

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

**Année 2018**

**N° 2018 - 187**

**PRESCRIPTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN MEDECINE  
GENERALE : POINT DE VUE DES MEDECINS  
GENERALISTES EN PICARDIE**

---

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ  
MÉDECINE GÉNÉRALE (DIPLOME D'ETAT)**

**PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 3 DECEMBRE 2018**

**PAR**

**THOMAS PERWEZ**

**NE LE 25.10.1991**

---

**Président du jury :** Monsieur le Professeur Pierre Louis DOUTRELLOT

**Juges :** Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Florent KRIM



*Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELOT*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*

*(Médecine physique et de Réadaptation)*

*Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique*

*Pôle "Autonomie"*

*Recevez mes sincères remerciements et ma profonde gratitude de m'avoir fait l'honneur  
de présider ce jury. Je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance.*



*Monsieur le Professeur Maxime GIGNON*  
*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier*  
*Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, Soyez assuré de ma profonde  
gratitude pour l'intérêt que vous portez à ce travail.*



*Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH*  
*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier*  
*(Gériatrie)*

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, Veuillez accepter mes sincères  
remerciements et mon profond respect.*





*Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT*

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*

*Médecine interne*

*Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.*



*Monsieur le Docteur Florent KRIM*

*Praticien Hospitalier*

*Médecine d'urgence – Médecine du sport*

*Merci Florent d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, pour tes nombreux conseils et tes encouragements. Nous partageons cette belle passion du sport, et tu n'es pas étranger à l'intérêt que je porte à sa discipline médicale. Sois assuré de ma sincère reconnaissance.*



*A Océane, j'espère que nous continuerons à vivre de merveilleux moments ensemble, chaque jour à tes côtés est pour moi formidable. Merci de m'avoir soutenu pendant la réalisation de ce travail, à mon tour maintenant.*

*A mes parents, parce que je vous dois tout. Vous m'avez toujours soutenu, et avez toujours tout mis en œuvre pour ma réussite, je vous en serai éternellement reconnaissant.*

*A mon frère et ma sœur, merci mille fois pour votre soutien depuis le début.*

*A ma famille, merci pour ce que vous êtes.*

*A ma belle-famille, merci de m'avoir ouvert les portes de votre famille, et d'avoir fait d'Océane ce qu'elle est aujourd'hui.*

*A mes chers amis, aux nombreux moments partagés avec vous, et à tous ceux qui nous attendent.*

*A mes co-internes, séniors, maîtres de stage, collègues hospitaliers, c'est avec vous que j'ai découvert la Médecine, je ne l'oublierai pas.*

*Et surtout, au Sport, source de bonheur et de partage, à qui je dois tant. Et Merci Zizou.*



## **LISTE DES ABBREVIATIONS**

**ALD** : Affection de Longue Durée.

**AP** : Activité Physique.

**APA** : Activité Physique Adaptée.

**CACI** : Certificat d'Absence de Contre-Indication.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**ONAPS** : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**TNM** : Thérapeutique Non Médicamenteuse.





## **TABLE DES MATIERES**

1	INTRODUCTION .....	21
1.1	Contexte et naissance du projet.....	21
1.2	Enjeux de la thèse : objectifs primaire et secondaire .....	23
2	MATERIEL ET METHODES .....	24
2.1	Type d'étude.....	24
2.2	Population étudiée .....	24
2.3	Guide d'entretien .....	24
2.4	Déroulement des entretiens .....	25
2.5	Transcription des entretiens .....	25
2.6	Analyse des entretiens .....	26
3	RESULTATS.....	27
3.1	Présentation de l'échantillon .....	27
3.2	Déroulement des entretiens .....	28
3.3	Analyse du contenu des entretiens.....	28
3.3.1	Etat des lieux en médecine générale.....	28
3.3.1.1	Un sujet abordé en consultation .....	28
3.3.1.2	Connaissances des médecins généralistes .....	32
3.3.1.3	Moyens de promotion de l'activité physique.....	34
3.3.2	Facteurs limitant la prescription de l'activité physique en médecine générale .....	36
3.3.2.1	Facteurs liés aux patients .....	36
3.3.2.2	Facteurs liés aux médecins généralistes .....	39
3.3.2.3	Facteurs liés à la société .....	43
3.3.3	Rôle du médecin généraliste dans le cadre de la prescription de l'activité physique ..	45
3.3.3.1	La prise en charge globale du patient .....	46
3.3.3.2	Intérêt du conseil minimal.....	46

