquence avec laquelle ils voient les patientes. »*
*M7 « L'information doit aussi être délivrée par le spécialiste, car ça permettra de faciliter l'adhésion. »*

### 4.3.5.2 Difficultés inhérentes au parcours des patientes

**Certains médecins soulignent les difficultés occasionnées par le parcours des patientes, notamment en phase de traitement de la maladie.**
**Parmi ces difficultés se dégagent :**

- **le motif de consultation : les patientes consulteraient le plus souvent pour des motifs sans rapport direct avec leur pathologie.**
- **les fréquences des consultations : susceptibles de diminuer pendant la phase de traitement.**
- **l'encadrement extérieur : qui selon un médecin entraîne un certain nombre de « perdues de vue » une fois le diagnostic posé.**

*M4 « Elles sont captées par les oncologues. »*
*M7 « Je les revois toujours après le traitement. Après, c'est vrai que pendant la phase de traitement, c'est moins fréquent. »*
*M2 « Je continue à en voir mais la plupart du temps ce n'est pas pour leur cancer mais pour d'autres problèmes à côté. »*

### 4.3.5.3 Prescrire, mais à quel rythme ?

- **<u>Intégrer la prescription dans une consultation classique</u>**

**Pour l'ensemble des participants, la prescription de l'activité physique chez ces patientes s'intègre dans une consultation de routine.**
*M1 « Je l'intégrerais dans une consultation de suivi… sous forme d'un conseil… Ça serait mieux écouté, mieux entendu. »*
*M3 « Je pense que c'est un travail à faire à chaque consultation. »*
*M4 « On ne peut pas tout traiter en une consultation. »*
*M11 « J'aborderais, au cours de la première consultation, l'aspect nutritionnel et l'équilibre hygiéno-diététique en leur disant qu'il faudrait en parler au cours d'une autre consultation. »*

- **<u>Intégrer la prescription dans une consultation dédiée</u>**

**Proposer de l'activité physique à ces patientes au cours d'une consultation dédiée semble irraisonné, hormis si la demande émane directement de la patiente.**
*M7 « Une consultation dédiée vous plaisantez ! Si vous voulez le faire, il faut prendre un quart d'heure de plus et puis expliquer les choses ! »*
*M8 « Cela paraît très compliqué, en tout cas au cabinet. »*

*M1 « A moins que la demande ne vienne directement d'elle, auquel cas ça change complètement la donne ! »*

**Plusieurs raisons à ce constat**

- La diversité des motifs de consultations

**Certains soulignent le fait que, dans leur pratique, lorsqu'un patient se présente pour un motif de consultation donné, il se présente en réalité avec plusieurs motifs. De ce fait, il paraît difficile de focaliser la consultation sur un domaine précis, ici l'activité physique.**

*M3 « Lorsqu'un patient vient vous voir il vous parle forcément de tous les autres problèmes, on ne peut pas concentrer son attention uniquement sur le domaine de l'activité physique. »*

- Adhésion et motivation des patientes

**Pour une majorité de médecins, l'adhésion du patient est une pierre angulaire de la prescription. Aborder ce thème à de multiples reprises au cours de plusieurs consultations afin d'en faire comprendre le bénéfice aux patientes et d'évaluer leur motivation, semble plus adapté.**

*M1 « Le problème, c'est de savoir ce que va faire la patiente. Va-t-elle adhérer à ça, va-t-elle en comprendre l'intérêt, est-ce qu'elle va vouloir ? »*

*M3 « Il va falloir lui donner envie progressivement et la convaincre que ça a un bénéfice dans sa situation, ça ne peut pas se faire sur une seule consultation. »*

### 4.3.5.4 Evaluation et précautions à prendre avant la prescription

**Lorsque que j'ai interrogé les participants sur la manière dont ils procéderaient pour évaluer spécifiquement ces patientes, tant sur le plan psychique que physique, avant de leur conseiller ou de prescrire de l'activité physique, plusieurs constats se sont dégagés.**

- **<u>Dans l'état actuel, une question de bon sens</u>**

**L'évaluation est envisagée, dans la plupart des cas, comme la perception et le ressenti qu'a le médecin de la patiente au moment où il conseille ou prescrit l'activité physique.**

*M7 « Évaluer, c'est d'abord voir ce qu'elles peuvent faire ou ne pas faire. » « Il faut avant tout leur demander à elles. C'est sûr que si une patiente vous dit "j'ai mal au genou" vous n'allez pas l'envoyer courir mais vous allez peut-être lui proposer une autre activité comme de la piscine ou du vélo. »*

*M4 « L'activité physique doit être adaptée aux antécédents de la patiente et à ses capacités […] Tout ça c'est du bon sens. »*

- **<u>Prendre en compte le ressenti des patientes</u>**

**Le point de vue des patientes, leurs possibilités sont également soulignés, si bien que l'évaluation, pour une majorité de participants, repose sur une décision partagée en rapport avec une perception bilatérale du ressenti des patientes.**

*M1 « Je tiendrais compte de ce que le corps me montre… au travers du ressenti de la patiente ».*

*M7 « Je pense qu'il faut avant tout leur demander à elles. »*

*« Les patientes qui se sentent trop fatiguées, elles n'iront pas faire de l'activité physique. »*

*M12 : « Cela dépend avant tout de leur motivation mais ça se travaille. »*

- **<u>La place du médecin généraliste dans le domaine de l'évaluation : un rôle à définir</u>**

**Les médecins interrogés sont partagés quant à la place que doit jouer le généraliste dans l'évaluation des conditions physique et psychique des patientes avant la prescription d'activité. ` Pour certains, le médecin généraliste prend toute sa place.**

*M6 « C'est tout à fait adapté à la médecine générale de prescrire de l'activité physique, même dans ce cadre, et d'évaluer les patientes avant la prescription. »*

*M5 « Cela serait bien de pouvoir le faire, on ne peut pas toujours tout déléguer. »*

**Pour d'autres, la place du médecin généraliste dans l'évaluation des patientes est moins évidente.**

*M3 « Je ne pense pas que ça soit notre rôle. »*

- Par manque de temps.

*M2 « On manque beaucoup trop de temps. »*

*M5 « Cela prendrait encore du temps en plus dans la consultation. »*

*M10 « Le temps c'est évidemment un facteur limitant ça, c'est indéniable. »*

- Par manque d'outils et de référentiels.

*M2 « Il faudrait des référentiels qui nous permettent d'évaluer les patientes. »*

*« Un peu comme ce qui existe en ce qui concerne les certificats de non-contre-indication au sport. »*

- **<u>Des précautions essentiellement liées au type de traitements reçus</u>**

**Concernant les précautions à prendre avant la prescription, ce sont les éventuels effets secondaires en rapport avec le traitement reçu qui semblent focaliser l'attention des médecins.**

*M2 « Peut-être quelques précautions à prendre en fonction du traitement que la patiente a reçu. »*

*M1 « Il faut adapter l'activité physique de ces patientes qui sont souvent épuisées après de lourds traitements. »*

*« Moi, ma hantise de toute façon c'est le cœur ! Une éventuelle toxicité cardiaque. »*

*M3 « Si elle a un lymphœdème au niveau du bras on ne va pas lui faire faire de la musculation ! »*

**Cependant les précautions à prendre semblent, une nouvelle fois, faire appel au bon sens .**

- **<u>Une solution envisagée : des structures adaptées et du personnel formé</u>**

**Evaluer les patientes directement au sein de structures adaptées avec du personnel formé dans ce domaine pourrait, pour certains, être une solution à envisager.**

*M10 « Je pense fondamentalement qu'une interface est nécessaire dans ce cadre. »*

*M6 « Il faut un encadrement au moins au départ. »*

*M3 « S'il existait des structures avec du personnel formé dans ce domaine, l'évaluation pourrait se faire dans ces centres. »*

#### 4.3.5.5 Où orienter les patientes ?

- **<u>Les salles de sports conventionnelles : en dernier recours</u>**

**L'ensemble des participants considère l'orientation des patientes vers des salles de sport conventionnelles comme une démarche inappropriée en raison de l'absence d'encadrement et du risque de blessures qui pourrait en découler, notamment chez les patientes opérées avec un lymphoedème.**

*M1 « Je ne l'enverrais pas toute seule faire du cardio sur un vélo dans une salle de musculation quelconque ! »*

*M7 « Elles utiliseraient des poids et on dit que ce n'est pas bien. »*

*M9 « C'est payant, puis il y a des contraintes horaires. »*

- **<u>Le kiné : pourquoi pas</u>**

**Hormis pour un participant, le kiné semble être un interlocuteur de choix en qui le médecin généraliste a confiance.**

**De plus, les médecins interrogés y voient un acteur compétent dans le domaine de l'activité physique, capable d'encadrer de manière adéquate les patientes.**

*M2 « Chez des kinés, où il y aurait par exemple, deux fois par semaine, des cours d'activité physique post-cancer du sein, en petit groupe. »*

*M3 « C'est tout à fait envisageable. »*

*« Certains kinés font ça aussi dans le domaine de la rééducation des vertiges. »*

*M6 « Ils prendront le temps de mettre les choses en place. »*

*« Ils sont à même de conseiller la patiente tant au niveau de l'activité physique qu'en ce qui concerne les mouvements à faire. »*

- **Laisser le choix aux patientes**

**Pour certains, la pratique de l'activité repose sur le désir de la patiente et en l'absence de recommandation, il faut lui laisser le choix.**

*M4 « Je pense que ça dépend du désir de la patiente avant tout. L'activité physique ça doit être ludique. Et c'est avant tout un choix. »*

*M9 « Il vaut mieux qu'elles aillent marcher trente minutes de marche rapide sur la promenade que de s'inscrire en salle de sport. Je pense que l'adhésion sera bien meilleure. »*

- **Des structures adaptées et des activités de groupe**

**Pour d'autres, la pratique d'une activité physique dans ce contexte nécessite la mise en place de structures adaptées aux patientes, répondant aux conditions particulières dans lesquelles elles se trouvent au moment de pratiquer cette activité suite à leur traitement, voire pendant la phase de traitement.**

*M2 « On pourrait organiser des groupes d'activité physique au sein des villes. Je pense par exemple aux structures annexes des mairies. »*

*« Mettre en place des programmes dans le centre de cancérologie tout comme on le fait pour l'accouchement en maternité. »*

*« L'objectif serait au moins de les encadrer au départ, de les initier pour leur montrer qu'il n'y a aucun risque et qu'elles puissent percevoir éventuellement les bénéfices. »*

*M10 « Des structures de mise en forme adaptées aux pathologies particulières, avec un appareillage et du personnel formé. »*

- **Avec du personnel formé dans ce domaine**

**Du personnel formé dans ce domaine semble être une bonne alternative**

*M2 « Il faut donc que l'activité physique soit au moins instaurée par des professionnels formés, qu'ils puissent conseiller, au moins au début, quel type d'activité physique faire et comment le faire. »*

*« Peut-être des professeurs de sport. »*

*« Un encadrement, je pense que ça pourrait aussi les rassurer sur le côté bénéfique de la chose. Des cours collectifs ça ne serait pas mal. »*

**Trois médecins ont, par ailleurs, souligné qu'à leur connaissance, il n'existait pas à l'heure actuelle de tels dispositifs.**

### 4.3.6 Les facteurs influençant la prescription

#### 4.3.6.1 Facteurs facilitants

**Lorsque l'on interroge les participants sur les mesures qui pourraient influencer de manière positive les médecins à prescrire de l'activité physique chez ces patientes, plusieurs idées se dégagent :**

- **<u>Des recommandations préalables</u>**

**Un participant voit l'intérêt d'établir des recommandations pour aider le médecin à prescrire de l'activité physique chez ces patientes.**

*M1 « Avoir des recommandations qui diraient que telle ou telle activité physique est bénéfique pour ce type de patiente. »*

- **<u>Des activités sportives adaptées</u>**

**Même si pour certains, adapter le type d'activité physique est avant tout une question de bon sens, plusieurs soulignent l'intérêt de disposer de référentiels ou de conseils concernant le type d'activité à pratiquer. Adapter l'activité à la personne mais aussi à ses possibilités semble un point important.**

*M2 « Définir des sports adaptés. »*

*M9 « Il faudrait savoir ce qui est adapté à la personne. »*

*M4 « Il est évident que je ne vais pas prescrire de la musculation à une femme ayant un lymphœdème du bras ! »*

- **<u>Des structures spécialisées</u>**

**Le facteur facilitant le plus évoqué concerne la mise à disposition de structures où le médecin pourrait adresser la patiente afin qu'elle soit encadrée de manière adéquate par des professionnels formés dans le domaine.**

*M3 « Des structures où les orienter pour qu'elles puissent pratiquer une activité physique qui leur soit adaptée. »*

*« Avec la présence de personnel formé à l'activité physique dans ce type de pathologie, peut-être des professeurs de sport. »*

*M2 « On pourrait aussi envisager ça dans des centres de cancérologie au moins le temps d'initier les patientes à la pratique d'une activité physique. »*

- **<u>De la formation pour les médecins</u>**

**Dans le cadre de la prescription, plusieurs médecins soulignent la nécessité de faire appel à une formation spécifique dans le domaine pour savoir « quoi faire et ne pas faire ».**
**Pour recourir à ces formations et recevoir de l'information sur le sujet, plusieurs moyens sont avancés : formations courtes sous forme de Développement professionnel continu (DPC), supports écrits, visiteurs médicaux, revues.**
*M6 « On peut difficilement envisager de prescrire même de l'activité physique sans être formé dans ce domaine. »*
*M10 « Il faut une formation courte, par exemple au cours de congrès ou de DPC, complétée, par exemple, par des articles au sein de revues médicales. »*
*M6 « Un support ou la visite de connaisseurs qui puissent me délivrer de l'information ou en tout cas me préciser certaines informations. »*

- **<u>De l'information pour les patientes</u>**

**Certains soulignent aussi qu'il serait intéressant de disposer de supports d'information pour les patientes dans le but de compléter la prescription.**
*M9 « De l'information, mais plus pour les patientes. »*
*« On pourrait leur remettre des brochures. »*
*M2 « On pourrait envisager que ça rentre dans le protocole de soins du patient. »*

- **<u>Des conditions inhérentes aux patientes</u>**

➢ Des facteurs motivationnels

*M1 « L'envie, le désir de la patiente. »*
*M4 « Essentiellement la motivation de la patiente. »*

#### 4.3.6.2 Difficultés et facteurs limitants

- **<u>L'adhésion</u>**

**Le fait que la patiente n'ait jamais pratiqué d'activité sportive ou ne désire pas en pratiquer est perçu comme une difficulté voire un obstacle à la prescription.**
**Pour beaucoup, dans ce contexte, il sera difficile de les convaincre.**
*M3 « Convaincre les patientes c'est, à mon avis, la principale difficulté »*
*M1 « S'il s'agit d'une patiente qui n'a pas trop envie de bouger, qui n'a rien envie de faire, ça n'est pas facile. »*

*M4 « Vous avez souvent trois types de patients. Ceux qui sont très demandeurs, ceux qui sont dans la normalité et ceux qui se foutent complètement de leur santé. Cette dernière catégorie est particulièrement difficile à toucher. »*

- **Facteurs inhérents aux patientes**

➢ Les freins :

**Plusieurs des freins que pourraient émettre les patientes sont également perçus comme des facteurs pouvant limiter la prescription. On relève :**

*M2 « La facilité d'accès. »*

*M9 « L'aspect financier. »*

*M4 « L'image du corps si, par exemple, on a été mutilé lors d'une chirurgie, ça peut être difficile de se mettre en tenue. »*

*M5 « La fatigue en cours de traitement. Il sera difficile de lui proposer une activité physique car elle ne sera probablement pas en état et trop fatiguée. »*

➢ Le suivi :

**Un médecin fait remarquer qu'en dehors de la prescription initiale, évaluer l'efficacité de l'AP pourrait s'avérer délicat.**

*M6 « Suivre les patientes nécessite de les revoir régulièrement et de pouvoir évaluer ce qu'elles ont été capables de faire. »*

- **L'information et la formation**

**Si la formation et l'information des participants facilitent la prescription, à l'inverse, le manque d'information la rend plus compliquée. Certains avouent que n'ayant pas connaissance du bénéfice d'une telle prescription, ils n'y ont pas recours de façon systématique.**

*M6 « Ne pas avoir d'information suffisante ou de ne pas être formé sur le sujet. »*

*M1 « Ce n'est pas un domaine que j'aborde très régulièrement. »*

*M7 « Il faut déjà y penser. »*

- **Le temps**

*M5 « De se former. »*

*M7 « Qui nous manque parfois cruellement en médecine générale. »*

*M11 « On peut en parler avec les patientes mais c'est compliqué de faire plus »*

*M6 « De plus en plus, notre temps de consultation est limité. »*

**Même si certains affirment que le médecin généraliste dispose probablement de plus de temps que le spécialiste en cancérologie pour aborder cette thématique, le temps reste un facteur limitant évoqué à de nombreuses reprises.**

- **<u>La multiplicité des motifs de consultation</u>**

**De nombreux participants n'étaient pas favorables à une consultation dédiée à l'activité physique dans ce contexte, cependant la multiplicité des motifs pour lesquels les patients consultent, apanage de la médecine générale, pourraient limiter la prescription d'activité physique.**

*M4 « Les patients viennent de plus en plus souvent avec plusieurs motifs de consultation. »*

*M5 « Quand il y a plusieurs choses qui s'intriquent, peut-être que l'activité physique est reléguée au second plan. »*

- **<u>Des craintes quasi-inexistantes pour nos participants</u>**

**De manière générale, les participants n'émettent aucune crainte à prescrire de l'activité physique chez les patientes traitées pour un cancer du sein, du moment que celles-ci est encadrée et raisonnée.**

**La seule crainte évoquée concernerait les éventuelles structures vers lesquelles le médecin adresserait les patientes pour la prise en charge.**

*M2 « Je ne pense pas qu'il y ait de crainte à avoir. »*

*M5 « Si je sais ce que je fais et qu'en plus, je connais bien la patiente. »*

*M10 « La seule crainte que je pourrais avoir, ce serait que le plateau technique des structures vers lesquelles j'envoie ces patientes ne soit pas adapté ou que le personnel soit mal formé à leur prise en charge. »*

### 4.3.6.3 Côté patientes : les freins perçus par les médecins

- **<u>La fatigue et le déconditionnement physique</u>**

**Pour certains, la fatigue représente l'un des principaux freins qui pourraient être évoqués par la patiente.**

*M6 « Lorsque les patientes sont très fatiguées elles ont énormément de mal à se projeter dans un avenir actif. »*

*M11 « La plupart ont du mal à faire leurs courses, leur ménage, si en plus vous leur demandez de faire de l'activité physique, ça peut leur paraître insurmontable ! »*

*M7 « Les personnes qui sont fatiguées ne peuvent pas faire de sport. Cela paraît un peu contradictoire comme démarche. »*

**Pour d'autres, il ne s'agit pas forcément d'un frein à la pratique d'une activité physique adaptée.**

*M4 « La fatigue c'est très subjectif […], c'est un cercle vicieux car dans l'esprit commun plus on est malade, plus on va mal et plus on est fatigué. »*

*M2 « Je pense que si, avec des études, on pouvait démontrer que l'activité physique diminue la fatigue ça ne représenterait pas un frein à la pratique. »*

- **L'image du corps**

**Les conséquences des traitements reçus par certaines patientes touchant l'intégrité physique et psychique sont perçues comme une difficulté supplémentaire à pratiquer de l'activité physique.**

**Un médecin évoque la pratique d'une activité physique « en groupe », pour diminuer ce frein.**

*M4 « Si par exemple, on a été mutilé lors d'une chirurgie, ça peut être difficile de se mettre en tenue. »*

*M5 « Les patientes ont un rapport particulier avec leur bras du côté opéré. »*

*M12 « Je pense à l'aspect physique et aux effets secondaires des traitements (perte de cheveux, nausées, vomissements). »*

*M9 « Peut-être la crainte irrationnelle de penser "j'ai un cancer, il ne faut surtout pas que je me fatigue". »*

- **L'enjeu financier**

**Le coût généré par la pratique d'une activité physique est évoqué à plusieurs reprises, en particulier par les médecins interrogés prenant en charge une population particulièrement défavorisée.**

*M3 « Si l'activité physique est trop chère, beaucoup de patientes n'en feront pas. »*

*M9 « Moi j'ai une patientèle qui n'a pas beaucoup de moyens et je pense que c'est un élément capital pour que le patient adhère. »*

- **<u>L'accessibilité et les horaires</u>**

**Un autre frein évoqué concerne le lieu et les horaires de pratique de l'activité physique. Les patientes prises en charge pour un cancer du sein peuvent être encore en activité après le traitement.**

**Il est également souligné que la prescription d'AP se rajoute aux nombreuses consultations de suivi liées à la maladie, ce qui pourrait freiner les patientes dans cette démarche.**

*M2 « Le fait de ne pas pouvoir s'y rendre facilement.»*

*« Les horaires aussi puisque certaines reprennent une activité professionnelle. »*

*M7 « Une personne qui est retraitée encore ça va, mais une personne encore en activité ça peut être un frein majeur. »*

*M11 « Certaines sont déjà très prises par les multiples consultations auxquelles elles doivent se rendre »*

- **<u>L'adhésion et la pratique antérieure d'une activité physique</u>**

*M7 « Il y a des gens qui n'aiment pas faire du sport et ce sera difficile de les convaincre. »*

### 4.3.7 Regard des médecins généralistes sur le concept « d'activité physique adaptée » dans le contexte

**L'activité physique adaptée est évoquée de manière spontanée par la quasi-totalité des participants. Elle est définie comme une activité intégrant les possibilités de la patiente, son désir, et prenant en compte les conséquences de la maladie.**

*M1 « On ne peut pas recommander un type d'activité physique pour tout ce type de patientes en sachant que les traitements sont différents et que les capacités physiques de base de ces personnes sont aussi différentes ! »*

*M4 « Il faut une activité physique graduelle qui peut être progressive, adaptée à la volonté du patient. »*

*M6 « Une activité qui tient compte des possibilités et des handicaps du patient. »*

**La seule limite concerne le terme employé. S'il faut adapter l'activité, le terme « adapté » raisonne pour certains comme péjoratif.**

*M2 « Je ne sais pas si le terme "d'adapter" convient réellement, […] ça me fait plus penser à un handicap. »*

*« Ça m'évoque des restrictions ! » « Ce terme renvoie une connotation péjorative pour la patiente. On pourrait plutôt parler d'activité physique « encadrée. »*

# 5. DISCUSSION

## 5.1 SYNTHESE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES.

### 5.1.1 Reprise des résultats principaux

L'analyse de nos résultats nous a permis de dégager des idées-forces que nous discuterons dans cette partie.