3.3.3.3	Rôle d'exemple pour le patient .....	47
3.3.3.4	Le médecin de confiance .....	48
3.3.3.5	Education et responsabilisation des patients.....	48
3.3.4	Opinions sur la prescription de l'activité physique sur ordonnance .....	50
3.3.4.1	Des avis partagés .....	50
3.3.4.2	Le pouvoir de l'ordonnance.....	51
3.3.4.3	Manque d'information sur le dispositif existant .....	52
3.3.4.4	Nécessité d'encadrer et de formaliser la prescription .....	53
3.3.4.5	Le rôle du médecin généraliste discuté.....	53
3.3.4.6	Une ordonnance inutile.....	54
3.3.5	Solutions envisagées par les médecins généralistes .....	55
3.3.5.1	Une médecine plus tournée vers la prévention .....	55
3.3.5.2	L'éducation précoce de la population à la pratique d'une activité physique .....	56
3.3.5.3	Organisation de la prise en charge du « sport sur ordonnance » .....	57
4	DISCUSSION .....	59
4.1	Discussion de la méthodologie.....	59
4.2	Forces de l'étude. ....	60
4.3	Analyse des biais.....	60
4.4	Discussion des principaux résultats.....	61
4.4.1	Etat des lieux de la prescription de l'AP en médecine générale .....	61
4.4.2	Facteurs limitant la prescription d'activité physique .....	64
4.4.3	Facteurs favorisant la prescription d'activité physique .....	71
4.4.4	La prescription d'activité physique sur ordonnance .....	73
4.4.5	Perspectives d'amélioration envisagées par les médecins .....	75
5	CONCLUSION .....	80
6	BIBLIOGRAPHIE.....	83
7	ANNEXE .....	93





# 1 INTRODUCTION

---

## 1.1 Contexte et naissance du projet

L'activité physique (AP) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense énergétique de repos ». Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs.

Ainsi, nous différencions l'activité physique du sport, qui semble être « une forme particulière d'activité physique » selon D. Rivière (1). La sédentarité, quant à elle, est définie par « un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos ». L'inactivité physique caractérise finalement un niveau insuffisant d'activité physique, c'est-à-dire inférieur au seuil recommandé.

Les recommandations sont définies par l'OMS, et sont principalement axées sur la prévention primaire des maladies non transmissibles. Elle recommande la réalisation d'une AP d'intensité modérée pendant une durée minimale de 30 minutes par jour, au moins cinq fois par semaine, ou d'une AP d'intensité élevée pendant une durée minimale de 75 minutes par semaine. Il faut également y ajouter des exercices de souplesse et de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine. Les recommandations diffèrent en fonction de l'âge des sujets. Chez les enfants par exemple, elles préconisent la réalisation d'une AP d'intensité modérée au moins 60 minutes par jour. Quant aux sujets de plus de 65 ans, des exercices plus spécifiques peuvent être inclus comme le travail de l'équilibre (2).

Selon l'OMS, en 2009, la sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde, derrière l'hypertension artérielle, le tabagisme et un taux élevé de glucose dans le sang (3). Cela représente plus de deux millions de morts par an, soit 6% des décès (4). Une étude parue dans *The Lancet* en 2012 précise quant à elle qu'il y a plus de décès imputables à l'inactivité physique (plus de 5 millions par an) qu'au tabagisme (5).

L'OMS estime également que 60 à 85% de la population mondiale a un mode de vie sédentaire (4). La sédentarité progresse dans de nombreux pays, avec une incidence majeure sur la prévalence des maladies non transmissibles. Pour le baromètre Santé nutrition 2008, la proportion de personnes en situation de sédentarité est difficilement quantifiable (6). Ainsi, pour le Pr Duclos, présidente du comité scientifique de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS), on estime que la sédentarité concerne plus de 70% de la population en France (7).

Les bénéfices de l'activité physique sur le bien être psychique, physique et social, ne sont plus à démontrer. De nombreuses études ont prouvé son efficacité, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire (8).

La réalisation d'une AP a également un rôle en économie de la santé. Ainsi, selon une étude publiée en 2016 dans *The Lancet* (9), les problèmes de santé liés au manque d'activité physique auraient coûté 61 milliards d'euros au monde en 2013 (dépense de santé et perte de productivité).

L'AP est maintenant reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse (TNM) selon le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de 2011 (10). Toujours selon l'HAS, « la prescription de thérapeutique non médicamenteuse nécessite une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé, et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France ». Il est rajouté qu'elles « s'inscrivent dans une perspective ponctuelle ou durable, [qu'] elles doivent toujours être préférées au traitement médicamenteux qu'on envisage d'instaurer ou de poursuivre ». C'est ainsi qu'il est désormais possible, depuis le 1<sup>er</sup> Mars 2017, de prescrire de l'AP sur ordonnance (11). Cette prescription est réglementée, et ne concerne que les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

C'est dans ce contexte général que depuis de nombreuses années, en France comme à l'étranger, des programmes de promotion et de prescription de l'AP naissent. On entend par promotion de l'AP l'ensemble des démarches visant à augmenter le niveau d'AP de la population, quel que soit son état de santé, dans un objectif de santé publique via la réduction des coûts sanitaires liés au manque d'AP. Des activités de promotion de la prescription du « sport-santé sur

ordonnance » se sont développées un peu partout en France, comme le programme « sport-santé sur ordonnance » de Strasbourg. A l'étranger, il existe également de nombreux programmes de promotion de l'AP, comme c'est le cas en Espagne (12) ou encore en Nouvelle Zélande (13,14).

Malgré les bénéfices connus sur la santé de l'AP et du rôle central que doit jouer le médecin généraliste, et contrairement à d'autres facteurs de risque de maladies non transmissibles, tels que le tabac, l'équilibre alimentaire et l'alcool, l'activité physique est une dimension négligée de la prévention et de l'intervention dans le monde entier (15).

## **1.2 Enjeux de la thèse : objectifs primaire et secondaire**

Il nous est donc paru intéressant, dans ce travail, de s'interroger sur les facteurs qui interviennent de manière positive ou négative dans le cadre de la prescription de l'AP par les médecins généralistes. L'objectif principal de notre étude était ainsi d'évaluer les facteurs limitant et favorisant le développement de la prescription de l'AP en médecine générale en Picardie. L'objectif secondaire était d'évaluer l'opinion des médecins généralistes concernant la prescription de l'AP sur ordonnance. Nous pourrions ainsi tenter de comprendre ce qui explique que la prescription de l'AP ne soit pas une pratique courante en médecine générale, et soulever les leviers permettant son développement.

## **2 MATERIEL ET METHODES**

---

### **2.1 Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative par la réalisation d'entretiens semi dirigés auprès des médecins généralistes exerçant dans l'ancienne région Picardie.

### **2.2 Population étudiée**

Les médecins généralistes étaient sélectionnés parmi notre entourage professionnel pour leur diversité en termes de sexe, d'années d'expérience professionnelle en médecine générale libérale, de département d'exercice et de secteur d'activité. Ainsi, à la différence des études quantitatives, ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important (16). Selon A. Blanchet, « une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. La réduction relative du corpus nécessaire à une enquête par entretien tient donc au statut de l'information obtenue » (17).

Le nombre de médecins sélectionnés n'a pas été défini par avance. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à « saturation des données ». La saturation des données a été définie selon le concept de Glaser et Strauss (18) de « saturation théorique ». Selon cette définition, la saturation théorique signifie qu' « après des applications successives, les données n'ajoutent aucune propriété nouvelle au concept ». Dans ce cas on peut alors conclure « que le concept créé est saturé ».

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone, puis en cas d'accord, le thésard se déplaçait dans le lieu laissé au choix du médecin généraliste pour procéder à l'entretien.

### **2.3 Guide d'entretien**

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé (cf. Annexe 1). Ce guide se distingue du protocole classique du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas entièrement le discours. Il s'agit simplement d'un système



organisé de thèmes classés par question (17). Cette technique permet donc, au moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de l'interviewer.

Ce guide était constitué de trois parties. La première partie faisait l'état des lieux des pratiques professionnelles en matière de prescription de l'AP. La première question étant une question « brise-glace », pour permettre de contextualiser d'emblée le discours et de mettre en confiance l'interviewé. La deuxième partie permettait l'analyse des facteurs limitant et favorisant la prescription de l'AP en pratique clinique. Enfin, la dernière partie était plus axée sur la réflexion des médecins généralistes sur l'état des lieux actuel de nos pratiques en matière de prescription de l'AP.

Le guide servait de trame d'entretien, et pouvait être modifié au fur et à mesure des entretiens, si cela s'avérait nécessaire. En effet, « la forme précise de telle ou telle question ne joue pas un rôle fondamental lors de l'analyse, et l'on peut, au fur et à mesure que l'enquête progresse, s'intéresser à des questions nouvelles, voire déplacer les centres d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête » (17).