- Contrairement à certaines pathologies chroniques comme le diabète, la prescription d'AP en prévention tertiaire du cancer du sein est peu connue des médecins généralistes.
- Les raisons principales sont liées à un manque de formation et d'information sur le sujet (bénéfices attendus, offres de soins disponibles etc.)
- Ils perçoivent cependant cette mission comme étant parfaitement adaptée à leur rôle et à leurs compétences.
- La prescription d'AP dans ce contexte, s'apparente plus à un conseil intégré au sein d'une décision médicale partagée entre le praticien et sa patiente, qu'à une prescription écrite sur une ordonnance.
- Un certain nombre de freins liés aux médecins (temps de consultation etc.) et aux patientes (enjeux financier, adhésion, fatigue, accessibilité etc.) existent et doivent être pris en compte.
- Cependant, la balance bénéfices/risques est largement perçue comme positive par les MG de notre étude.
- Inclure la prescription d'APA chez les patientes traitées ou ayant été traitées pour un cancer du sein dans la pratique des MG est une nécessité.
- Pour répondre à cette attente, il sera indispensable :

  - d'intégrer la prescription à un environnement pluri-professionnel, associant des acteurs de soins et des structures adaptées, portées à la connaissance du MG.
  - de développer des outils de communication et de formation à destinée des MG et des patientes.

### 5.1.2 Caractéristiques des médecins interrogés dans le domaine de l'activité physique

Sur les 12 médecins que nous avons questionné, seuls trois rapportent avoir une formation spécifique dans le domaine de l'activité physique ou du sport.

Ce premier constat est important car il souligne la pauvreté de la place de l'AP dans la formation des médecins généralistes interrogés. Or, l'utilisation de l'AP en tant qu'outil de prévention nécessite une formation médicale préalable et adaptée.
Concernant le domaine de l'activité physique, le baromètre santé médecine générale publié en 2009 par l' l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé **(INPES)** (52) montre que 70,2 % des médecins généralistes pensent que l'AP fait partie intégrante de leurs missions de prévention mais seulement 46,6 % jugent qu'il est tout à fait facile d'aborder ce thème avec les patients.

La volonté des pouvoirs publics d'intégrer la notion d'AP chez les jeunes médecins est pourtant en marche, avec le développement de formations spécifiques dans les différents cycles des études médicales (53). La place de l'AP en prévention devrait logiquement croître chez les futurs médecins.
Cependant, comme nous allons le voir par la suite, la formation médicale n'est pas le seul frein au développement des pratiques, notamment en ce qui concerne la prescription d'activité physique en prévention tertiaire.

### 5.1.3 Vécu des médecins interrogés concernant la prescription d'activité physique chez les femmes traitées pour un cancer du sein

Au début de nos entretiens, nous avons cherché à savoir comment s'y prenaient les médecins qui prescrivaient de l'AP chez un patient tout venant, dénué de toute pathologie chronique, c'est-à-dire en prévention primaire.
Après analyse, deux points importants ressortent.

Premier point : la quasi-totalité des participants n'a pas connaissance ou ne se sert pas ou peu des recommandations internationales pour prescrire ou donner un conseil en matière d'AP.
Ce constat corrobore les travaux de thèse de PELLEGRIN (54) qui montraient que sur un échantillon de 80 médecins généralistes, 40 % n'appréhendaient « pas vraiment » ou « pas du tout » ces recommandations et que 2 % seulement les connaissaient très bien. Des données similaires sont retrouvées dans le travail de BALLAY qui relève que 51 % des médecins ayant répondu à son enquête n'étaient pas vraiment informés de l'existence de la recommandation internationale de l'OMS sur l'AP (55).

Deuxième point : dans notre étude, les participants déclarent essentiellement se baser sur leur pratique et sur leurs expériences. Ils revendiquent une pratique dans laquelle les dimensions individuelles et relationnelles avec les patients sont privilégiées. Malgré cela, une partie des

médecins conseille à ses patients de pratiquer une AP proche de celle énoncée dans les recommandations internationales publiées par l'OMS, à savoir faire 30 minutes de marche par jour.
*M5 « Moi en tout cas je leur conseille de bouger ou de faire 30 minutes de marche plusieurs fois par semaine »*

Lorsqu'on s'intéresse à leur pratique en prévention tertiaire du cancer du sein, il apparaît que d'une part, la quasi-totalité ne recommande pas spécifiquement à ces patientes de réaliser de l'AP, et que d'autre part, s'ils le font ou s'ils avaient à le faire, ils procèderaient en suivant le même schéma que pour un patient tout venant.
Ce constat était attendu. En matière de prévention tertiaire du cancer du sein, alors que la communauté scientifique, en particulier dans le milieu de la cancérologie, souligne le bénéfice de l'AP et recommande sa prescription (56), il n'existe en France, à notre connaissance, aucune recommandation précise sur sa mise en œuvre en soins primaires.

Les seules recommandations sur le sujet publiées conjointement par la Société Américaine de Cancérologie, l'American College of Sports Medicine, et le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies font état de recommandations superposables à celles publiées par l'OMS en 2011.

L'analyse des entretiens nous amène à nous interroger sur la connaissance qu'ont les médecins du bénéfice de l'AP dans le domaine de l'après-cancer du sein. Très peu de participants se souviennent d'expériences vécues.
On peut dès lors supposer qu'il existe un défaut d'information auprès des médecins généralistes sur le sujet.
En réalité, de très nombreux projets sur le territoire français ont été mis en place afin de promouvoir l'activité physique, y compris en prévention tertiaire. Mais ces campagnes d'information visent plus particulièrement certaines pathologies chroniques comme le diabète ou les pathologies cardio-vasculaires pour lesquelles les bénéfices de l'AP sont mieux connus des généralistes (57).

Les MG conseillent souvent la pratique d'une Activité Physique Régulière **(APR)** dans certaines pathologies chroniques. En revanche, le cancer fait peu l'objet d'une prescription ou même d'un conseil (58).
Pourtant la pratique d'une AP chez les patientes traitées ou en rémission d'un cancer du sein est non seulement perçue comme positive par les médecins interrogés mais aussi comme comportant peu de risque pour le patient et le médecin. D'abord sur le plan psychosocial, les participants y voient une amélioration des déterminants de la QdV tels que le moral, le bien-être ou encore la fatigue, ainsi qu'un renforcement de l'image et de l'estime de soi. Sur le plan physique, certains y voient un

bénéfice en terme de reconditionnement et de renforcement musculaire, et un effet sur le statut pondéral. Enfin, un médecin voit l'activité physique comme un élément pouvant atténuer les effets secondaires de certains traitements.

Concernant les risques spécifiques liés à la prescription chez ces patientes, l'ensemble des participants s'accorde à dire qu'il n'existe peu ou pas de danger à prescrire de l'AP du moment qu'elle est raisonnée et adaptée à leurs possibilités et aux traitements qu'elles ont reçus. Nous aurions pu nous attendre à une certaine forme de réticence en ce qui concerne par exemple l'AP chez les patientes traitées par curage ganglionnaire avec lymphoedème résiduel. Or les participants soulignent la nécessité d'adapter le type d'activité dans ce cadre mais aucun ne le perçoit comme une contre indication, ce qui s'accorde avec les études menées sur le sujet (59),(60).
Il semble donc, à première vue, que si l'ensemble des participants perçoit l'activité physique comme bénéfique chez les patientes traitées ou en rémission d'un cancer du sein, peu la prescrivent en pratique en raison d'un défaut de connaissance et/ou d'information sur l'effet bénéfique d'une telle thérapeutique non médicamenteuse.

### 5.1.4 La notion de prescription d'activité physique vue par les médecins généralistes

Lorsque nous avons imaginé notre travail de recherche nous avons utilisé naturellement les termes de « prescription d'activité physique ». Mais que représentent en pratique ces termes pour les médecins généralistes ?
L'analyse des entretiens met en évidence des avis divergents quand à l'utilisation de cette définition. Pour certains, introduire de l'AP s'apparente à une prescription médicamenteuse mais son application en routine nécessiterait un support d'aide à la prescription.

#### 5.1.4.1 La notion de « conseil minimal »

Pour la majorité des participants, la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein trouve son ancrage dans la délivrance d'un conseil que l'on peut apparenter à la notion de conseil minimal.
Ces résultats sont retrouvés dans divers travaux : Ceux de MEYET qui portaient sur l'activité physique chez les seniors (61) ; Ceux de GUERIN et al. qui, dans une étude sur l'expérience des médecins généralistes en matière de prescription d'AP, observent que 409 utilisaient le conseil oral contre 59 pour la prescription écrite (58).

Le conseil oral était également considéré dans ce travail comme la méthode la plus efficace pour recommander la pratique d'une APR devant la prescription écrite (56,1 % versus 27,4 %).
Qu'il s'agisse du domaine de l'activité physique ou du sevrage tabagique, le conseil minimal semble adapté à la médecine générale d'autant plus qu'il est aisé à mettre en place.
Cependant, il a été montré que l'association conseil minimal / prescription écrite était plus efficace que le conseil minimal seul (62),(63).

#### 5.1.4.2 La prescription écrite

Dans notre travail, beaucoup de participants considéraient que pour parler de prescription, un support écrit type ordonnance était nécessaire.
Mais s'ils jugeaient utile de parler de prescription en matière d'AP, ils ne la rédigeraient pas en routine.
Ceci pour différentes raisons liées à l'encadrement des pratiques, au manque de formation et d'information sur le sujet ainsi qu'à l'insuffisance de supports associés à la prescription.

En 2011, en raison d'un faible recours par les praticiens à la prescription thérapeutique non médicamenteuse, la HAS a publié un rapport d'orientation visant à produire des recommandations sur le sujet. Dans ce rapport elle analyse les freins liés à ce type de prescription (64).
On retrouve notamment :

- **Des freins structurels liés :**

➢ au rôle socioculturel de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient.
➢ à l'organisation des soins.
➢ aux modalités de financement du système de santé.

- **Des freins plus spécifiques liés :**

➢ aux limites d'information et d'adhésion des médecins et du grand public au sujet des thérapeutiques non médicamenteuses recommandées.
➢ au défaut de l'offre de soin en termes de disponibilité et d'accessibilité des professionnels de santé et des professionnels spécialisés chargés d'accompagner les patients dans le suivi de ces thérapeutiques.

Face à ce constat la HAS, dans ce même document, proposait des pistes d'amélioration concernant :

➢ l'information des praticiens sur les thérapeutiques non médicamenteuses grâce à la diffusion de recommandations spécifiques.
➢ la rédaction d'ordonnances grâce à des brochures patients et des logiciels de prescriptions.

L'analyse des entretiens montre cependant que ces conseils peinent à être mis en pratique, peut-être encore en raison de difficultés à relayer l'information auprès des acteurs de soins primaires. Pourtant, elles répondent et cernent parfaitement les revendications émises par les participants de notre étude concernant la prescription écrite d'activité physique.

Un autre point abordé par PELLEGRIN dans sa thèse concernant l'aide à la prescription d'AP doit être souligné. En effet, si la plupart des médecins généralistes pensent que les conseils d'AP sont une forme de prescription au même titre qu'un médicament et s'ils sont globalement prêts à rédiger des ordonnances, le terme « d'ordonnance d'AP » reste à définir, et peut recouvrir différents types de prescriptions écrites plus ou moins détaillées (durée, intensité, type, fréquence de l'activité) (54).
Cette notion est importante car elle devra définir le degré d'implication du médecin généraliste dans la prescription.

En effet, deux hypothèses concernant la prescription peuvent être émises :

- La première serait que le médecin généraliste joue le rôle de médiateur entre une structure spécialisée où la patiente bénéficierait d'un encadrement par des professionnels formés permettant d'adapter les paramètres de l'activité physique (durée, intensité, type d'activité…). Dans ce schéma le MG aurait avant tout un rôle motivationnel et d'orientation.
- La deuxième serait que le médecin généraliste soit en mesure de rédiger lui-même l'ordonnance en déterminant les paramètres d'activité physique adaptés à la patiente.

Cette dernière hypothèse nous semble d'emblée limitée puisque peu de médecins généralistes utilisent à ce jour la prescription écrite en matière d'AP et peu sont formés dans ce domaine. Les formations permettant à ces praticiens de répondre à ce type d'impératifs pourraient être intégrées dans des formations abordant des thèmes sur l'AP ou sur la cancérologie. Mais elles demanderaient un investissement supplémentaire de la part des MG dont le temps serait la principale limite.

D'un autre côté, certains participants semblent réticents à la prescription écrite d'AP dans la mesure où ils considèrent que remettre une ordonnance au patient revient à lui ordonner de pratiquer une AP. Cette justification peut se discuter. Nous n'avons pas retrouvé d'études françaises analysant la perception qu'ont les patients de la prescription médicale.
Le conseil national de l'ordre des médecins précise qu'en matière de prescription médicale : « la liberté du patient reste entière et le médecin ne peut l'obliger à suivre le traitement qu'il a prescrit […] mais il doit lui en montrer le bien-fondé pour le motiver à respecter une prescription faite dans son intérêt. »
Il ne semble donc pas justifié de parler d'obligation imposée au patient à proprement parler, mais plutôt d'une manière de renforcer l'adhésion et de formaliser le conseil minimal.

### 5.1.5 Organiser la prescription d'activité physique chez ces patientes

Les représentations concernant l'organisation de la prescription d'AP chez ces patientes nous ont paru essentielles afin d'envisager des pistes permettant d'encourager et de développer cette pratique.
Il s'agissait dans cette sous partie de répondre aux quatre grands thèmes suivants.

#### 5.1.5.1 Où le médecin généraliste se situe-t-il par rapport à ce type de prescription ?

Comme nous le précisions plus haut, à l'inverse de certaines pathologies chroniques (diabète, pathologies cardio-vasculaires), le cancer fait peu l'objet de conseils en matière d'AP.
Pourtant, au cours de nos entretiens, nous avons pu remarquer que les participants jugent que la prescription d'APR chez les patientes traitées pour un cancer du sein fait partie intégrante de leur domaine de compétences et de leurs missions.

En tant que médecins de premiers recours, ils soulignent l'importance de la place qu'ils occupent auprès de leurs patientes et les connaissances approfondies qu'ils ont d'elles.
Pour AULAGNIER et al. (65), les médecins généralistes sont les professionnels de santé les plus régulièrement en contact avec la population. Ils peuvent donc jouer pleinement un rôle d'écoute, de conseil et de prévention.

LAPERCHE souligne qu'il est indéniable que les médecins généralistes occupent une place de choix auprès de leur patientèle (proximité et accessibilité, partage du milieu de vie, relation de confiance, suivi, continuité et coordination des soins, prise en charge globale)
Pour BURTON (67), il est donc une personne-ressource qui « accompagne le patient dans la vie de tous les jours, qui l'aide à l'améliorer et à se la réapproprier au fil des événements qu'il rencontre ».
La médecine générale constitue donc une « porte d'entrée » particulièrement propice pour faire de l'éducation pour la santé.

Concernant la place du spécialiste en cancérologie, beaucoup de participants estiment qu'il n'est pas le mieux placé pour prescrire de l'AP à ces patientes. La raison invoquée est liée à un manque de temps. Même si celui-ci constitue un frein majeur à la prescription d'AP, pour certains participants, le MG est plus à même de se rendre disponible pour aborder cette thématique que le spécialiste en cancérologie.

Par contre, le fait que le cancérologue conseille au patient d'aborder l'APR avec son médecin traitant en tant que thérapeutique non médicamenteuse, pourrait augmenter l'adhésion et la motivation du patient.

Certains participants ont évoqué des difficultés liées au parcours des patientes après le diagnostic de cancer, et particulièrement au cours de la phase de traitement. D'une manière générale, le MG garde une place dans le suivi des patientes en tant que médecin traitant. Il gère essentiellement les effets indésirables des traitements et coordonne les soins de support. Mais le motif de consultation n'est pas toujours en lien avec la pathologie cancéreuse ce qui rend difficile l'abord de l'AP dans le contexte.
Une partie des patientes serait également perdue de vue après le diagnostic, se rendant exclusivement aux consultations de cancérologie. BOICHE souligne cet aspect dans son travail de thèse sur le suivi des patients cancéreux en médecine générale (68).

Plusieurs arguments sont avancés pour expliquer ce phénomène :

- Certains liés aux patientes, pour lesquelles, après l'annonce du diagnostic de cancer, l'oncologue devient la personne ressource principale.
- D'autres liés à la relation entre le MG et le cancérologue pendant la phase de traitement. Les difficultés de communication qui peuvent exister entre les généralistes et les spécialistes sont souvent à l'origine de la perte de contact des patients cancéreux avec leur médecin traitant, une fois le diagnostic de cancer posé.

En raison de la fréquence accrue des consultations de cancérologie pendant la phase de traitement, il existe probablement une période où le médecin généraliste perd de vue ces patientes. En conséquence, il se peut que la continuité des soins soit interrompue, et que le médecin se désengage de la prise en charge.
Malgré tout, il récupère toute sa place dans le suivi post-thérapeutique des patientes en assurant la gestion organisée des autres pathologies, des séquelles somatiques et/ou psychologiques des traitements curatifs, le dépistage et la prévention d'une éventuelle récidive.

Les différentes phases de la prise en charge après le diagnostic sont donc importantes à considérer car les barrières et les difficultés à prescrire de l'activité chez ces patientes pourraient leur être directement reliées, en particulier au cours de la phase de traitement curatif.

### 5.1.5.2 Comment le médecin généraliste intégrerait-il la prescription d'AP dans la consultation ?

Lorsqu'on aborde la place que peut tenir une prescription non médicamenteuse telle que l'AP dans la consultation du généraliste, il existe deux possibilités :

- La première est d'intégrer la prescription dans une consultation dite « classique », c'est-à-dire qui n'est pas entièrement ciblée sur l'AP.
- La deuxième est de réaliser une consultation entièrement dédiée à la prescription.

Majoritairement les participants de notre étude retiennent la première possibilité.
Les raisons invoquées concernent le temps, la diversité des motifs de consultation et l'adhésion du patient.
Retenir une consultation dédiée à la prescription d'activité physique présenterait, bien entendu, des avantages : les patientes pourraient aborder les questions qu'elles se posent sur l'activité physique, lever les craintes éventuelles qu'elles ont par rapport à la maladie. Les médecins pourraient, quant à eux, évaluer les patientes sur le plan physique et psychologique et évaluer la faisabilité du projet.
Comme le souligne MARCUS, il a été prouvé que la consultation dédiée à l'arrêt du tabac avait un effet positif sur la diminution et l'arrêt du tabagisme. Cela prouve que le médecin a une influence importante sur les comportements et le mode de vie (69).
Nous supposons qu'il y aurait des résultats similaires en réalisant une consultation dédiée à l'activité physique.

Mais en pratique, le temps de consultation en médecine générale est court, (15 minutes en moyenne) et il est déjà partagé entre de multiples tâches et missions : réponse à la demande du patient, gestion de l'aigu, administration, etc.
Comme le soulignent certains, les patientes consultent souvent pour plusieurs motifs, et il serait difficile de mobiliser leur attention sur un sujet unique telle que l'AP, hormis dans les cas où la demande émanerait directement d'elle.

Il est dès lors plus facile d'en parler régulièrement, au fil des consultations, qu'au cours d'une consultation dédiée. Avec ce modèle, l'adhésion et la motivation des patientes pourraient également être renforcées.
En fonction de leur niveau de sédentarité, de leurs expériences passées en matière d'AP ainsi qu'au travers du vécu de leur pathologie, les patientes n'auront pas les mêmes capacités à modifier leur façon de vivre.

Répéter le conseil permettrait de faciliter cette étape de façon plus optimale que lors d'une consultation unique dédiée.

#### 5.1.5.3 Comment le médecin généraliste perçoit-il son rôle dans l'évaluation des patientes avant la mise en route d'une activité physique?

Qu'il s'agisse de la phase de traitement ou qu'il s'agisse de la phase post-thérapeutique, les conséquences de la maladie et de ses traitements ont des répercussions importantes, tant sur le plan psychique que physique.
Les effets secondaires des thérapeutiques initiées, le vécu de la maladie, le déconditionnement physique et la fatigue pourraient entraîner pour le MG une appréhension à prescrire de l'AP chez ces patientes. Or, notre analyse nous révèle que les médecins interviewés émettent peu de craintes et de réticences. Comme nous le soulignions en début de discussion, la plupart considère qu'ils n'encourent peu ou pas de risques à prescrire de l'AP chez ces patientes.

Concernant les précautions à prendre avant de prescrire ou conseiller de l'AP, il s'agit pour la majorité des cas d'une question de bon sens.
La principale crainte émise concerne la gestion du risque cardiaque notamment en raison de la cardio-toxicité de certaines chimiothérapies.

Malgré les avancées thérapeutiques dans le domaine de la cancérologie du sein et l'évolution des molécules utilisées en chimiothérapie, avec leurs effets secondaires propres, il ne semble pas que les traitements soient un frein à la prescription d'AP. En réalité, le MG se déclare à même d'évaluer les patientes, quel que soit le traitement qu'elles reçoivent ou ont reçu.
Beaucoup ont cependant souligné l'importance « d'adapter » l'AP à la patiente, à ses traitements, à ses possibilités, à ses envies.
Lymphœdème et port de charges lourdes ont été évoqués. (M6)

Pour les participants, l'évaluation globale et les éventuelles précautions qui en découlent, est la résultante de la décision médicale partagée entre :

- le praticien, qui a une vision d'ensemble de la patiente.
- la patiente, au travers de sa motivation, de ses envies et de sa capacité à percevoir les bénéfices d'une telle thérapeutique.

Par contre, les avis sont mitigés en ce qui concerne l'évaluation des paramètres d'AP (type d'AP, intensité, durée).
Pour quelques participants, il s'agit d'un rôle pour lequel le MG pourrait être l'acteur.
Pour d'autres en revanche, il existe des limites.
Par exemple, aucun n'a mentionné l'utilisation de questionnaires, de tests ou d'échelles d'évaluation aussi bien en ce qui concerne l'évaluation des capacités physiques que psychiques. Il semble donc exister une méconnaissance des outils disponibles. Certains regrettent aussi le manque de référentiels à disposition.

Le temps est également évoqué comme un facteur limitant.
Une solution mentionnée par les participants pourrait être la mise à disposition d'une interface dans laquelle les patientes pourraient bénéficier d'une prescription adaptée et individualisée pour initier une activité physique. Dans un travail sur les besoins et les limites liés à la pratique de l'activité physique en consultation de médecine de premier recours, MERCIER et MARTIGNE constataient que :
*« Les médecins généralistes manquaient de temps pour réaliser cette prise en charge spécifique et qu'elle pourrait être réalisée par des éducateurs formés à la pratique des activités physiques adaptées à la santé (APA) et favoriser la pérennisation de l'AP » (70).*
Nous y reviendrons.

### 5.1.5.4 Vers quelles structures orienteraient-ils ces patientes ?

Cette question s'est avérée particulièrement délicate et nous avons dû relancer la majorité des participants pour obtenir des éléments de réponse.
Plusieurs possibilités ont été évoquées :

- <u>Les salles de sport conventionnelles,</u> que nous définissons par des lieux où la pratique sportive est libre et peu ou pas encadrée. Il apparaît de façon logique, en raison des conditions physiques de ces patientes, que la quasi-totalité des participants s'accorde à dire qu'il s'agit de structures non adaptées dans ce cas-là. De plus l'enjeu financier, le risque de blessure et les contraintes horaires sont également invoqués comme un frein à l'utilisation de ces structures.

- <u>Le recours à des structures spécialisées avec des professionnels formés dans le domaine de l'AP et de la cancérologie.</u> Comme nous l'avons montré dans notre analyse, de nombreux médecins interviewés jugent utile d'orienter ces patientes vers un environnement spécialisé, pouvant bénéficier d'un plateau technique et de professionnels formés dans le domaine de l'APA.

Même si la plupart des participants semblent ignorer l'existence de structures de ce type, ils évoquent spontanément ce concept.
En réalité, il s'agit d'une idée déjà existante. Le 10 avril 2015, les députés de l'assemblée nationale, dans le cadre de la loi santé, ont adopté un amendement visant à encadrer la prescription d'AP chez certains patients atteints de maladies de longue durée et notamment d'un cancer du sein. Il s'agit d'une avancée réelle qui vient poser un cadre législatif aux différentes initiatives qui ont déjà été entreprises sur le territoire.

A titre d'exemple, il paraît indispensable de citer « l'expérience strasbourgeoise ». Lancée en novembre 2012 et baptisée « Sport santé sur ordonnance », elle regroupe la ville de Strasbourg, la caisse du Régime local d'Assurance Maladie, l'Agence Régionale de Santé **(ARS)** et plusieurs partenaires associatifs. L'objectif principal était de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé de certaines pathologies chroniques, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Initialement, seules trois pathologies étaient concernées : l'obésité, le diabète type 2 et les maladies cardiovasculaires stabilisées. Le dispositif inclut désormais le cancer du sein et du colon.
En pratique, les médecins généralistes, signataires de la charte d'engagement, pouvaient prescrire une activité modérée et régulière selon leur appréciation et orienter le patient vers une équipe d'éducateurs médico éducatifs formés dans le domaine de l'APA et des pathologies chroniques. Le ou la patiente bénéficiait par la suite d'une évaluation individualisée, puis était orienté vers une association sportive adaptée à ses besoins et adhérente au dispositif. Le suivi était effectué par un médecin vacataire et coordinateur (annexe 10). Le financement était assuré en partie par les collectivités locales la première année puis calculé au prorata des revenus des patients pour les années suivantes.
Plus de 170 MG ont, à ce jour, adhéré au concept permettant la prescription de plus de 800 ordonnances et plus de 500 patients ont participé au dispositif en 2013. Ces chiffres sont en hausse en 2014 et 2015 et ont permis une évolution du dispositif. Ainsi les patientes ayant un cancer du sein en rémission peuvent désormais bénéficier de cette prescription. A ce jour, plusieurs villes ont repris ce concept.

On pourrait également citer l'association CAMI Sport et Cancer qui est une Association Loi 1901, à laquelle sont affiliés les Comités départementaux ou régionaux CAMI à travers une Charte Sport et Cancer garantissant la cohérence et l'homogénéité des pratiques sur le territoire.
Elle s'appuie sur un réseau d'éducateurs sportifs professionnels, titulaires du diplôme universitaire « Sport et Cancer » de l'Université Paris 13 et sur une Commission Scientifique d'experts renommés.

Elle dispose aujourd'hui de 60 centres d'accueil sur le territoire en ville et à l'hôpital, répartis dans 21 départements.
Un site complet comportant de l'information pour les patients et les professionnels de santé est à disposition à l'adresse suivante : http ://www.sportetcancer.com/fr, 1,5254,96433.html

Il existe donc un certain nombre de structures et de dispositifs qui se déploient sur le territoire. Cela permet une évaluation globale et individualisée par des professionnels formés dans le domaine de l'APA et du cancer des patientes traitées pour un cancer du sein.
Ces structures pourraient répondre à la demande exprimée par nos participants. Cependant nous avons mis en évidence que les médecins interrogés ignorent l'existence de ces réseaux. Il semble une fois de plus que l'information ne leur soit peu ou pas relayée.

- Le recours aux Masso-Kinésithérapeutes **(MK)** semble être une alternative intéressante pour initier de l'AP chez ces patientes. Il s'agit de professionnels avec lesquels le MG a l'habitude de travailler et pour lesquels la prescription n'a cessé d'augmenter (71).

Même si des études ont pu montrer qu'il existe une certaine méconnaissance en ce qui concerne les thérapeutiques réellement mises en œuvre par les MK, la prescription de masso-kinésithérapie est apparentée à une prescription médicamenteuse par les praticiens (71).
Le MK permettrait, selon les participants, d'adapter l'AP en initiant les bons mouvements. De plus, sa participation pourrait répondre à des contraintes liées aux horaires ou au lieu de prise en charge puisqu'il existe une densité importante de ces professionnels de santé sur le territoire. Certains suggèrent même la création de cours collectifs encadrés par des MK.

Peu d'études disponibles se sont intéressées à comparer le rôle et les compétences des MK et des professionnels en APA. Cependant, celles qui l'ont fait indiquent qu'il peut exister une complémentarité entre les deux disciplines. La principale différence réside dans certains types d'actes médicaux que seul le MK peut réaliser. Mais comme le souligne l'Institut National du Cancer **(INCa)** : « Le Masseur kinésithérapeute est spécialisé dans la rééducation des mouvements des différentes parties du corps. Son intervention a pour but d'aider le patient à maintenir ou récupérer une facilité de mouvements. Il a une place importante dans la prise en charge de certains effets de la maladie et des traitements. » Le MK pourrait donc, au même titre que les professionnels en APA, jouer un rôle dans la mise en place d'activités physiques chez ces patientes. Reste à en préciser les modalités.

➢ L'activité sous forme libre : pour certains participants, il est impératif de respecter le choix de la patiente et on pourrait, en l'absence de structure et dans une certaine mesure, laisser la patiente pratiquer de l'activité physique seule du moment que celle-ci reste adaptée à ses possibilités. Dans cette dernière hypothèse le MG aurait l'entière gestion de la prescription.

### 5.1.6 Représentation des facteurs facilitants et des freins à la prescription d'activité physique chez ces patientes

#### 5.1.6.1 Facteurs facilitants

Lors de nos entretiens, nous avons cherché à savoir quels étaient les facteurs susceptibles d'influencer positivement ou négativement la prescription d'AP chez ces patientes.
Parmi ces facteurs, l'information et les formations tiennent une place importante.
Quelle que soit l'implication du médecin dans la prescription, la majorité a éprouvé le besoin d'être davantage informée et formée sur le sujet.
Plusieurs possibilités peuvent être envisagées pour répondre à cette attente :

➢ La formation médicale continue, désormais remplacée par le Développement Professionnel Continu (**DPC**), permet de dispenser des formations de courte durée aux médecins, répondant ainsi aux attentes évoquées dans notre analyse.

L'intégration d'un module centré sur l'AP dans la prise en charge du cancer paraît donc envisageable.
Cependant le DPC mis en place en 2013 comporte certaines limites :

- il suppose, dans notre cas, que l'organisme auquel est rattaché le médecin dispense une formation sur le sujet.
- le DPC étant une démarche individuelle, le praticien n'est pas dans l'obligation de choisir une formation portant sur ce sujet.
- le financement du DPC par les organismes payeurs s'échelonne sur sept demi-journées par an, ce qui reste peu en pratique.
- enfin, il faudrait pouvoir évaluer de manière qualitative et quantitative l'impact d'une telle formation sur la prescription d'activité physique chez ces patientes.

➢ La contribution de visiteurs médicaux qui viendraient directement au cabinet du médecin pour lui dispenser de l'information a été évoquée par un participant.

L'idée est séduisante, d'autant plus qu'il s'agit d'une méthode plébiscitée par les médecins généralistes.

Deux études ont montré la place importante que jouent les visiteurs médicaux comme source d'information auprès des médecins. La première est un travail de thèse réalisé en 2005 portant sur les moyens d'information de 800 médecins généralistes français (72). La deuxième est un sondage IPSOS réalisé pour le compte de la HAS portant sur 800 praticiens libéraux (73). Les visiteurs médicaux occupent respectivement la deuxième et la troisième place comme source d'information auprès des médecins.

Mais si les études attestent que les médecins généralistes sont attachés à ce support informatif qui donne un accès rapide à l'information médicale sur les thérapeutiques médicamenteuses, son utilisation dans la prescription d'une thérapeutique non médicamenteuse semble difficilement envisageable. En effet, les visiteurs médicaux représentent le premier poste en termes d'investissement marketing de l'industrie pharmaceutique (74). Il existe donc un enjeu financier qui va bien au-delà d'une simple source d'information destinée aux professionnels de santé. La promotion de l'activité physique n'y a probablement pas sa place.

- La mise à disposition de supports d'information pour le médecin et pour le patient qui pourraient accompagner la prescription. Un support écrit type « brochures » est évoqué dans nos entretiens.

Concernant l'activité physique, ce concept existe également. En Savoie par exemple, un document d'information écrit destiné aux professionnels de santé leur est envoyé pour leur présenter le programme « Bouger sur prescription en Savoie »(75). Ce document a été validé conjointement par l'ARS, l'Assurance Maladie et l'autorité préfectorale. Il permet d'informer les professionnels libéraux en ce qui concerne : les enjeux, les objectifs, la population ciblée, les acteurs de l'offre sportive et de mobilité, ainsi que sur les modalités d'information et de conseil de prescription et d'orientation des patients. Des informations pour les patients ainsi que pour les professionnels sont également disponibles sur le site internet http ://www.bougersurprescription.fr/ou-pratiquer

Des brochures ont également été développées dans d'autres villes pour encourager la prescription d'AP chez les patients sédentaires en prévention tertiaire comme en prévention primaire.

Il subsiste cependant quelques interrogations quant à l'efficacité et l'impact d'une telle source d'information sur la prescription d'activité physique en prévention tertiaire. Tout d'abord, nous n'avons pas retrouvé d'études comparant spécifiquement la prescription chez des médecins disposant ou non de la brochure. Ensuite, il s'agit d'actions éparses sur le territoire et probablement inégalement réparties en fonction de l'implication et de la sensibilisation des acteurs de promotion de l'activité physique dans les différentes villes. Enfin, ces brochures concernent la prescription d'activité physique de façon générale, c'est-à-dire aussi bien chez des patients porteurs de

pathologies chroniques que sédentaires et indemnes de tout problème de santé. Dès lors, il peut être difficile pour le praticien de discerner les pathologies pour lesquelles il peut proposer de l'APA et, comme nous l'avons souligné plus haut, certaines comme le cancer du sein, peuvent être laissées pour compte (58).

L'influence que peuvent avoir la motivation et la dynamique des patientes à pratiquer de l'activité physique est aussi évoquée. En réalité, il s'agit d'un facteur pouvant limiter ou freiner la prescription. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les interviewés soulignent que l'adhésion des patientes à la prescription est un prérequis indispensable.

### 5.1.6.2 Représentation des freins émis par les médecins

Plusieurs freins à la prescription d'AP chez ces patientes ont été évoqués dans les chapitres précédents. Notamment le manque de formation et d'information sur le sujet. D'autres freins perçus comme limitant les possibilités de prescription d'APR sont en fait des freins qu'émettraient les patientes (facilité d'accès, enjeu financier, fatigue, image du corps…) et seront détaillés ultérieurement.

Parmi les autres freins évoqués on retrouve :

- L'adhésion et la motivation des patientes à pratiquer de l'activité physique.

Ce frein a un double impact. Pour le prescripteur d'une part, qui comme nous l'avons vu, prescrit mais n'impose pas, ce qui signifie qu'il ne peut que motiver et inciter les patientes à pratiquer de l'AP.

Pour les patientes d'autre part car il s'agit, selon les médecins, d'une des principales difficultés qu'elles pourraient rencontrer.

Selon PROCHASKA et DICLEMENTE dans leur modèle transthéorique, un changement de comportement peut être conceptuellement décomposé en différents stades : l'indétermination ou pré-intention, l'intention, la préparation, l'action, et le maintien ou consolidation (annexe 9). Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve et pouvoir adapter ses modes d'intervention à chaque étape. Il s'agit donc d'une vision dynamique et non linéaire des comportements avec des cycles de fonctionnement comportant des régressions et des progressions. Le passage d'une étape à une autre provoque ainsi une croissance de l'activité physique et de la confiance en soi (76).

Ce constat engage une réflexion sur la capacité du médecin à évaluer le niveau de motivation dans lequel se trouvent les patientes pour mettre en place des actions qui renforceraient l'adhésion à la pratique d'une AP. Pour exemple, certaines études interventionnelles ont montré que chez des

individus prédisposés à faire de l'exercice (phase de contemplation ou de préparation) des conseils spécifiques à la définition des objectifs à atteindre étaient efficaces. Alors que de telles recommandations demeureraient inefficaces chez les sujets n'ayant pas l'intention de s'engager dans une APR (phase de précontemplation ou indétermination).

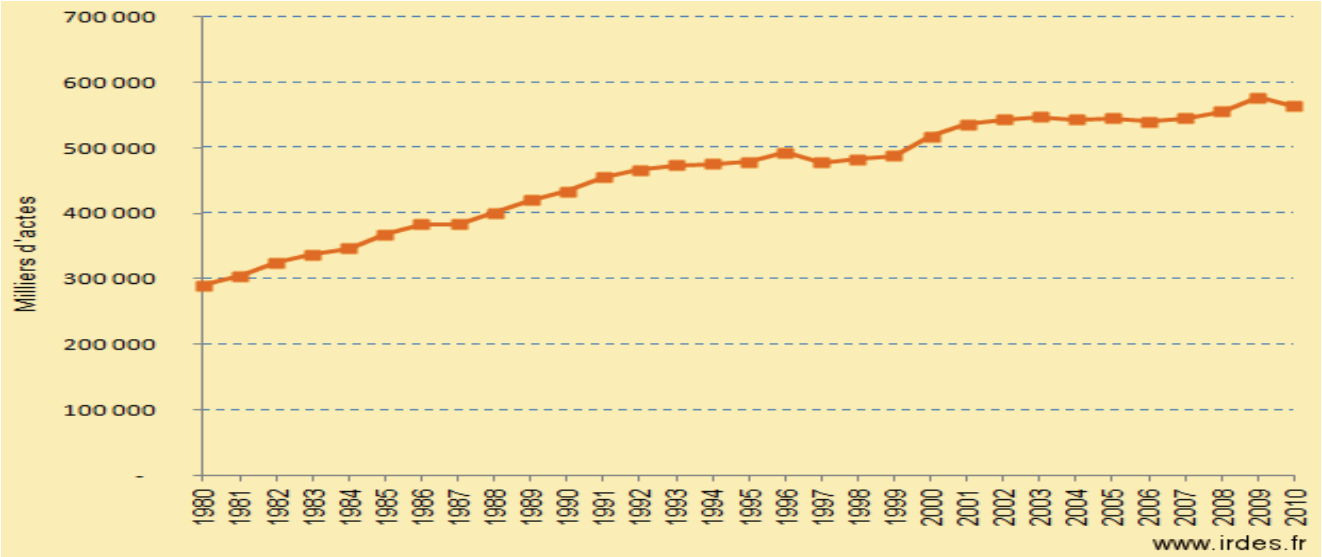
Comme le soulignent certains interviewés, la capacité des patientes à adhérer à la pratique d'une APR est avant tout individuelle et dépendante de facteurs intrinsèques (pratique d'une activité antérieure, perception des bénéfices, degré de fatigue…) et extrinsèques (type de traitements…). On peut supposer qu'en identifiant le stade motivationnel dans lequel se trouve la patiente, le médecin généraliste pourrait adapter son discours et agir sur différents facteurs (bénéfices, risques, freins etc..) pour faire pencher la balance décisionnelle en faveur de la pratique d'une APA.
Comme nous le verrons plus tard, s'il est intéressant de considérer ces différents stades de motivation, la prise en compte des freins émis par les patientes l'est tout autant pour initier ou pérenniser un changement de comportement.

- La gestion du temps.

Qu'il s'agisse du temps imparti aux consultations ou du temps consacré à la formation, le temps est un facteur redondant dans le discours de nos participants.
Selon une étude menée en 2002 par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (**DRESS)** la durée moyenne d'une consultation de médecine générale était évaluée à 15 minutes. Concernant les consultations de prévention, la durée moyenne était estimée à 16 minutes (77). Cette étude est toutefois ancienne, et les pratiques ont pu évoluer.

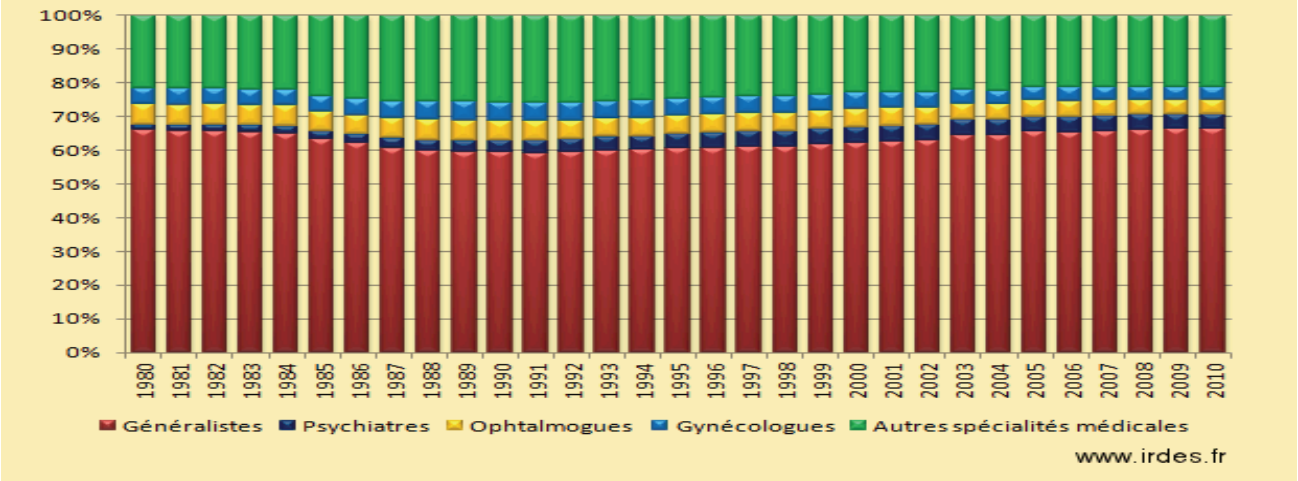
Néanmoins, l'activité du généraliste a subi une croissance exponentielle depuis les années 80. Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (**IRDES**), l'activité toutes spécialités confondues des médecins libéraux, évaluée en « milliers d'actes pratiqués par an », a doublé entre 1980 et 2010. Ainsi, même si le pourcentage de consultations pratiquées par les généralistes, au sein de toutes les spécialités confondues, est stable aux alentours de 66 % (Schéma 2), l'activité du généraliste est en forte hausse (Schéma 1).

***Schéma 1 : Evolution de l'activité des médecins libéraux***




Source : www.ecosante.fr, Données : Snir, Cnamts

***Schéma 2 : Part des consultations effectuées par les différentes professions médicales***




Source : www.ecosante.fr, Données : Snir, Cnamts, 2010

Au sein de cette majoration d'activité, c'est aussi la multiplicité des motifs de consultation qui est évoquée par les interviewés. A travers ces motifs, la prévention d'activité physique chez nos patientes n'est probablement pas toujours une priorité pour le généraliste.

De nombreux travaux et enquêtes concernant la prévention au sens large du terme ont été menés auprès de médecins généralistes dans différentes régions de France. A chaque fois le temps revient comme une des principales limites aux activités de prévention en soin primaire. Le baromètre Santé Médecins généralistes 2009 publié par l'INPES confirme cette tendance puisque sur 2083 MG de

France métropolitaine interrogés, 68,4 % jugent que disposer de plus de temps serait l'élément principal permettant de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation (78).

Les patientes auxquelles nous nous intéressons et qui présentent des aspects psychosociaux et physiques particuliers rendent cet enjeu encore plus complexe. Comme nous le soulignions précédemment, un simple conseil n'est probablement pas suffisant pour initier une activité physique dans ce cadre. L'évaluation doit intégrer l'ensemble des capacités et des éléments propres à la patiente afin d'adapter l'AP, majorant le temps consacré à la prescription.
Trouver des solutions permettant de concilier l'activité du généraliste et la prescription d'activité physique dans le cadre de son activité de prévention semble donc indispensable. Certaines ont déjà été évoquées, comme le recours à des professionnels paramédicaux, à des structures ou à des moyens d'information pour les patientes. A cet effet, une homogénéisation des pratiques doit être envisagée dans l'avenir.

#### 5.1.6.3 Les freins que pourraient émettre les patientes selon les médecins généralistes.

Plusieurs travaux ont décrit différents freins liés à la pratique d'une AP présentée par les patients atteints de cancer. Certains se sont intéressés plus spécifiquement au cancer du sein.

L'Association Francophone pour le Soins Oncologiques de Support **(AFSOS)** a publié dans son référentiel inter-régional en soins de support un document qui regroupe les freins au développement de l'AP pendant et après cancer du sein.

| |
|---|
| ▪ **L'état de santé**<br>➢ L'état clinique : douleur, limitations articulaires, lymphœdème, mastectomie<br>➢ L'état fonctionnel : difficultés dans les mouvements de la vie quotidienne<br>➢ L'état général : fatigue, variation de poids<br>➢ L'état psychologique : dépression, anxiété, image de soi |
| ▪ **La peur ou appréhension** : des mouvements ou exercices |
| ▪ **Les freins culturels** : à la pratique d'une activité physique, absence d'envie |
| ▪ **Les freins pratiques** : manque d'information, absence de lieu de pratique, accessibilité, conditions de pratique, coût |

Source : Activité Physique Adaptée, Rééducation et Cancer du sein, AFSOS, 2013

Ces freins sont retrouvés dans la plupart des études portant sur le sujet. Par ailleurs, des facteurs prédisposants ont également été identifiés comme associés de manière significative à une diminution de la pratique d'AP après le diagnostic de cancer du sein. Ainsi, l'obésité et le surpoids antérieur, les milieux éducatifs défavorisés, le manque de discipline, le manque de temps ont été cités. (79).

D'autres études quantitatives et qualitatives ont décrit les freins à la pratique d'une AP chez ces patientes en distinguant des freins externes ou barrières dites situationnelles et des freins internes ou barrières intrapersonnelles (80) :

- Barrières situationnelles : le manque de temps, le climat, l'éloignement géographique, les difficultés d'accès aux structures, le manque de soutien social et institutionnel.
- Barrières intrapersonnelles : la fatigue, le manque de motivation, l'apparence que renvoient ces patientes, la perte de leur identité, les limitations fonctionnelles liées au déconditionnement physique, les effets secondaires des traitements et des comorbidités associées au cancer.

Dans notre étude, les participants ont perçu comme freins à la pratique d'une activité physique, des facteurs intrinsèques et extrinsèques :

- **Les facteurs intrinsèques concernaient :**

- La fatigue, le déconditionnement physique et l'image du corps :

L'atteinte de l'intégrité physique liée aux traitements est fréquente dans le cancer du sein, l'atteinte des phanères de la peau et des cheveux, les mutilations liées à la chirurgie et en particulier le lymphœdème du bras, l'asthénie, la fatigue ou la prise de poids, sont autant de modifications et de transformations de la personne qui peuvent être source de barrières à la pratique d'une activité physique. Le rôle du médecin généraliste, au-delà du repérage précoce de ces symptômes, est de trouver des stratégies appropriées pour convaincre la patiente des bénéfices d'une AP régulière et adaptée. En ce sens, il doit pouvoir s'entourer de professionnels capables de l'aider dans cette démarche. Les psychologues peuvent, par exemple, être des alliés de choix pour prendre en charge les représentations qu'a la patiente de sa maladie et de son corps.

La fatigue est un des symptômes les plus fréquemment rencontrés dans les traitements liés au cancer du sein. Elle est le plus souvent d'origine multifactorielle, rendant son évaluation particulièrement difficile. Pour espérer qu'elle ne constitue pas un frein majeur à l'adhésion de la patiente, le médecin généraliste doit être en mesure de la repérer de manière précoce. Certains outils tel que le MFI 20 (81) (annexe 11), dont l'utilisation en cancérologie a été démontrée et validée en français, pourraient être utilisés dans ce sens (82). Il s'agit d'un questionnaire intéressant

car il permet en quelques minutes d'évaluer la fatigue ressentie par les patientes de manière multidimensionnelle en tenant compte de la fatigue physique, mentale et générale ainsi que de la diminution des activités et de la motivation (83). Le médecin doit également être informé des bénéfices attendus de l'APA sur la fatigue afin d'intégrer cette information dans son argumentaire et faire pencher la balance décisionnelle vers la pratique d'une APR.

- L'adhésion

L'adhésion des patientes est un prérequis indispensable à la pratique d'une activité physique régulière.
Certains de nos participants évoquent les difficultés rencontrées en cas de refus de la patiente.
Mais c'est peut-être là que se situe le rôle princeps du médecin généraliste dans cette démarche.
A travers le lien qui l'unit aux patientes, il est à même de les convaincre du bénéfice attendu d'une APR dans de telles circonstances.
Bien entendu, cette démarche passe avant tout par l'identification des autres freins et du degré de motivation que présente la patiente.

- La pratique antérieure d'une activité physique

Pour un de nos participants, l'inactivité avant le diagnostic serait une difficulté supplémentaire à l'adhésion des patientes à la pratique d'une activité physique. Ce constat nous semble pertinent et se confirme dans les travaux qui étudient les déterminants prédictifs d'un maintien de l'AP et du suivi des recommandations internationales d'AP (84).

- **Les facteurs extrinsèques concernaient :**

- L'accessibilité aux structures et les horaires:

Soulignée dans certains travaux portant sur l'activité physique et les maladies chroniques ainsi que dans le travail de WURZ et al**.** chez les femmes traitées pour un cancer du sein (80), l'accessibilité aux lieux de pratique d'une APA et les contraintes liées aux horaires peuvent être un frein majeur à l'engagement dans la pratique d'APR à long terme.
La phase de traitement, notamment en cours de chimiothérapie ou de radiothérapie, peut s'avérer chronophage pour les patientes, occasionnant parfois d'importants déplacements.
En post-traitement, la reprise d'une activité professionnelle, les contraintes familiales et sociales sont également des éléments renforçant la démotivation voire la non-adhésion au projet thérapeutique en cas de contraintes horaires et de difficultés d'accès aux structures.

Pour remédier au mieux à ces situations, le MG doit, dans la mesure du possible, connaître les différentes structures départementales disponibles vers lesquelles il peut facilement orienter ses patientes pour la pratique d'une APA.

Par exemple, dans les Alpes Maritimes, nous pouvons citer le projet « GYM APRES CANCER ». Ce programme a été initié en 2009 par le Comité Départemental d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire des Alpes-Maritimes (**Codep EPGV 06**), suite à l'appel à projet du Ministère de la Santé et des Sports intitulé « Activité physique et personnes atteintes de maladies chroniques ». Il permet la mise en place de séances d'APA auprès de personnes atteintes de cancer en traitement ou en rémission, en s'appuyant sur le maillage territorial des permanences de la Ligue contre le Cancer (15 pour le 06) et sur les clubs de Gymnastique Volontaire (66 pour le 06). Pour faciliter le développement du programme, un site internet est disponible à l'adresse suivante : https ://sites.google.com/site/gymapres/home, ainsi qu'une fiche d'information pour les médecins (annexe 12).

➢ L'enjeu financier

Dans les études portant sur les freins émis par les patientes, le coût engendré par la pratique d'une activité physique ne représente pas une barrière fréquemment rencontrée.

Malgré tout, dans les pathologies chroniques, le coût de l'AP est à considérer comme un frein potentiel à l'engagement des patients dans une démarche de changement et une activité physique trop onéreuse risquerait de compromettre l'accès à cette pratique pour les plus démunies.

Dans notre étude, la majorité des médecins considère qu'il ne revient pas pour autant à l'Assurance Maladie de prendre en charge la totalité du financement de la prescription d'activité physique. Deux argumentaires expliquent ce point de vue :

- d'une part, une participation financière émanant de la patiente pourrait renforcer et démontrer sa motivation et son engagement vers une démarche de changement passant par l'activité physique.

- d'autre part, en tant que thérapeutique non médicamenteuse intégrée dans une démarche de prévention, la prescription d'AP a pour but de diminuer la morbi-mortalité et les conséquences psychosociales engendrées par la pathologie. Une des résultantes est donc de réduire significativement les coûts imputés à la survenue de récidive et de complications et non de générer des coûts supplémentaires.

Nous n'avons pas retrouvé, à ce jour, d'études qui chiffrent de manière précise l'économie qui pourrait être faite par la pratique d'une APR chez les patientes survivantes d'un cancer du sein.

L'impact économique de la sédentarité est également mal évalué en France, mais l'impact de la diminution de la sédentarité dans la population générale d'autres pays comme les Etats Unis, la Suisse (85) ou le Canada (86), serait estimé à plusieurs millions d'Euros.
En France, en 2012, l'Institut Mutualiste de Promotion des Activités Physiques et Sportives (**IMAPS)**, une société affiliée à la Mutualité Française et dédiée à la pratique du « *sport santé* », considérait que l'Assurance Maladie pourrait économiser 56,2 milliards d'euros par an si elle finançait, à hauteur de 150 euros par an et par personne, une APS adaptée à 10 % des patients relevant du système ALD. Les modalités précises de cette étude ne sont cependant pas connues (87).
On peut dès lors supposer que les bénéfices occasionnés par la baisse de la sédentarité à long terme chez ces patientes (prévention des complications cardio vasculaires, de l'obésité, de la récidive de cancer…) devraient impacter de façon significative les coûts induits par la maladie. Des études devront le prouver.

A ce jour, le financement des programmes d'APA développés sur le territoire n'est pas homogène. Il est le plus souvent participatif, faisant collaborer des collectivités locales et territoriales, des ARS, des mutuelles, des associations et des fondations.
A titre d'exemple dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), le programme KAPA, lancé en 2012 à Marseille par l'Hôpital Européen et le Groupe Associatif Siel Bleu, finance une heure d'APA par semaine pendant douze semaines aux patientes intégrant le dispositif après avoir réalisé un bilan adapté. Ce dispositif est entièrement gratuit et financé par le GEFLUC (Groupement des Entreprises Françaises dans la Lutte contre le Cancer), la Fondation ARCAD (Aide et Recherche en Cancérologie Digestive) et l'association ARCCHIMEDD (Association de Recherche Clinique en Chirurgie et Médecine Digestive). Il se développe en 2014 grâce au soutien de l'ARS PACA.

- La période de traitement

Pour un de nos participants, initier de l'AP ne se conçoit qu'après la phase de traitement. Il est légitime de percevoir une difficulté supplémentaire à prescrire de l'AP en phase de traitement en raison des effets secondaires et de la fatigue physique et psychologique ressentis par les patientes et perçus par le médecin.
Cependant cette difficulté n'a été évoquée spontanément que par un seul participant. Il n'est donc pas certain que cela constitue un frein supplémentaire pour les patientes. En réalité, les freins liés aux traitements (fatigue, effets secondaires…) doivent être considérés de manière individuelle, ceci d'autant plus que les études s'accordent à dire qu'il existe de réels bénéfices sur les conditions physiques et psychologiques à débuter une AP dès le diagnostic de cancer posé (88), (89).

### 5.1.7 Regard des médecins généralistes sur le concept « d'activité physique adaptée » dans le contexte

#### 5.1.7.1 Définition et concept d'activité physique adaptée (APA)

Né à la fin des années 1970 au Québec, le concept d'APA arrive en Europe en 1979 dans le cadre du deuxième congrès de la Fédération Internationale en Activité Physique Adaptée (FIAPA) qui se tient à Bruxelles. Mais il ne sera intégré en France que vers les années 1990 par la direction de l'enseignement supérieur dans les Unités de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives **(UFR STAPS)**. En 2007, le sigle APA est élargi à celui d'APA-S, « Activité Physique Adaptée & Santé ».

La première définition est apportée par De Potter en 2004 qui définissait l'APA comme « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

Ce concept est repris en France en 2008 dans le Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive **(PNAPS)**, pour lequel l'APA « correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filières APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et master). Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour analyser les ressources et les besoins spécifiques des populations et concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui utilisent des activités physiques adaptées à des fins d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et d'intégration, en articulation avec d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social ».

La pratique d'une APA en prévention tertiaire de certaines pathologies chroniques a été soulignée à de nombreuses reprises dans différents programmes de promotion de l'activité physique en France.

- Le Programme National Nutrition Santé **(PNNS 3)** 2011-2015 recommande dans la mesure 2.19 de l'axe 2 de « Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes atteintes de maladies chroniques » (90).
- Le PNAPS recommande dans son chapitre « prévention tertiaire » le développement d'AP adaptée aux personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies rares ou de handicap, et la création de projets « Sport-santé » (91).

Plus spécifiquement en ce qui concerne le cancer du sein :

- La mesure 8.6 du troisième plan cancer 2014-2019 souligne la nécessité de promouvoir l'activité physique encadrée et ajustée, ainsi que des comportements nutritionnels adaptés afin de diminuer la fatigue cancéro-induite, améliorer la QdV et augmenter la survie après cancer.

➢ Le 10 avril 2015 l'assemblée nationale, dans le cadre de la loi santé, a voté à l'unanimité l'amendement 917 déposé par l'ancien ministre de la Jeunesse, l'Education populaire et la Vie associative, le Dr Fourneyron (92). Cet amendement proposait d'inclure à l'article 35 de la loi santé l'article 1142.30 qui stipule que : « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »

- « Les activités physiques adaptées sont dispensées par des organismes soumis aux dispositions du code du sport et labellisés par l'ARS et par les services de l'État compétents, dans des conditions prévues par décret. »
- « Une formation à la prescription d'une activité physique adaptée est dispensée dans le cadre des études médicales et paramédicales ».

Cet amendement est particulièrement intéressant car il légifère la prescription d'APA dans les pathologies chroniques tel que le cancer du sein.

### 5.1.7.2 Les instances et les acteurs de l'APA

A ce jour, deux instances principales représentent les APA en France :

➢ L'AFAPA (Association Francophone en APA), créée en 1997, rassemble des enseignants universitaires de la filière STAPS APA. L'objectif principal de cette association est de promouvoir l'organisation régulière de journées scientifiques en APA d'expression francophone.

➢ La SFP-APA (Société Française des Professionnels en APA) est une association loi 1901, créée en 2007 par et pour les professionnels en activités physiques adaptées issus de la filière STAPS. La formation universitaire est le point fort de l'association dont les finalités sont de développer les savoirs et savoirs pratiques, propres aux métiers de ces professionnels. La SFP-APA est une association représentative des professionnels en APA, dotée d'un pouvoir de représentation auprès des instances publiques et privées.

La formation reconnue au niveau des instances gouvernementales dans le domaine de l'APA est inscrite dans le répertoire national des certifications professionnelles **(RNCP)** qui à pour objet de regrouper les diplômes, les titres et les certifications reconnus sur le plan national.

La règlementation vise à éviter l'enseignement d'APA contre rémunération sans diplôme reconnu par l'Etat (Décret du 27 aout 2004, art. L. 363.1 Code de l'Education, art. L. 212.1, Code du Sport)

Trois niveaux de formation sont actuellement reconnus par le RNCP (93) :

➢ la licence STAPS parcours « APA et santé » (bac + 3) donne le statut d'enseignant en APA. Ce statut permet notamment à l'enseignant de :

- prendre en charge des patients en situation de handicap ou de pathologies chroniques au sein d'un projet global de prévention, de réadaptation ou d'intégration.
- de pratiquer un bilan d'évaluation initial tout en respectant d'éventuelles contre-indications et de concevoir un programme personnalisé.
- d'assurer l'évaluation des programmes entrepris et d'assurer la coordination avec les professionnels de santé et notamment ceux de premiers recours.

➢ le master STAPS, parcours réhabilitation par les APA (bac + 5) donne le statut de cadre et permet aux professionnels de coordonner la mise en place des projets en APA au sein de structures.

➢ le doctorat en Sciences du Mouvement Humain lié aux APA (bac + 8) donne le statut de chercheur.

A chaque niveau de formation correspondent donc des compétences spécifiques résumées dans les fiches du RNCP dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé, l'autonomie, la qualité de vie et la participation sociale des usagers et indirectement, les coûts de santé.

Il existe également un diplôme universitaire « DU Sport et cancer » complétant la formation et ouvert au MKE.

#### 5.1.7.3 L'APA vue par nos participants

Dans notre enquête, nous avons souhaité savoir ce que représentaient les termes d'« Activité Physique Adaptée » dans ce contexte. La majorité des MG a reconnu l'intérêt d'adapter l'AP chez ces patientes. Néanmoins, aucun d'entre eux n'a évoqué l'existence de programmes d'APA encadrés par des professionnels formés dans ce domaine. S'il semble évident et nécessaire pour les médecins généralistes de proposer des AP adaptées à leurs patientes, l'existence de structures et de programmes stratégiques dans ce contexte est méconnue.

Deux thèses quantitatives portant sur des échantillons plus importants rapportaient que les médecins généralistes étaient informés de l'existence des éducateurs médico sportifs dans respectivement 23,4 % (n = 133) et 44 % (n = 201)

## 5.2 LIMITES DE L'ETUDE

### 5.2.1 L'échantillonnage

La sélection des médecins interrogés est basée sur leur consentement à participer à l'étude, ce qui dénote une sensibilité particulière pour le sujet.
Le fait que le cancer étudié soit exclusivement féminin a pu susciter un intérêt plus important chez les médecins de ce sexe, qui ont dans l'ensemble accédé plus facilement à notre requête.
De même, une partie des médecins recrutés siège au département de médecine générale et nous pouvons supposer que leur intérêt pour l'enseignement et l'apport de nouvelles connaissances dans leur domaine a pu favoriser leur adhésion au projet.

### 5.2.2 L'expérience de l'investigateur

Notre étude comprend un effectif restreint de médecins interrogés. Le nombre de participants a été défini *a posteriori*, lorsque nous avons considéré que l'analyse des entretiens était arrivée à saturation.
Bien entendu, ce dernier critère comprend une part de subjectivité liée à l'investigateur et à son expérience limitée dans ce domaine de recherche.
La pratique de l'intervieweur est à considérer. Etant novice dans ce domaine, j'ai progressivement pris de l'assurance, ce qui a pu modifier l'intérêt des participants et la dynamique liée aux échanges.
Durant les premiers entretiens, la parole a parfois été coupée de façon inopinée, ne laissant pas suffisamment de temps au médecin pour s'exprimer.
Enfin, dans ce type de recherche, l'enregistrement audio peut en soi freiner le discours de l'interviewé.

### 5.2.3 L'analyse et l'interprétation des données

Les données qualitatives sont particulièrement difficiles à analyser et à interpréter. L'analyse a été effectuée par une seule personne qui se trouvait être l'interviewer, ce qui tend à la rendre subjective. La participation d'une tierce personne comme un sociologue, aurait permis d'augmenter la pertinence de notre travail.

# 6. PERSPECTIVES ENVISAGEES

L'analyse des résultats et la discussion de notre travail de thèse nous ont permis d'établir quelques remarques concernant les évolutions et les orientations possibles de notre sujet en pratique de médecine générale.

## 6.1 DEVELOPPER ET RENFORCER LES OUTILS DE COMMUNICATION

### 6.1.1 A destinée des médecins généralistes

Une des principales raisons pour laquelle nos participants ne recommandaient pas particulièrement la pratique d'APA chez ces patientes était le manque d'information. La totalité des généralistes reconnaît le bénéfice potentiel de l'APA chez ces patientes, mais aucun ne semble avoir eu accès à de l'information sur le sujet.

Il est donc indispensable de développer des stratégies de promotion de l'AP s'appuyant sur des arguments scientifiques solides.

Ces outils de communications pourraient être :

- Des guides médecins : comme celui édités par l'HAS en 2010, qui souligne la nécessité d'un accès pour tous les patients aux soins de support mais dont aucun paragraphe ne porte sur les bénéfices de l'APA (94).

En 2013 l'Institut National du Cancer (INCa) a publié un guide concernant les traitements du cancer du sein à destinée des patientes. Aucune information concernant les bénéfices de l'APA en tant que soin de support et thérapeutique non médicamenteuse n'y figure (95).

- Des articles au sein de revues scientifiques : notamment dans celles qui sont destinées aux médecins généralistes.
- Des supports de type brochures explicatives : On peut par exemple citer la fiche publiée en 2012 par l'Institut National du Cancer (Inca) sur l'activité physique et le cancer ou la fiche Gym après cancer à destinée des MG (annexe 12). Plusieurs supports existent déjà, cependant il paraît essentiel de trouver des outils de communication disponibles et accessibles par tous les professionnels et reposant sur l'offre à disposition au sein d'un territoire de santé.
- Développer l'outil informatique : les newsletters, les sites attachés aux revues médicales, les sites internet des sociétés savantes sont autant d'outils à développer pour diffuser le plus largement possible l'information aux professionnels de santé. Malgré tout, il faudra faire face à certaines limites : d'une part à la réticence de certains médecins à l'utilisation de l'outil et d'autre part au type d'information circulant sur la toile.

Un site dédié aux structures régionales labélisées pratiquant de l'activité physique en fonction du type de pathologies pourrait être une aide précieuse pour le médecin généraliste.

- Renforcer la collaboration entre les professionnels de santé : dans les comptes rendus médicaux pourrait figurer une mention spéciale soulignée par l'oncologue encourageant le médecin généraliste à prescrire de l'APA chez ces patientes. L'avantage serait double : d'une part l'avis favorable du spécialiste renforcerait l'adhésion des patientes et d'autre part il légitimerait le rôle du MT.
- Des interventions par les éducateurs médicaux éducatifs et les professionnels paramédicaux impliqués dans le développement de projets locaux à destinée de ces patientes.

### 6.1.2 A destinée des patientes

- **Les mots du médecin :**

L'information concernant les bénéfices de l'APA doit bien entendu être largement favorisée auprès de toutes les patientes traitées et en cours de traitement.
La participation active du médecin traitant dans la promotion d'une APA est un outil motivationnel de choix dans le parcours de soins de ces patientes. Il est reconnu que le médecin ou l'oncologue a une implication très importante dans la communication des messages de santé. SEGAR et al. ont montré que, si un médecin recommandait de faire de l'AP, les patientes pratiquaient plus que celles qui n'avaient pas eu ces recommandations (96), (97).
Son rôle est donc d'être capable de délivrer une information systématique sous forme d'un conseil minimal qui précise les bénéfices attendus, les moyens et les structures disponibles pour débuter ou reprendre une APA.
Cette information doit être renforcée par l'oncologue auprès des patientes et des MT pour favoriser l'adhésion.

- **Les campagnes d'information :**

Au moyen de distribution de brochures et par la présence d'affiches disponibles dans les salles d'attente portant sur les bénéfices et les structures adaptées à ce type de prise en charge. Mais aussi par le biais d'un support papier que les médecins pourraient remettre en complément de la prescription orale et écrite.
Comme nous l'avons souligné, l'APA doit être encouragée dans les guides patients édités par les sociétés savantes et le médecin doit inciter les patientes à consulter ces guides.

- **Elargir la promotion de l'activité physique à la prévention tertiaire:**

Des manifestations sportives et des campagnes d'information à l'image « d'Octobre Rose » existent en prévention primaire. Ces campagnes bénéficient d'année en année d'une importante médiatisation portant l'information à un large public. Il serait intéressant d'élargir cette information aux bénéfices attendus en prévention tertiaire du cancer du sein.

## 6.2 DEVELOPPER ET RENFORCER LES OUTILS DE FORMATION

C'est un point important, car presque tous les participants n'ont pas de connaissance précise dans le domaine de l'AP. L'HAS le soulignait dans son rapport consacrant un chapitre entier aux limites de l'information et de l'adhésion des professionnels de santé dans le domaine des thérapeutiques non médicamenteuses. Malgré ce constat, beaucoup ne sont pas prêts à se former de manière très approfondie sur le sujet, dans la plupart des cas faute de temps. Il faudrait donc envisager des moyens de formation de courte durée. Le contenu des formations sera par ailleurs à adapter au rôle du médecin généraliste dans la prescription caractéristique à ces patientes. Si le rôle du MT est avant tout d'informer et d'orienter les patientes vers une structure spécialisée et adaptée, des formations sur le thème de l'éducation thérapeutique, la motivation et la gestion de freins spécifiques pourraient être mises en place.

## 6.3 INCLURE ET DEFINIR LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRESCRIPTION D'AP

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prescription d'APA en prévention tertiaire de certaines pathologies chroniques et en particulier dans le cancer du sein.
Notre étude nous incite à penser que les MG y sont favorables et en perçoivent tout le bénéfice.
Cependant, comme nous l'avons constaté à travers l'analyse des freins et des barrières, certaines limites existent.
Le rôle spécifique du médecin traitant devra être défini et reconnu si l'on souhaite faire adhérer et inciter les acteurs de soins primaires à prescrire de l'APA chez ces patientes. Le nouvel amendement voté par l'assemblée nationale en avril 2015 autorise la prescription d'APA par le MG, cependant les modalités concernant la pratique devront être précisées.

Au vu des résultats de notre étude, nous pensons qu'en dehors du cas précis où le MT à reçu une formation spécifique dans le domaine de l'APA et des pathologies chroniques, il paraît difficile d'envisager qu'il initie seul une APA chez ces patientes.

Ses capacités à assurer à lui seul l'information, l'évaluation initiale, la prescription adaptée et l'évaluation du programme d'APA ne semblent pas compatibles avec les facteurs limitants retrouvés tout au long de notre étude.

Selon notre point de vue, le MT pourrait avoir un rôle de coordination dans le parcours des patientes. De par l'expérience et la connaissance qu'il a d'elles, Il aurait pour rôle principal :

- d'informer les patientes de manière systématique sur les bienfaits de l'activité physique.
- d'évaluer leur motivation et le stade de changement où elles se situent.

Au regard de son évaluation initiale, il pourrait :

- délivrer un conseil minimal,
- remettre une brochure complémentaire,
- se servir d'outils pour travailler sur les freins identifiés et accroître la motivation.

Il pourrait également par sa connaissance des structures, des réseaux, des acteurs paramédicaux et du secteur médico-sportif :

- orienter les patientes vers un programme d'APA.
- rédiger le certificat médical initial : cette question n'est pas tranchée, mais il paraît être indissociable d'une évaluation médicale initiale éliminant les contre-indications absolues à la pratique d'une AP chez ces patientes.

Au sein de ces structures, la patiente bénéficierait d'une évaluation et d'un programme d'APA individuel ou en groupe jusqu'à son autonomisation. Ce schéma se rapproche d'initiatives mises en place à l'étranger en soins primaire comme « Exercise Referral Systems » (ERS). Il s'agit d'une approche née dans les années 90 permettant aux médecins ou professionnels de santé d'orienter un patient vers un professionnel de l'AP dont le niveau de qualification est en adéquation avec le niveau de sévérité de ce dernier. Par la suite, il bénéficie d'une évaluation et d'une prise en charge adaptée selon plusieurs caractéristiques prédéfinies. En complément des recommandations de bonne pratique, des outils interprofessionnels d'information sont disponibles et réévalués régulièrement. Ce concept particulièrement intéressant n'a pour l'instant pas totalement fait la preuve de son efficacité puisque les récentes méta-analyses concluent que d'autres études doivent encore être menées sur le sujet pour affirmer le bénéfice à long terme chez les patients porteurs de pathologies chroniques (98,99).

## 6.4 DEVELOPPER DES OUTILS D'AIDE A LA PRESCRIPTION

Les logiciels pourraient inclure des outils comme des questionnaires ou des échelles d'évaluation permettant au médecin de mesurer un déterminant spécifique de la qualité de vie, par exemple la fatigue et l'échelle multidimensionnelle de la fatigue (annexe 11). Il pourrait ainsi travailler de façon ciblée sur des facteurs limitant la motivation des patients.

## 6.5 IDENTIFIER ET LUTTER CONTRE LES FACTEURS LIMITANTS.

Le repérage et la prise en compte des facteurs limitant la prescription sont indispensables, tant pour le médecin que pour les patientes. Ce n'est qu'en menant des actions ciblées sur ces freins que l'on peut espérer intégrer la prescription d'AP de façon stable et durable dans le parcours de soin de ces patientes. Certains des freins que nous avons pu mettre en évidence au cours de notre étude sont retrouvés dans les travaux. Quelques uns portent sur l'activité physique et les pathologies chroniques en général, d'autres sont propres au cancer du sein. Une attention particulière devra être portée à cette dernière catégorie dans la mesure où elle est moins connue et donc moins évidente à repérer pour le médecin. Il est également important de souligner que les actions doivent porter à la fois sur les freins inhérents à l'initiation de la prescription mais aussi sur ceux concernant l'observance à long terme. Il est important que des études complémentaires soient initiées pour rechercher les facteurs de non observance spécifiques à ces patientes. Les résultats permettront de porter ces facteurs à la connaissance des médecins et des professionnels du secteur médico-sportif afin d'être particulièrement vigilant, à distance de la prescription, au risque de retour à un état sédentaire.

## 6.6 UNIFORMISER LES PRATIQUES

Standardiser l'information et les pratiques nous semble essentiel pour inciter les médecins généralistes à prescrire de l'AP chez ces patientes.

# 7. CONCLUSION

L'intégration du concept d'APA dans la prise en charge et la prévention des pathologies chroniques est un concept récent qui tend à être diffusé au-delà des démarches de prévention primaire. Le chapitre consacré à la prévention tertiaire dans le Plan National de Prévention par l'APS (PNAPS) en 2008 le souligne.

Cette dernière décennie a été marquée par un nombre croissant d'études quantitatives et qualitatives sur les bénéfices de l'APA en prévention tertiaire du cancer du sein. Ces études comportent néanmoins des limites méthodologiques. Malgré tout, les bénéfices attendus sur la qualité de vie et ses déterminants, ainsi que sur la diminution de la mortalité globale et des récidives liées au cancer sont communément admis par la communauté scientifique.

Il est donc nécessaire d'engager les patientes dans une démarche active dès le diagnostic de cancer confirmé.

A cet égard, des oncologues et professionnels de santé ont entamé des réflexions et des discussions afin de mettre en place des référentiels et des recommandations (9), (84), qui ont permis le lancement de programmes d'APA en cancérologie.

Ces programmes, qui s'adressent à la quasi-totalité des patientes atteintes d'un cancer du sein, pourraient être améliorés pour deux raisons : d'une part, ils sont le plus souvent réalisés au sein des réseaux et des établissements spécialisés en cancérologie, laissant de ce fait échapper un certain nombre de patientes. Et d'autre part, ils sont répartis de façon hétérogène sur le territoire français.

Partant du constat que les médecins traitants jouent un rôle fondamental dans la prise en charge et la coordination du parcours de soins de ces patientes, nous avons souhaité étudier les représentations qu'ils ont de la prescription d'APA en prévention tertiaire du cancer du sein pour tenter de définir leur place et leur fonction dans cette démarche.

Jusqu'à présent, les actions entreprises en soin primaire concernant ce sujet visaient essentiellement d'autres pathologies chroniques comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires, pour lesquelles les bénéfices de l'AP sont mieux connus des médecins généralistes.

L'exemple le plus évocateur est l'expérience strasbourgeoise.

Notre étude nous a permis de constater que, si nos participants perçoivent de façon unanime les bénéfices potentiels et l'intérêt de prescrire ou conseiller de l'APA dans le cadre du cancer du sein, ils n'ont que très peu de connaissances et d'expériences sur le sujet.

Les principales raisons évoquées sont le manque d'information mais aussi le manque de formation.

Les participants interrogés, en tant que professionnels de soins primaires, considèrent néanmoins que cette démarche fait pleinement partie de leurs missions.

Deux options ressortent des entretiens réalisés.
La première serait que le médecin endosse à lui seul l'intégralité de la prescription d'APA. Cette hypothèse implique qu'il puisse, lors d'une consultation dédiée, motiver, évaluer, prescrire l'AP selon des paramètres (type, durée et intensité) qu'il définirait à partir de son évaluation et enfin qu'il réévalue les patientes.
Les freins soulignés au cours de notre étude (manque de temps, de structures, de formations dans le domaine de l'AP) nous semblent incompatibles avec cette possibilité.
La deuxième option serait que le médecin s'engage à informer les patientes sur les bénéfices de l'APA et à évaluer leur motivation pour les amener à entrer dans une démarche active de changement. En fonction du désir de la patiente, il pourrait soit revenir sur le sujet au cours d'une consultation ultérieure quel qu'en soit le motif et utiliser des outils spécifiques destinés à renforcer l'information et la motivation (brochures, affiches, sites internet), soit l'orienter, après signature d'un certificat médical de non contre indication à la pratique d'une AP, vers une structure homologuée disposant de professionnels compétents dans le domaine de l'APA en cancérologie.
Cette dernière possibilité nous paraît la plus adaptée. Elle répond aux attentes des médecins généralistes puisqu'elle requiert moins de temps et ne nécessite pas de formation longue.

Certaines questions restent néanmoins en suspend :

- Quelle place doit jouer le cancérologue dans cette démarche ?
- Comment optimiser la collaboration entre le médecin traitant et le cancérologue ?
- Quels moyens mettre en œuvre pour diffuser l'information auprès des professionnels de soins primaires et toucher le plus grand nombre ?
- Comment doit être envisagé le financement de l'APA pour ces patientes ?
- Comment développer et porter à la connaissance des MG les structures homologuées permettant d'accueillir ces patientes ?
- Comment favoriser une répartition équitable de ces structures sur le territoire national pour une accessibilité optimale ?
- Quel regard portent les patientes sur le sujet ?
- Enfin, quelle sera l'impact de l'implication du MG sur le nombre de femmes bénéficiaires de cette thérapeutique ?

Suite à notre premier état des lieux dans le département, d'autres travaux devront tenter de répondre à ces questions pour encadrer au mieux cette prescription et la rendre abordable par le médecin généraliste dans l'intérêt des patientes atteintes de cancer du sein.

# 8. BIBLIOGRAPHIE


1. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 122 p.

2. Molinié F, Billon-Delacour S, Allioux C, Blais S, Bercelli P, Lombrail P. Incidence et facteurs pronostiques des cancers du sein découverts au cours et en dehors du programme de dépistage organisé en Loire-Atlantique (1991 – 2002). Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2008 Feb ; 56 (1) : 41 – 9.

3. Cancer du sein : de la recherche de pointe aux soins innovants : dernières avancées et développements prometteurs. Institut Curie ; 2009 Sep p. 3 – 4. Available from : http ://www.cancersdusein.curie.fr/sites/default/files/cancers-sein-institut-curie_0.pdf

4. Zelek L, Bouillet T, Latino-Martel P, Pecollo N, Barrandon E, Czernichow S, et al. Mode de vie et cancer du sein : quels conseils pour la prise en charge de l'après cancer? Oncologie. 2010 Apr 15 ; 12 (4) : 289 – 97.

5. Bouillon K, Haddy N, Delaloge S, Garbay J-R, Garsi J-P, Brindel P, et al. Long-Term Cardiovascular Mortality After Radiotherapy for Breast Cancer. Journal of the American College of Cardiology. 2011 Jan ; 57 (4) : 445 – 52.

6. Maguire P. ABC of Breast Diseases : Psychological aspects. BMJ. 1994 Dec 17 ; 309 (6969) : 1649 – 52.

7. Kim J, Choi WJ, Jeong SH. The effects of physical activity on breast cancer survivors after diagnosis. J Cancer Prev. 2013 Sep ; 18 (3) : 193 – 200.

8. Boiron C, Bouillet T, Calmels P, Dauchy S, Duret J, Pavic M, et al. Bénéfices sur la survie de l'activité physique avant ou après un cancer du sein. Oncologie. 2011 Dec ; 13 (12) : 797 – 805.

9. Recommandations pour la pratique clinique : Nice, Saint-Paul de Vence 2009 «cancers du sein » et « soins de support» : Partie II — Soins de support. Oncologie. 2009 Dec ; 11 (12) : 612 – 793.

10. Fervers B. Etude PASAPAS : Programme d'Alimentation Saine et d'Activité Physique Adaptée pour les patientes atteintes d'un cancer du Sein. Lyon : Centre Leon Bérard ;

11. Activité physique et cancer: tout sur le programme activ'de l'institut Curie [Internet]. Institut Curie. Available from : http ://curie.fr/fondation/pourquoi-programme-sportif-

lutter-contre-cancer

12. KAPA Cancer et Activité Physique Adaptée. Oncopaca, hôpital européen, Marseille. Available from : http ://www.oncopaca.org/upload/ACTIVITE%20PHYSIQUE/brochure-kapa.pdf

13. Jones LW, Demark-Wahnefried W. Diet, exercise, and complementary therapies after primary treatment for cancer. The Lancet Oncology. 2006 Dec ; 7 (12) : 1017 – 26.

14. Flajolet A. Annexe 1 : la prevention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. 2008. Available from : http ://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf

15. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983 Apr ; 98 (2) : 107 – 9.

16. Bentzen N. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Maanedsskr : Copenhagen ; 2003.

17. La prévention primaire des cancers en France : état des lieux et des connaissances, fiche repère. Institut National du Cancer (INCa) ; 2015.

18. Dépistage et prévention du cancer du sein. HAS; 2015.

19. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline, la prévention quaternaire, fiche n°40. Pierre et Marie Curie, Paris 6; 2013. Available from: http://www.sftg.net/documents%20PDF/Concepts 20en%20Medecine%20Generale.pdf

20. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, et al. Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation. Journal of Clinical Oncology. 2014 Jun 10;32(17):1840–50.

21. National Comprehensive Cancer Network: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer- Related Fatigue. 2013.

22. Bower JE. Prevalence and causes of fatigue after cancer treatment: the next generation of research. J Clin Oncol. 2005 Nov 20;23(33):8280–2.

23. Mock et al. NCCN Practice Guidelines for Cancer-Related Fatigue. Oncology (Williston Park). 2000 Nov;14(11A):151–61.

24. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006145.pub3/abstract

25. Velthuis MJ, Agasi-Idenburg SC, Aufdemkampe G, Wittink HM. The effect of physical exercise on cancer-related fatigue during cancer treatment: a meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2010 Apr;22(3):208–21.

26. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. Quality-of-Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research Issues in Protocol Development. JNCI J Natl Cancer Inst. 1992 Apr 15;84(8):575–9.

27. Fong DYT, Ho JWC, Hui BPH, Lee AM, Macfarlane DJ, Leung SSK, et al. Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2012;344:e70.

28. Duijts SFA, Faber MM, Oldenburg HSA, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. Psychooncology. 2011 Feb;20(2):115–26.

29. Speck RM, Courneya KS, Mâsse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. J Cancer Surviv. 2010 Jun;4(2):87–100.

30. Irwin ML, McTiernan A, Baumgartner RN, Baumgartner KB, Bernstein L, Gilliland FD, et al. Changes in Body Fat and Weight After a Breast Cancer Diagnosis: Influence of Demographic, Prognostic, and Lifestyle Factors. JCO. 2005 Feb 1;23(4):774–82.

31. Kroenke CH, Chen WY, Rosner B, Holmes MD. Weight, Weight Gain, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. JCO. 2005 Mar 1;23(7):1370–8.

32. Chlebowski RT, Aiello E, McTiernan A. Weight loss in breast cancer patient management. J Clin Oncol. 2002 Feb 15;20(4):1128–43.

33. Carver JR, Shapiro CL, Ng A, Jacobs L, Schwartz C, Virgo KS, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Evidence Review on the Ongoing Care of Adult Cancer Survivors: Cardiac and Pulmonary Late Effects. JCO. 2007 Sep 1;25(25):3991–4008.

34. Demark-Wahnefried W, Campbell KL, Hayes SC. Weight management and its role in breast cancer rehabilitation. Cancer. 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2277–87.

35. Daley AJ, Crank H, Saxton JM, Mutrie N, Coleman R, Roalfe A. Randomized trial of exercise therapy in women treated for breast cancer. J Clin Oncol. 2007 May 1;25(13):1713–21.

36. Ibrahim EM, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. Med Oncol. 2010 Apr 22;28(3):753–65.

37. Irwin ML, Smith AW, McTiernan A, Ballard-Barbash R, Cronin K, Gilliland FD, et al. Influence of pre- and postdiagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity, and lifestyle study. J Clin Oncol. 2008 Aug 20;26(24):3958–64.

38. Beasley JM, Kwan ML, Chen WY, Weltzien EK, Kroenke CH, Lu W, et al. Meeting the Physical Activity Guidelines and Survival After Breast Cancer: Findings from the After Breast Cancer Pooling Project. Breast Cancer Res Treat. 2012 Jan;131(2):637–43.

39. Claeys A. Observatoire des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. URML région PACA; 2007.

40. Plan Cancer 2014-2019.

41. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879. Sect. Art. L. 4130-1 juillet, 2009.

42. BIBLIOMED. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? 2003 Fev;(n°294).

43. Bertacchini Y. Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales [essai]. Collection les E.T.I.C, Presses Technologiques, ISBN 2-9519320-2-2: Toulon; 2009. 156 pages.

44. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995 Jul 22;311(6999):251–3.

45. Marie-Laure Gavard-Perret, David Gotteland, Christophe Haon, Alain Jolibert. Chapitre 3 – Collecter les données: l'enquête. Méthodologie de la recherche , Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion. Pearson Education. 2012. p. 400. (*)

46. Pasquier M. «Comment préparer et réaliser un entretien semi- dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale.». [Lyon]: Faculté Lyon Nord; 2004. (*)

47. Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy. Manuel de recherche en sciences sociales. 2e édition. Dunod; 2001. p. 287.

48. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. 2008;19(N° 84):142 à 145.

49. Gauthier B. Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données. 5e édition. Quebec: Presse de l'Université du Quebec; 2008. p. 784.

50. Alain Blanchet, Anne Gotman. L'enquête et ses méthodes: l'entretien [Internet]. 2e édition. ARMAND COLIN; 2007 [cited 2015 Apr 7]. 168 p. Available from: http://www.decitre.fr/livres/l-enquete-et-ses-methodes-l-entretien-9782200342340.html

51. Anadón M. La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux

acquis indéniables et aux questionnements présents. Recherches qualitatives. 2006;26(1):5–31.

52. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. INPES; 2009.

53. Delamarche P, Perrotin D. Convention de partenariat entre la Conférence des directeurs et doyens de STAPS et la Conférence des doyens des Facultés de médecine : Organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire, du soin et de la recherche. Paris: C3D-Staps. 2010.

54. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique: enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin. Université du Droit et de la Santé- Lille 2; 2014.

55. Ballay N. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes du Maine-et-Loire. Angers; 2014.

56. Duclos M. Activité physique et cancer du sein et du côlon: l'activité physique basée sur les preuves scientifiques. Science & sports. 2009;24(6), 273–80.

57. INSERM. Activité physique: contextes et effets sur la santé. 2008.

58. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. Science & Sports. 2015 Apr;30(2):66–73.

59. Ahmed RL, Thomas W, Yee D, Schmitz KH. Randomized Controlled Trial of Weight Training and Lymphedema in Breast Cancer Survivors. JCO. 2006 Jun 20;24(18):2765–72.

60. Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel AB, et al. Weight lifting for women at risk for breast cancer–related lymphedema: A randomized trial. JAMA. 2010 Dec 22;304(24):2699–705.

61. Meyet S. Déterminants motivationnels des seniors à la pratique d'une activité physique régulière et rôle du médecin généraliste dans cette prise de décision: étude qualitative auprès de seniors pratiquant une activité physique depuis l'age de la retraite. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.

62. Little P, Dorward M, Gralton S, Hammerton L, Pillinger J, White P, et al. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. Br J Gen Pract. 2004 Mar;54(500):189–95.

63. Riquier P. Une intervention brève par le médecin généraliste permet-elle une augmentation de l'activité physique des patients? (Rouen); 2012.

64. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

validées. HAS; 2011 Avril.

65. Aulagnier M., Videau Y., Combes J-B., Sebbah R., Paraponaris A., Verger P., Ventelou B. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention: les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pratiques et Organisation des Soins. 2007 Nov;Volume 38(n° 4):pp 259–68.

66. Laperche J. Promotion de la santé: quel rôle pour le médecin généraliste? La santé de l'Homme. 2007;(392):46–8.

67. Burton L. L'éducation pour la santé du patient. Quelle prise en compte de l'autonomie de l'individu? Regard sur les pratiques des médecins généralistes. 2008.

68. Boiche T. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Université de Poitiers; 2005.

69. Marcus D. Femme et activité physique : évaluation des pratiques et freins aux recommandations. Université de Lorraine, Nancy; 2013.

70. Mercier L, Martigne M. Peut-on estimer les besoins et les limites liées à la pratique de l'activité physique en consultation de médecine de premier recours? Université Joseph Fourier Grenoble; 2014.

71. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso- kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative; 2009.

72. Poingnat C. L'information sur le médicament en médecine générale. Université de Franche Comté,Besançon.; 2005.

73. Idtaleb L, Brocvielle A. Certification de la visite médicale: présentation des résultats d'étude. [Internet]. HAS; 2009. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf

74. Foisset E. Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Université de Bretagne Occidentale, Brest; 2012.

75. Programme «Bouger sur prescription»: document d'information destiné aux professionnels de santé. [Internet]. 2014. Available from: http://savoie.franceolympique.com/savoie/fichiers/File/document_programme_ps_(final).pdf

76. Falzon C. Les barrières psychologiques à la pratique de l'activité physique chez les personnes touchées par le cancer: rôle des stéréotypes et de la contagion motivationnelle.

Nice Sophia-Antipolis; 2014.

77. Rapport et Etudes: La durée des séances des médecins généralistes. DRESS. 2006 Avril;(N° 481).

78. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes. Saint Denis: INPES; 2011 p. 266.

79. Oyekanmi G, Paxton RJ. Barriers to physical activity among African American breast cancer survivors. Psycho-Oncology. 2014 Nov 1;23(11):1314–7.

80. Wurz A, St-Aubin A, Brunet J. Breast cancer survivors' barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community. Support Care Cancer. 2015 Jan 22;

81. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res. 1995 Apr;39(3):315–25.

82. Gentile S, Delarozière JC, Favre F, Sambuc R, San Marco JL. Validation of the French "multidimensional fatigue inventory" (MFI 20). Eur J Cancer Care (Engl). 2003 Mar;12(1):58–64.

83. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM. Multidimensional Fatigue Inventory (MFI). In: Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM, editors. STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales [Internet]. Springer New York; 2011 [cited 2015 Jun 2]. p. 241–3. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-9893-4_57

84. Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support: Activité Physique Adaptée, Rééducation et Cancer du sein. AFSOS; 2013.

85. Grosclaude M, Ziltener J-L. Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité). Revue médicale suisse. 2010;6(258):1495–8.

86. Janssen I. Health care costs of physical inactivity in Canadian adults. Appl Physiol Nutr Metab. 2012 Jun 6;37(4):803–6.

87. Haroche A. Sport sans ordonnance. Journal International de Médecine. 2014 Mai; Available from: http://www.jim.fr/pharmacien/actualites/pro_societe/91_pharma/e-docs/sport_sans_ordonnance__145120/document_actu_pro.phtml?reagir=1

88. McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, Klassen TP, Mackey JR, Courneya KS. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2006 Jul 4;175(1):34–41.

89. Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, McConnachie A, Emslie C, Lee L, et al. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast

cancer: pragmatic randomised controlled trial. BMJ. 2007 Mar 10;334(7592):517.

90. Ministère du travail de l'emploi et de la Santé. Programme National Nutrition-Santé 2011- 2015. Paris; 2011 p. 66.

91. Toussaint J. PNAPS: Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive. Retrouver sa liberté en mouvement. 2008.

92. Fourneyron, Bourguignon, Deguilhem, Juanico. AMENDEMENT N°917. SANTÉ - (N° 2673).

93. Fabre C, Chavignay É. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. 2010 Nov;2(6):628–30.

94. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, cancer du sein: guide-affections longue durée. HAS, INCa; 2010.

95. Les traitements des cancers du sein, collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2013.

96. Foucaut A-M. L'Activité Physique Adaptée en sénologie: des preuves scientifiques à la mise en œuvre de programmes auprès des patientes atteintes de cancer du sein. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.

97. Segar ML, Katch VL, Roth RS, Garcia AW, Portner TI, Glickman SG, et al. The effect of aerobic exercise on self-esteem and depressive and anxiety symptoms among breast cancer survivors. Oncol Nurs Forum. 1998 Feb;25(1):107–13.

98. Pavey TG, Anokye N, Taylor AH, Trueman P, Moxham T, Fox KR, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation. PubMed Health [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 7]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/PMH0033966/

99. Murphy SM, Edwards RT, Williams N, Raisanen L, Moore G, Linck P, et al. An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative. J Epidemiol Community Health. 2012 Aug;66(8):745–53.

100. Pavic M. Les référentiels soins oncologiques de supports: fatigue et cancer. Réseau de cancérologie Rhône-Alpes; 2010.

*Erratum : Références 45 et 46 supprimées.

# 9. ANNEXES

***Annexe 1 : Questionnaire anonyme relatif aux données démographiques des participants***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sexe | ☐ Masculin | ☐ Féminin | | |
| Mode d'exercice | ☐ Seul | ☐ En groupe | | |
| Cabinet informatisé | ☐ Oui | ☐ Non | | |
| Secrétariat médical | ☐ Oui | ☐ Non | | |
| Ancienneté d'installation | ☐ < 10 ans | ☐ 10 – 20 ans | ☐ 21-30 ans | ☐ > 30 ans |
| Secteur d'activité | ☐ Urbain | ☐ Semi rural | ☐ Rural | |
| Tendance sociale de la patientèle | ☐ Elevée | ☐ moyenne | ☐ Basse | |
| Nombre de patientes suivies pour un cancer du sein | ☐ < 10 | ☐ 20-30 | ☐ 31-40 | ☐ > 40 |

*Merci de votre participation*

## *Annexe 2 : Guide d'entretien*

Avez-vous reçu une formation spécifique concernant le domaine de l'activité physique ?

Si oui : Quel type de formation avez-vous reçu ?

Si non : Quel moyen envisagez-vous de mettre en œuvre pour vous former à ce type de prescription?

PARTIE 1 : PERCEPTION DE L'AP EN PREVENTION TERTIAIRE

1) Sur quelles recommandations vous basez-vous à ce jour pour prescrire de l'activité physique en prévention primaire ?

2) Quelle sont, selon vous, leur place en prévention tertiaire du cancer du sein ? Pour quelles raisons ?

3) Quelle est votre expérience personnelle concernant la prescription d'activité physique chez des femmes récemment traitées pour un cancer du sein ?

4) Quels bénéfices attendez-vous lorsque vous prescrivez ou orientez ces patientes vers la réalisation d'activité physique ?

5) Selon vous quels sont les risques que la patiente ou vous-même pourriez encourir ?

PARTIE 2 : ORGANISATION DE LA PRESCRIPTION

1) Selon vous, où se situe la place du médecin généraliste dans ce type de prescription ?

2) Comment organisez-vous la ou les consultations pour ce type de prescription ? (Rythme, consultation dédiée, nombre, en fonction de la demande)

3) Quels sont les facteurs qui tendent à influencer votre prescription ?

4) A quels types d'outils avez-vous recours pour évaluer les capacités physiques et psychosociales de vos patientes à pratiquer une activité physique ?

5) Quelles précautions envisagez-vous avant de prescrire une activité physique chez ce type de patiente ?

6) Décrivez-moi le type de structures vers lesquelles vous orientez vos patientes pour qu'elles pratiquent de l'activité physique ?

7) Comment incluez-vous la patiente et son entourage dans ce choix ?

PARTIE 3 : FREINS ET DIFFICULTES RENCONTRES

1) Quelles difficultés rencontrez-vous dans ce domaine de prescription ?

2) Quels sont, dans votre expérience, les freins qu'ont émis les patientes et leur entourage à pratiquer une activité physique pendant ou après traitement ?

3) Quelles craintes avez-vous avant d'inciter une patiente à pratiquer de l'activité physique ?

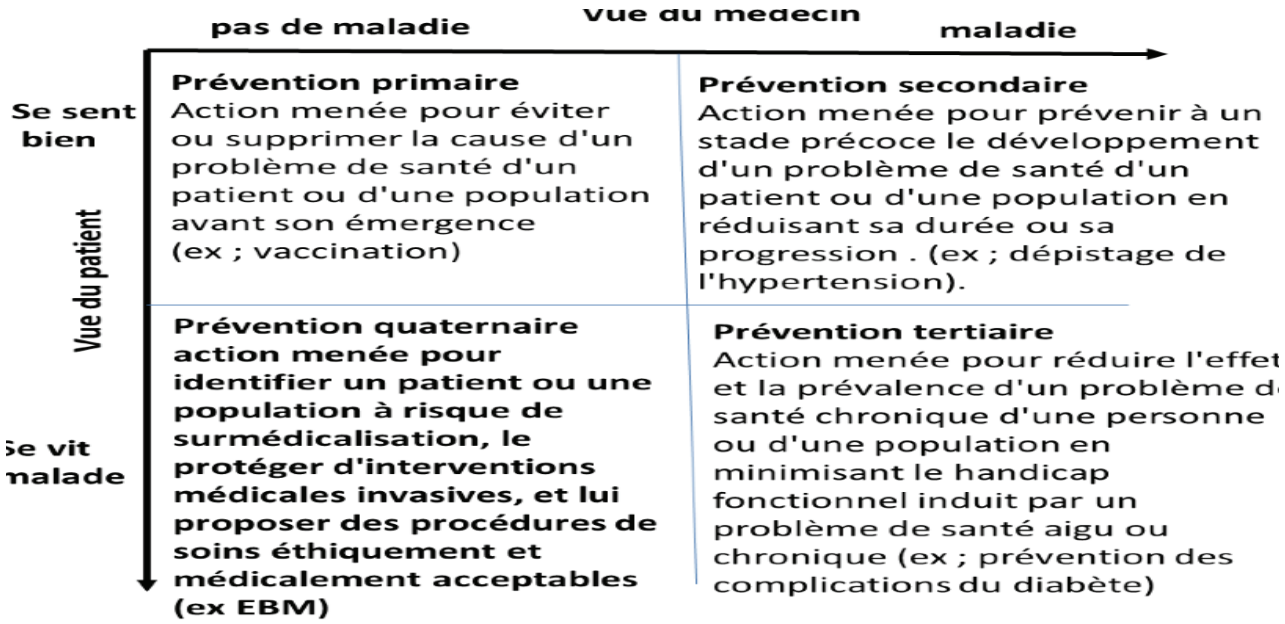
PARTIE 4 : EVOLUTION

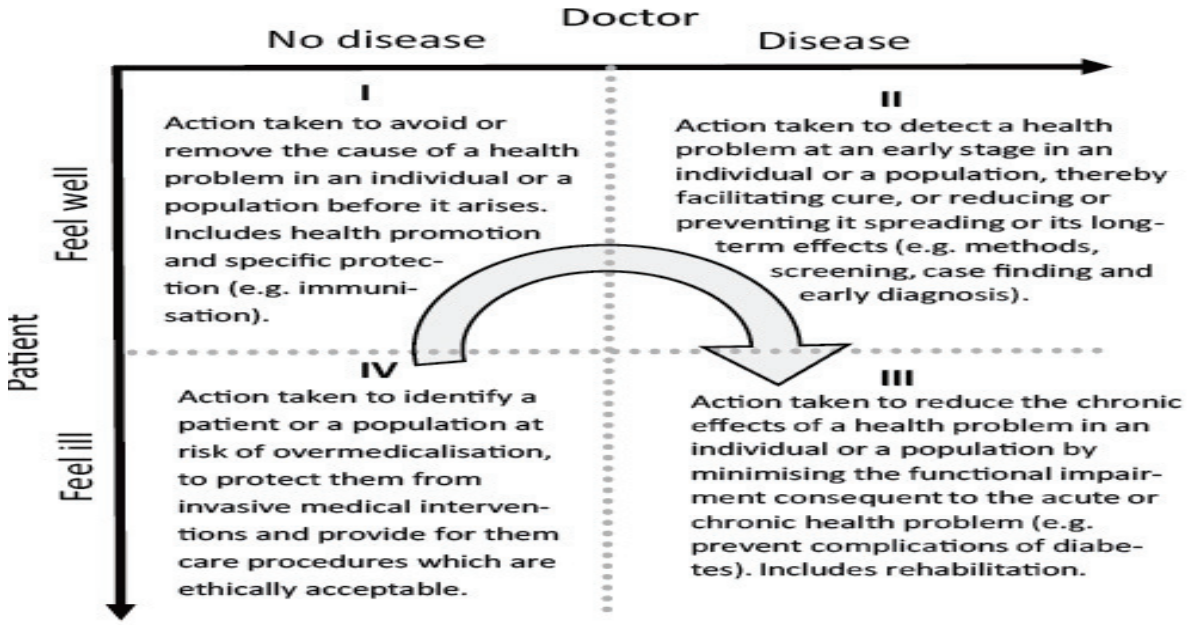
1) Définissez, en utilisant vos propres mots, ce que vous évoque le concept " d'activité physique adaptée "?

2) Que représente-t-il pour vous ?

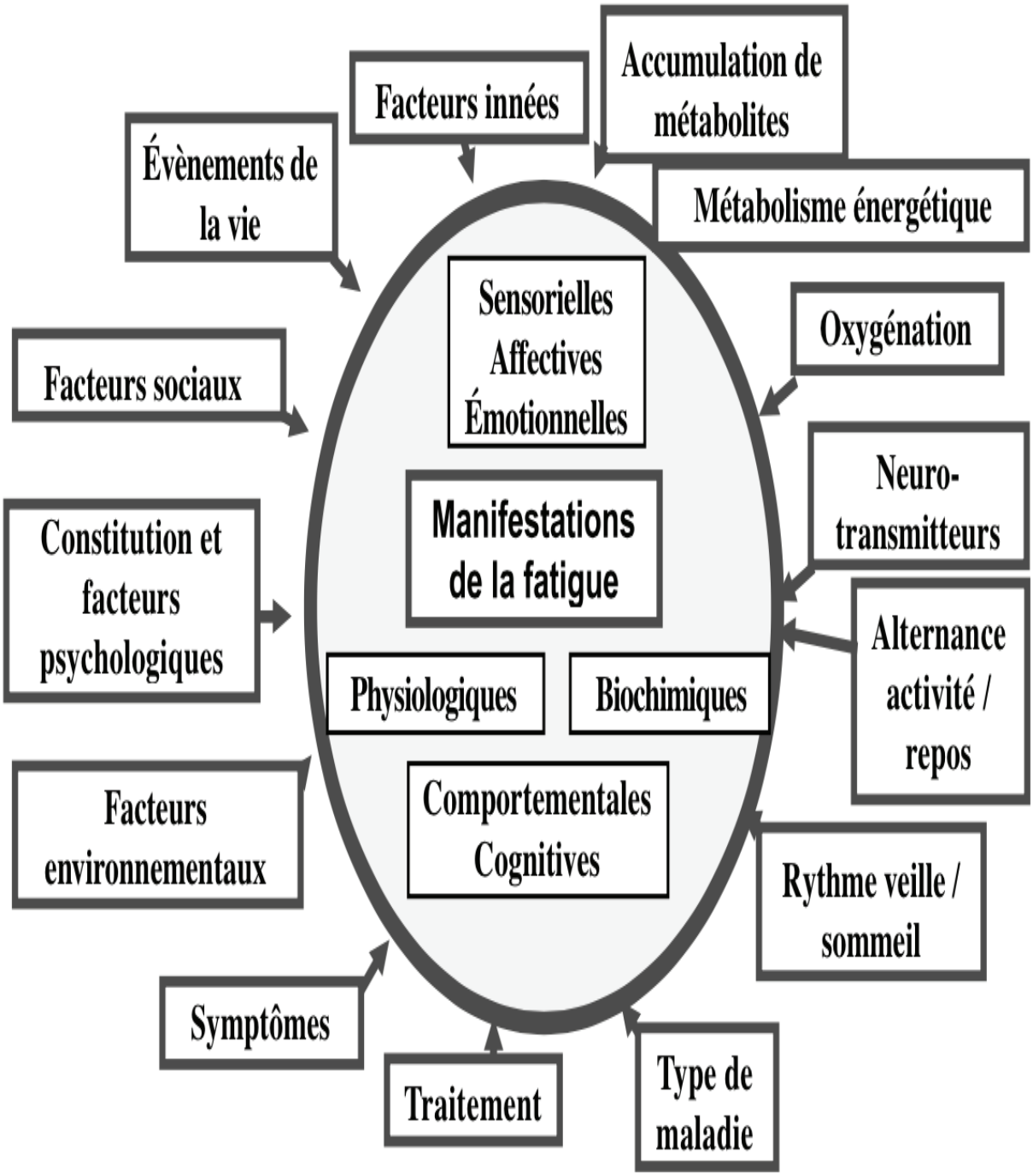
3) Quels outils, pourraient, selon vous, faciliter ce type de prescription par le médecin généraliste ?

*Annexe 3 : Définition des quatre niveaux de prévention selon la WONCA (2003)*



*Annexe 4 : Origine multifactorielle et aspects multidimensionnels de la fatigue (Piper, 1987)*



***Annexe 5 : Comparaison du niveau de fatigue entre groupe pratiquant de l'AP et groupe contrôle n'en pratiquant pas. (Cramp at all ; 2012) (24).***

**Analysis 2.1. Comparison 2 Fatigue: Breast cancer, Outcome 1 Exercise versus No intervention control. Post test means..**

Review: Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults

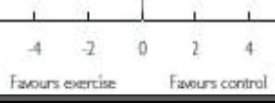
Comparison: 2 Fatigue: Breast cancer

Outcome: 1 Exercise versus No intervention control. Post test means.

| Study or subgroup | Exercise N | Mean(SD) | Control N | Mean(SD) | Std. Mean Difference IV,Fixed,95% CI | Std. Mean Difference IV,Fixed,95% CI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Campbell 2005 | 1 | 0 (0) | 1 | 0 (0) | | 0.0 [ 0.0, 0.0 ] |
| Courneya 2003b | 25 | 8.3 (7.9) | 26 | 8.8 (8.1) | | -0.06 [ -0.61, 0.49 ] |
| Courneya 2007a | 78 | -36.8 (10.4) | 41 | -34.9 (12.5) | | -0.17 [ -0.55, 0.21 ] |
| Courneya 2007b | 82 | -36.3 (9.4) | 41 | -34.9 (12.5) | | -0.13 [ -0.51, 0.24 ] |
| Daley 2007 | 33 | 2.14 (1.75) | 33 | 3.44 (1.85) | | -0.71 [ -1.21, -0.21 ] |
| Drouin 2005 | 13 | 60.9 (36.95) | 8 | 86 (55.55) | | -0.54 [ -1.44, 0.36 ] |
| Galantino 2003 | 1 | 0 (0) | 1 | 0 (0) | | 0.0 [ 0.0, 0.0 ] |
| Headley 2004 | 1 | 0 (0) | 1 | 0 (0) | | 0.0 [ 0.0, 0.0 ] |
| Mckenzie 2003 | 7 | -82.86 (9.51) | 7 | -55 (27.99) | | -1.25 [ -2.43, -0.07 ] |
| Milne 2007 | 29 | 11.9 (3.2) | 29 | 17.4 (4.7) | | -1.35 [ -1.92, -0.78 ] |
| Mock 1994 | 1 | 0 (0) | 1 | 0 (0) | | 0.0 [ 0.0, 0.0 ] |
| Mock 1997 | 1 | 0 (0) | 1 | 0 (0) | | 0.0 [ 0.0, 0.0 ] |
| Mock 2005 | 54 | 3.5 (2.4) | 54 | 3.7 (2.6) | | -0.08 [ -0.46, 0.30 ] |
| Mutrie 2007 | 82 | -40.3 (10.4) | 92 | -36 (12.1) | | -0.38 [ -0.68, -0.08 ] |
| Pinto 2003 | 12 | 7.16 (6.4) | 12 | 9 (6.4) | | -0.28 [ -1.08, 0.53 ] |
| Pinto 2005 | 43 | 27.08 (21.41) | 43 | 42.28 (26.2) | | -0.63 [ -1.06, -0.20 ] |
| Segal 2001a | 40 | 58.8 (22.8) | 20 | 62.6 (17.4) | | -0.18 [ -0.71, 0.36 ] |
| Segal 2001b | 42 | 57 (23.9) | 21 | 62.6 (17.4) | | -0.25 [ -0.78, 0.27 ] |
| **Total (95% CI)** | **545** | | **432** | | | **-0.36 [ -0.49, -0.23 ]** |

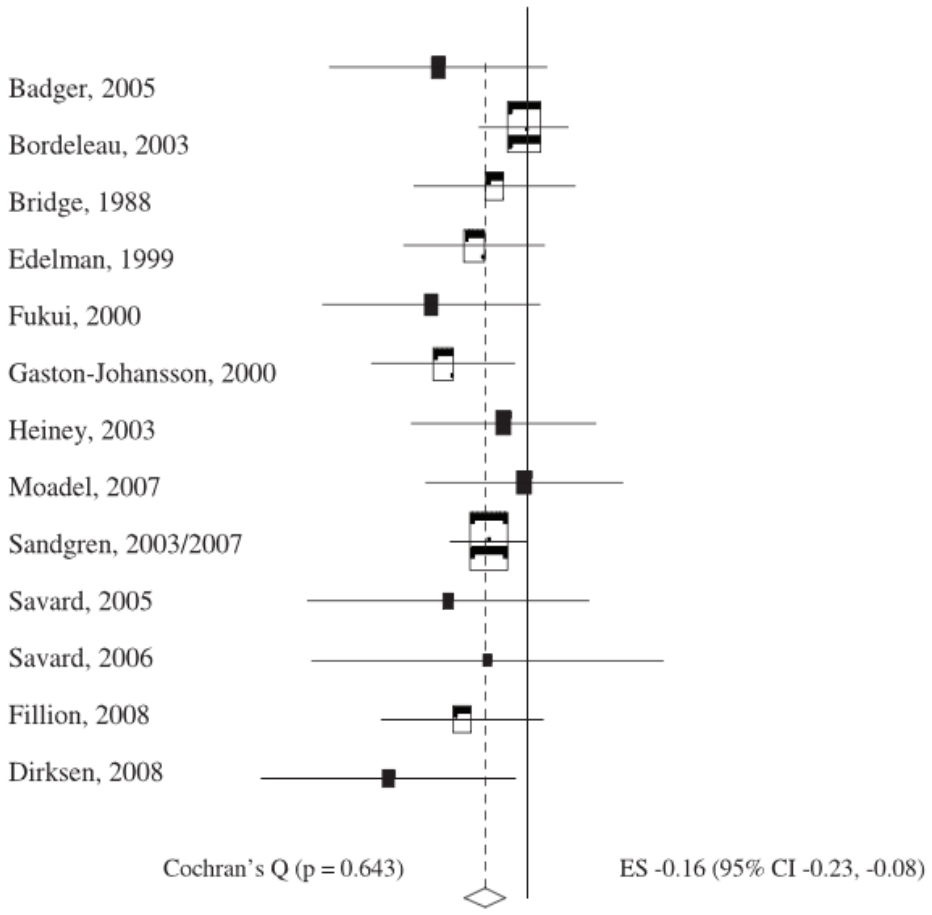
Heterogeneity: $Chi^2 = 23.46$, df = 12 (P = 0.02); $I^2 = 49\%$

Test for overall effect: Z = 5.36 (P < 0.00001)



***Annexe 6 : Effet de l'APA sur la fatigue (Duijts et al, 2011) (28).***

L'analyse des résultats montre l'existence d'un lien statistiquement significatif entre la pratique d'une activité physique chez les patientes survivantes d'un cancer du sein et la diminution de la fatigue.



***Annexe 7 : Modified from pan-Canadian guideline and NCCN Guideline for Cancer-Related Fatigue.(BOWER et al ; 2014) (20).***

*Screening and Assessment – Fatigue in Cancer Survivors*

Routinely screen for fatigue

↓

Use a numeric rating scale as clinically indicated and at least annually.

↓

**Education and Counseling**

- All patients should be offered specific education about fatigue following treatment (eg, information about the difference between normal and cancer-related fatigue, persistence of fatigue post treatment, and causes and contributing factors). All patients should be offered advice on general strategies that help manage fatigue (eg, maintaining physical activity) and guidance on self-monitoring of fatigue levels.

↓

**Comprehensive and Focused Assessment**
(for patients who report moderate to severe fatigue)

*History and Physical*

1) Perform a focused fatigue history, including:
   - Onset, pattern, duration
   - Change over time
   - Associated or alleviating factors

2) Evaluate disease status by:
   - Evaluate risk of recurrence based on stage, pathologic factors, and treatment history
   - Perform review of systems to determine if other symptoms substantiate suspicion for recurrence

3) Assess treatable contributing factors:
   - Comorbidities (eg, cardiac dysfunction, endocrine dysfunction, pulmonary dysfunction, renal dysfunction, anemia, arthritis, neuromuscular complications, sleep disturbances, pain, emotional distress)
   - Medications (consider persistent use of sleep aids, pain medications, or antiemetics)
   - Alcohol/substance abuse
   - Nutritional issues
     - Weight/caloric intake changes
   - Deconditioning

*As a shared responsibility, the clinical team must decide when referral to an appropriately trained professional (eg, cardiologist, endocrinologist, mental health professional, internist) is needed.*

*Laboratory Evaluation*

- Consider performing laboratory evaluation based on presence of other symptoms, onset, and severity of fatigue
- CBC with differential
  - Compare end-of-treatment hemoglobin/hematocrit with current values
  - Assess other cell lines (WBC and platelets)
- Comprehensive metabolic panel
  - Assess electrolytes
  - Assess hepatic and renal function
- Endocrinologic evaluation
  - TSH
  - Consider more comprehensive evaluation or referral to specialist if other symptoms present

## *Treat Contributing Factors*

Address all medical and substance-induced treatable contributing factors first (eg, pain, depression, anxiety, emotional distress, sleep disturbance, nutrition deficit, activity level, anemia, medication side-effects, and comorbidities). See Table 2 for more details.

## *Interventions for Cancer-Related Fatigue*

Some patients may also benefit from interventions described below to treat fatigue. Currently, there are no clear standards to select among these for an individual patient. Further research is needed to establish a strategy for prioritizing, sequencing, and linking the available options. If treated for fatigue, patients should be followed and re-evaluated on a regular basis to determine whether treatment is effective or needs to be reassessed.

## *Physical Activity*

- Initiating/maintaining adequate levels of physical activity can reduce cancer-related fatigue in post-treatment survivors.
- Actively encourage all patients to engage in a moderate level of physical activity after cancer treatment (eg, 150 minutes of moderate aerobic exercise [such as fast walking, cycling, or swimming] per week with an additional 2 to 3 strength training [such as weight lifting] sessions per week, unless contraindicated.
- Walking programs are generally safe for most cancer survivors; the American College of Sports Medicine recommends that cancer survivors can begin this type of program after consulting with their doctors, but without any formal exercise testing (such as a stress test).
- Survivors at higher risk of injury (eg, those living with neuropathy, cardiomyopathy, or other long-term effects of therapy other than comorbidities) should be referred to a physical therapist of exercise specialist. Breast cancer survivors with lymphedema should also consider meeting with an exercise specialist before initiating upper body strength-training exercise.

## *Psychosocial Interventions*

- Cognitive behavioral therapy/behavioral therapy can reduce fatigue in cancer survivors.
- Psychoeducational therapies/educational therapies can reduce fatigue in cancer survivors.
- Survivors should be referred to psychosocial service providers who specialize in cancer and are trained to deliver empirically based interventions. Psychosocial resources that address fatigue may also be available through the National Cancer Institute (eg, Moving Beyond Breast Cancer videos).

## *Mind-Body Interventions*

- There is some evidence that the following interventions can reduce fatigue in cancer survivors:
  - o Mindfulness-based approaches
  - o Yoga
  - o Acupuncture
- The following interventions may offer some benefit; however, additional research, particularly in the post-treatment population, is needed:
  - o Biofield therapies (touch therapy), massage, music therapy, relaxation, reiki, qigong

## *Pharmacologic Interventions*

- Evidence suggests that psychostimulants (eg, methylphenidate) and other wakefulness agents (eg, modafinil) can be effectively used to manage fatigue in patients with advanced disease or those on active treatment. However, there is very limited evidence of their effectiveness in reducing fatigue in patients who are disease free following active treatment, outside of the treatment of obstructive sleep apnea.
- Small pilot studies have evaluated the impact of supplements, such as ginseng and vitamin D, for cancer-related fatigue. However, there is no consistent evidence of their effectiveness.

## *Ongoing Monitoring and Follow-up*

Promote ongoing self-monitoring of fatigue levels as a late or long-term cancer or treatment problem in post-treatment survivors.

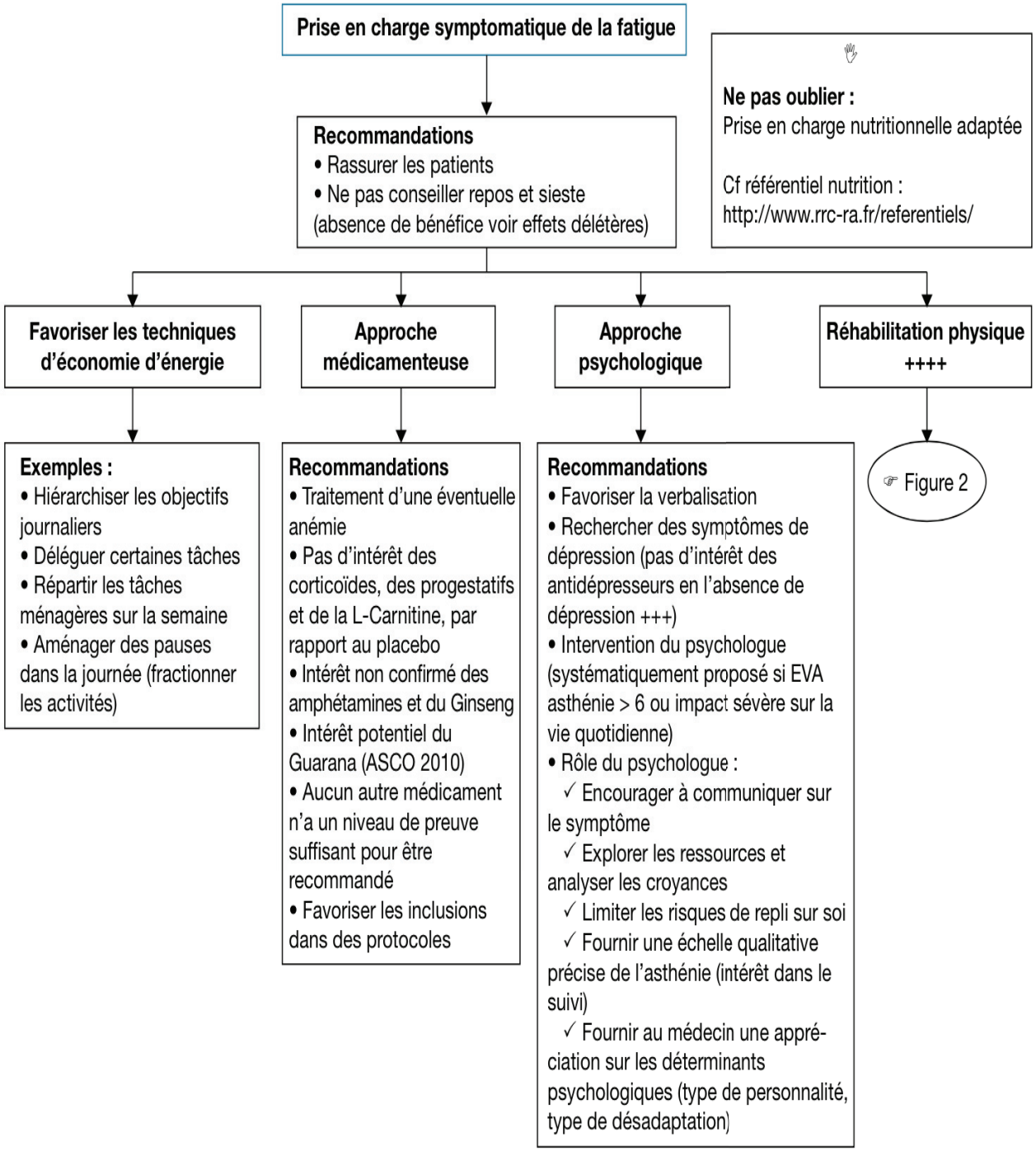
***Annexe 8 : Résumé des recommandations concernant l'APA pour traiter la fatigue liée au cancer (AFSOS 2010) (100).***

**Réhabilitation physique +++**

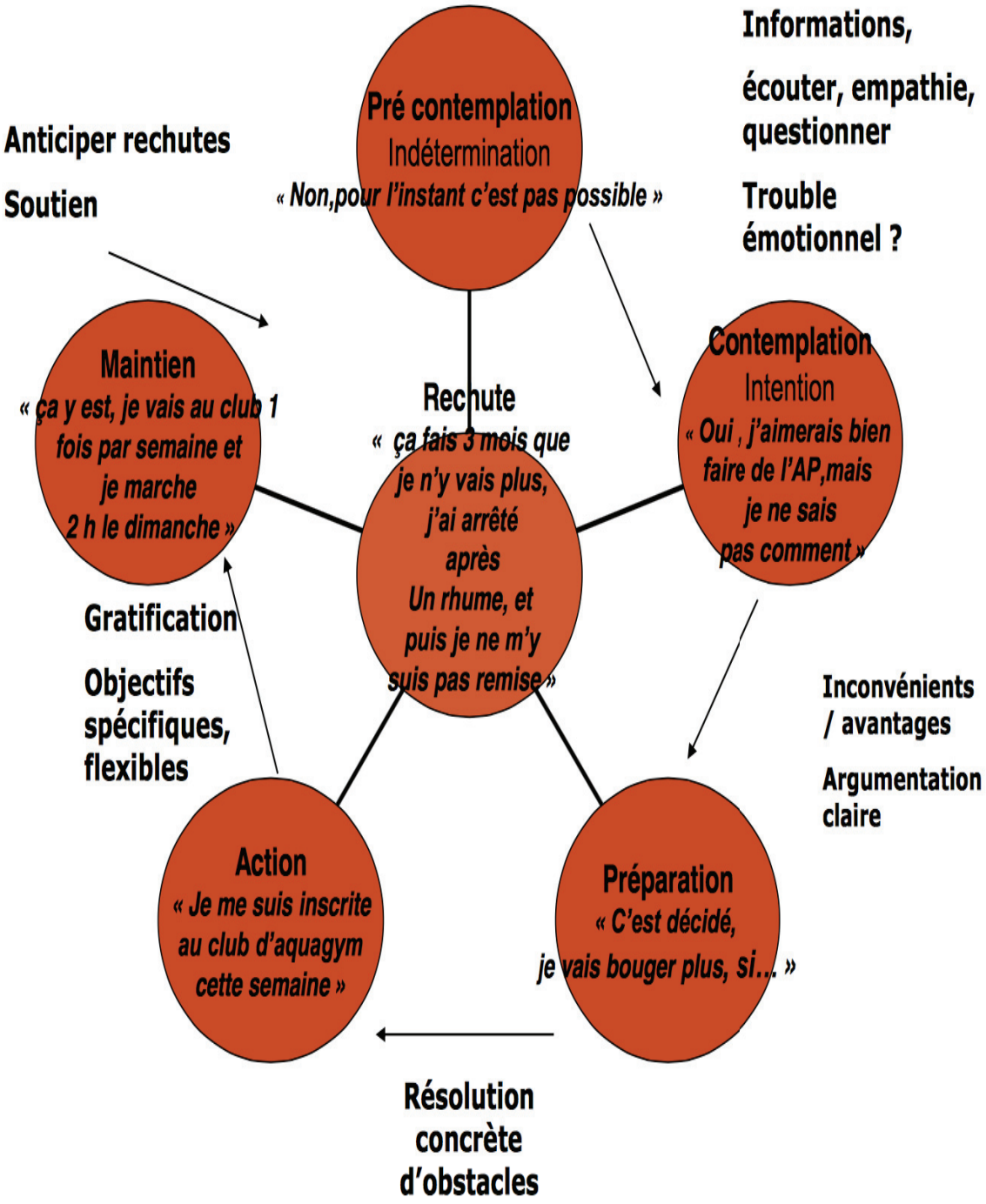
**Effet bénéfique de l'activité physique sur le niveau de fatigue +++ (diminution ≈ 20 – 30 %)**

- **Planifier une activité physique adaptée (APA) dès le début de prise en charge**
- **Un traitement spécifique en cours (chimiothérapie, radiothérapie...) ne doit pas constituer** (sauf exception) **un frein à débuter une APA**
- **Activité rythmique aérobie adaptée au patient, progressive** (Exemples : marche – aquagym – gymnastique douce – vélo – activité en salle...)
- **Intensité modérée à soutenue, aérobie** (55 à 75 % de la FC max ; FC max = 220 – âge)
- **Recommandation d'au moins 30 min d'APA (idéalement 45 à 60 min), au moins 2 à 5 fois par semaine**
- **Nécessité d'un personnel qualifié** (professeur STAPS, option APA, connaissant le cancer +++)
- **Programme réalisé au sein d'un groupe de patients**
- **Programme individualisé prenant en compte :**
  - ✓ le stade de la maladie
  - ✓ les traitements prévus
  - ✓ les capacités physiques du sujet
  - ✓ ses préférences sur le type d'exercice
  - ✓ son état psychologique
- **Rechercher et éliminer les contre-indications :**
  - ✓ Altération psychique importante
  - ✓ Cachexie sévère
  - ✓ Troubles cardio-pulmonaires
  - ✓ Métastases osseuses à risque ou cérébrales
  - ✓ ...
- **Nécessité d'un certificat médical d'aptitude**
- **Attention :**
  - ✓ A la population métastatique (fragilité osseuse...)
  - ✓ A l'anémie
  - ✓ A la thrombopénie
  - ✓ À la fièvre
  - ✓ A la neutropénie

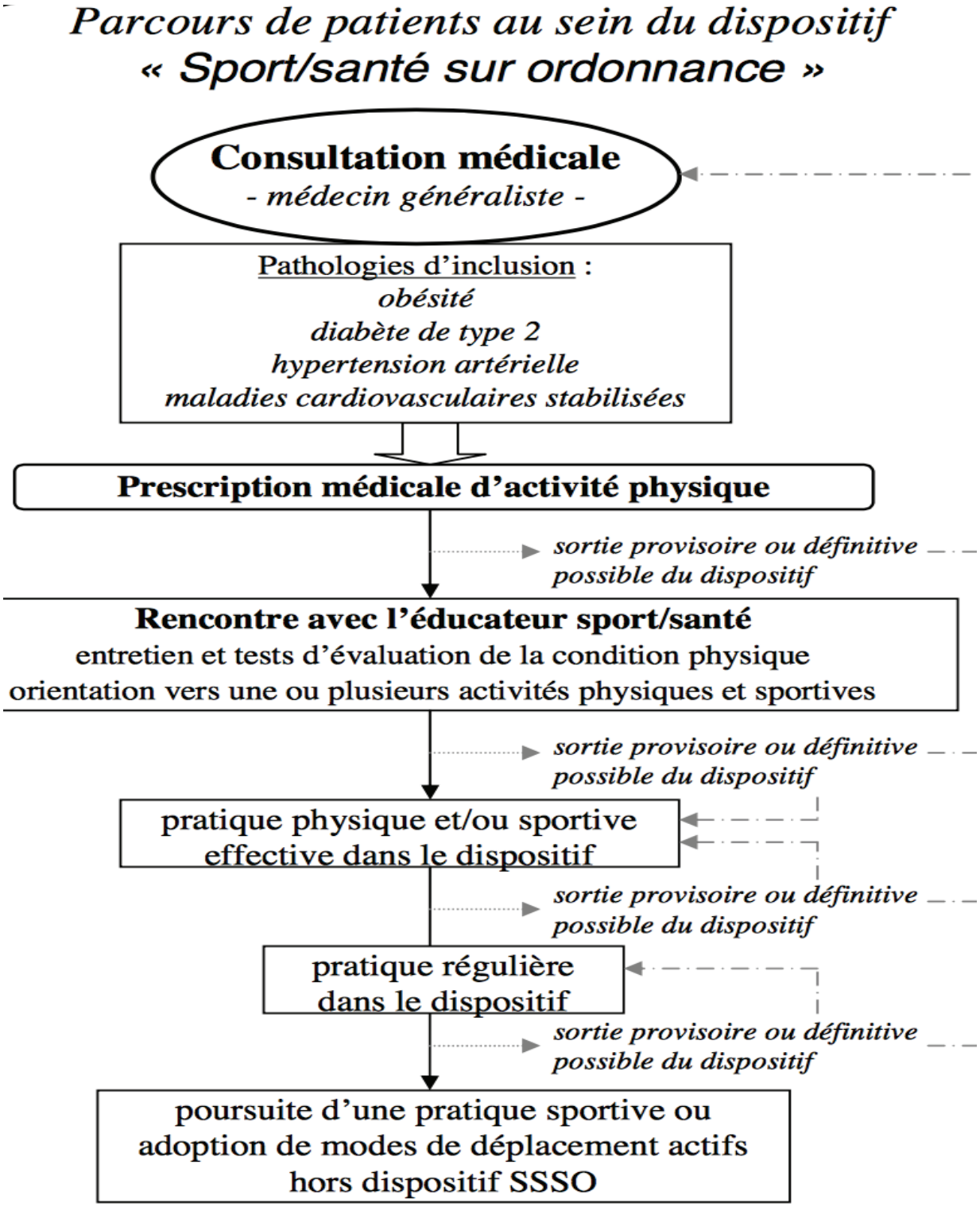
***Annexe 8 bis : Prise en charge globale de la fatigue du patient cancéreux (AFSOS 2010) (100).***



*Annexe 9 : Modèle transthéorique de changement, selon PROCHASKA ET DICLEMENT*



*Annexe 10 : Parcours de patients au sein du dispositif « Sport/santé sur ordonnance »*



*Annexe 11 : Echelle multidimensionnelle de la fatigue.*

## MFI® MULTIDIMENSIONAL FATIGUE INVENTORY

® E. Smets, B.Garssen, B. Bonke.

**Instructions:**

By means of the following statements we would like to get an idea of how you have been feeling **lately**. There is, for example, the statement:

"I FEEL RELAXED"

If you think that this is **entirely true**, that indeed you have been feeling relaxed lately, please, place an **X** in the extreme left box; like this:

**yes, that is true** ☒1 ❑2 ❑3 ❑4 ❑5 **no, that is not true**

The more you **disagree** with the statement, the more you can place an **X** in the direction of "no, that is not true". Please do not miss out a statement and place only one **X** in a box for each statement.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | I feel fit. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 2 | Physically, I feel only able to do a little. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 3 | I feel very active. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 4 | I feel like doing all sorts of nice things. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 5 | I feel tired. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 6 | I think I do a lot in a day. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 7 | When I am doing something, I can keep my thoughts on it. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 8 | Physically I can take on a lot. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 9 | I dread having to do things. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 10 | I think I do very little in a day. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 11 | I can concentrate well. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 12 | I am rested. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 13 | It takes a lot of effort to concentrate on things. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 14 | Physically I feel I am in a bad condition. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 15 | I have a lot of plans. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 16 | I tire easily. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 17 | I get little done. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 18 | I don't feel like doing anything. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 19 | My thoughts easily wander. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |
| 20 | Physically I feel I am in an excellent condition. | yes, that is true | ❑1 | ❑2 | ❑3 | ❑4 | ❑5 | no, that is not true |

*Annexe 12 : Fiche médecin éditée par l'association Gym 'Après Cancer*

FICHE MEDECIN

# Gym'Après Cancer

## Qui ?

La Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire est une fédération multisports reconnue d'**utilité publique**.
Elle est la première fédération sportive non-compétitive et la 5ème tous sports confondus avec **540 000 licenciés** dans 7200 clubs.
Le Comité Départemental 06 coordonne le dispositif sur la région PACA, il est situé au 75 avenue de Pessicart à Nice.
Elodie Lopez en est la responsable. Vous pouvez la joindre au 06 59 43 70 75 ou par mail : **elodie.lopez@ffepgv.fr**

## Pourquoi ?

Depuis 1990, la **FFEPGV** s'est engagée dans la lutte contre la sédentarisation et a développer le concept **Sport-Santé**. Avec 93% de femmes parmi ses membres, celle-ci oeuvre, par l'activité physique à la prévention des maladies, notamment du cancer du sein.
D'autres part, les bienfaits de l'activité physique pour les personnes en traitement comme en rémission sont maintenant démontrés scientifiquement. Enfin, le **Plan Cancer II** prévoit comme mesure prioritaire "une prise en charge personnalisée et d'accompagner l'après-cancer" (mesure 25).

## Pour qui ?

Pour les malades adultes atteints de cancer, **en traitement ou en rémission**, hommes et femmes, quelque soit l'âge et le type de cancer et surtout quelque soit leur niveau de condition physique. Sous condition d'un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique.

### 2 profils

**La personne n'a jamais pratiqué une activité physique** auparavant ou ne se sent pas capable ou trop fatigué : Vous pouvez lui exliquer que l'activité physique est le seul traitement indiqué pour lutter contre la **fatigue chronique** qui s'installe à la suite de la maladie et de ses traitements. Le programme Gym'Après Cancer va lui permettre de découvrir ses capacités ainsi que le plaisir de bouger et de faire des rencontres...

**La personne a été sportive auparavant** mais a peur de reprendre une activité physique. Elle sent que ses capacités se sont détériorées et ne veut pas y être confrontée.
Vous pouvez lui expliquer que Gym'Après Cancer est un **programme passerelle** qui vise l'amélioration de sa condition physique pour retrouver ensuite une pratique sportive autonome et en toute sécurité. Le programme va lui permettre de retrouver les sensations du corps en mouvement...

## Quoi ?

Un programme qui se déroule sur l'année sportive, de septembre à juin, soit 36 semaines à raison de 2 à 3 fois par semaine (conformement aux recommandations internationales*).
Deux séances en salle de type gymnastique douce avec du **renforcement musculaire**, du **travail cardiovasculaire**, de l'**équilibre**, de la **souplesse**, de la **coordination** et pour finir chaque séance de la **relaxation** au travers une **approche sensorielle du corps**.
Une séance en extérieur de type collective où sont abordés des notions de **respiration**, d'**attitude** de marche, d'**allure** et d'**intensité** ainsi que de **gestion de l'effort**.
Pour chacun de ces contenus, une progression est prévue par cycle sachant qu'ils sont adaptés en fonction de chaque participant.

(*) Duclos M. - Activité physique et cancer du sein et du côlon : l'activation physique basée sur les preuves scientifiques. Sci Sport (2009), doi:10.1016/j.scispo.2009.09.03

## Avec qui ?

Le programme est soutenu par le **Ministère de la Santé** et le **Ministère des Sports** ainsi que la **Ligue Nationale Contre le Cancer**. Il est en place dans chacun des départements que compte notre région grâce à un partenariat avec les **Comités Départementaux de la Ligue Contre le Cancer**.
Celui-ci est relayé au sein de l'ensemble des **Centres de Coordination en Cancérologie (3C)** des Alpes-Maritimes et bénéficie d'un soutien des cancérologues du département.
Nous souhaitons impliquer l'ensemble des médecins et des associations de malades des autres départements pour faire connaitre **Gym'Après Cancer** et relayer l'information auprès de toutes les personnes concernées.
Une mobilisation de **tous les acteurs** en faveur des malades atteints de cancer pour une prise en charge de leur activité physique et de leur santé est écessaire pour assurer la pérennité du programme au sein des sites déjà ouverts ainsi que son développement à d'autres territoires...

## Comment ?

En privilégiant l'**accueil** avec un entretien ;

En assurant un **accompagnement et un suivi** tout au long de l'année ;

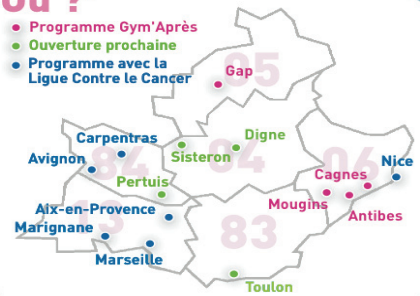
En proposant une **progressivité** et une **individualisation** des contenus ;

En organisant les situations autour des **sensations** et du **corps** ;

En créant un environnement favorable aux **échanges** et à la **convivialité**.

## Où ?

- Programme Gym'Après
- Ouverture prochaine
- Programme avec la Ligue Contre le Cancer




## Infos...

Le site internet :
**www.gymapres.com**

La responsable du programme pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur :

**Elodie Lopez**
**06 59 43 70 75**
**elodie.lopez@ffepgv.fr**

Fédération Française EPGV

# 10. LISTE DES ACRONYMES

AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.

AP : Activité Physique.

APA : Activité Physique Adaptée.

APR : Activité Physique Régulière.

ARS : Agence Régionale de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu.

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.

IMAPS : Institut Mutualiste de promotion des Activités Physiques et Sportives.

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

INCa : Institut National du Cancer.

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

MG : Médecin Généraliste.

MK : Masso-Kinésithérapeutes

MT : Médecin Traitant.

NCCN : National Compréhensive Cancer Network

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé.

PNAPS : Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive.

QdV : Qualité de vie.

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

UFR STAPS : Unités de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

WONCA : World Organization of Family Doctors

# 11. RESUME

NOM DE L'AUTEUR : COTTA Adrien

TITRE DE THESE : Représentations des médecins généralistes à propos de la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein : une étude qualitative dans la région niçoise.

INTRODUCTION : Des études récentes ont montré l'existence d'un lien positif entre la pratique d'une activité physique chez les patientes traitées et suivies pour un cancer du sein et l'amélioration des déterminants liés à la qualité de vie ainsi que l'augmentation de la survie globale et sans récidive. Le médecin généraliste est un acteur clé dans la prise en charge de ces patientes. Cependant peu d'initiatives l'incluent à ce jour dans cette démarche de soin.
Nous avons cherché à étudier les représentations des médecins généralistes concernant la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein.

METHODE : Etude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de douze médecins généralistes de la région niçoise. Les entretiens ont été enregistrés en audio puis retranscrits intégralement. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée.

RESULTATS : Des initiatives intégrant la prescription d'activité physique dans la prise en charge de pathologies chroniques existent de manière éparse sur le territoire. Cependant, la prescription d'activité physique chez les patientes traitées pour un cancer du sein semble peu connue et pratiquée par les médecins généralistes. Malgré certains freins organisationnels et structurels, les participants estiment que cette démarche correspond aux missions du médecin de premier recours. Ils ont une représentation positive en termes de bénéfices pour la patiente et perçoivent peu de risques à cette pratique. Ils regrettent néanmoins le manque d'information et d'outils de formation disponibles à ce jour.

CONCLUSION : Le médecin généraliste a une place déterminante dans l'articulation de la prescription d'activité physique adaptée chez ces patientes en relais des structures spécialisées en cancérologie. Son rôle exact reste à déterminer mais pourrait intégrer la notion d'éducation thérapeutique, de décision médicale partagée et de conseil minimal.

## 12. SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

# RESUME

NOM DE L'AUTEUR : COTTA Adrien

TITRE DE THESE : Représentations des médecins généralistes à propos de la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein : une étude qualitative dans la région niçoise.

INTRODUCTION : Des études récentes ont montré l'existence d'un lien positif entre la pratique d'une activité physique chez les patientes traitées et suivies pour un cancer du sein et l'amélioration des déterminants liés à la qualité de vie ainsi que l'augmentation de la survie globale et sans récidive. Le médecin généraliste est un acteur clé dans la prise en charge de ces patientes. Cependant peu d'initiatives l'incluent à ce jour dans cette démarche de soin.
Nous avons cherché à étudier les représentations des médecins généralistes concernant la prescription d'activité physique en prévention tertiaire du cancer du sein.

METHODE : Etude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de douze médecins généralistes de la région niçoise. Les entretiens ont été enregistrés en audio puis retranscrits intégralement. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée.

RESULTATS : Des initiatives intégrant la prescription d'activité physique dans la prise en charge de pathologies chroniques existent de manière éparse sur le territoire. Cependant, la prescription d'activité physique chez les patientes traitées pour un cancer du sein semble peu connue et pratiquée par les médecins généralistes. Malgré certains freins organisationnels et structurels, les participants estiment que cette démarche correspond aux missions du médecin de premier recours. Ils ont une représentation positive en termes de bénéfices pour la patiente et perçoivent peu de risques à cette pratique. Ils regrettent néanmoins le manque d'information et d'outils de formation disponibles à ce jour.

CONCLUSION : Le médecin généraliste a une place déterminante dans l'articulation de la prescription d'activité physique adaptée chez ces patientes en relais des structures spécialisées en cancérologie. Son rôle exact reste à déterminer mais pourrait intégrer la notion d'éducation thérapeutique, de décision médicale partagée et de conseil minimal.



MOTS CLES : étude qualitative, entretiens semi-dirigés, cancer du sein, prévention tertiaire, médecine générale, activité physique adaptée.