## **2.4 Déroulement des entretiens**

Les entretiens étaient réalisés à la date et sur le lieu laissés au choix des médecins généralistes interviewés.

Après l'obtention du consentement oral des médecins interrogés, l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes, pour libérer au maximum la parole des interviewés, et en dehors de la présentation brève du sujet de thèse, il n'était donné aucune information avant ou pendant le déroulement de l'entretien pour éviter toute influence sur les réponses obtenues.

## **2.5 Transcription des entretiens**

Tous les entretiens ont été retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2016®. Les données ont été anonymisées grâce à l'utilisation de numéro : M1 pour le premier médecin interrogé, M2 pour le deuxième et ainsi de suite.

## **2.6 Analyse des entretiens**

Les entretiens ont été intégralement analysés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 12®.

Nous avons utilisé la méthode d'analyse par théorisation ancrée (« Grounded Theory »), décrite par Glaser et Strauss (18). Cette approche repose sur une analyse stricte, phrase par phrase, des données de l'entretien. Elle est donc ancrée dans le texte, et n'utilise pas de grille d'analyse, ni de thème prédéfini. Nous avons codé les données de l'entretien, et par un processus de comparaison permanent, nous avons ainsi fait émerger des concepts plus généraux. La mise en relation des différents concepts entre eux, et la mise en évidence de leurs interactions avec la question principale de l'étude permettaient d'établir une théorie répondant aux objectifs de l'étude (19).

Une triangulation des données des entretiens a été effectuée, avec l'aide du directeur de cette thèse et d'un confrère médecin généraliste initié à la recherche qualitative. Cela permettant notamment d'éviter au maximum les biais de préconception.

### 3 RESULTATS

---

#### 3.1 Présentation de l'échantillon

Quatorze entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Parmi les médecins généralistes interrogés, six (43%) étaient des femmes et huit (57%) des hommes. Trois (22%) venaient du département de l'Aisne (02), deux (14%) du département de l'Oise (60) et neuf (64%) du département de la Somme (80). Trois (22%) avaient moins de cinq années d'expérience professionnelle en médecine générale libérale, sept (50%) entre cinq et vingt années d'expérience, et quatre (28%) avaient plus de vingt années d'expérience professionnelle. Six (43%) déclaraient exercer en secteur urbain, quatre (28%) en secteur semi rural et quatre (28%) en secteur rural. Les caractéristiques des médecins interrogés sont visibles dans le tableau 1.

Médecin (M)	Sexe	Années d'expérience	Département d'exercice	Secteur d'exercice
M1	Femme	5-20 ans	80	Urbain
M2	Homme	5-20 ans	60	Semi rural
M3	Homme	5-20 ans	80	Semi rural
M4	Homme	> 20 ans	80	Urbain
M5	Homme	< 5 ans	80	Semi rural
M6	Femme	< 5 ans	02	Rural
M7	Femme	5-20 ans	80	Urbain
M8	Homme	> 20 ans	80	Rural
M9	Homme	5-20 ans	80	Rural
M10	Homme	5-20 ans	60	Urbain
M11	Femme	> 20 ans	02	Rural
M12	Femme	> 20 ans	80	Urbain

M13	Homme	< 5 ans	02	Semi rural
M14	Femme	5-20 ans	80	Urbain

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

### 3.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés soit au cabinet médical de l'interviewé(e), soit à leur domicile personnel, suivant leur choix. Ils se sont déroulés de Mars à Juillet 2018.

La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes et 31 secondes, avec une durée minimale de 11 minutes et 12 secondes, et maximale de 30 minutes et 34 secondes.

### 3.3 Analyse du contenu des entretiens

#### 3.3.1 Etat des lieux en médecine générale

##### 3.3.1.1 Un sujet abordé en consultation

- *Circonstances où l'activité physique est abordée*

Les médecins généralistes abordaient souvent le thème de l'AP en consultation s'il existait un motif de consultation permettant de l'aborder. C'était le cas de M2 : « Tous les patients qui ont des facteurs de risque cardio-vasculaires de façon générale », de M5 : « c'est souvent dans le cadre de renouvellement d'ordonnance », ou encore de M12 : « D'une manière générale, alors très facilement quand il y a un surpoids, parce que ça va bien ».

Le poids des patients était très souvent un point d'accroche. Pour M1 : « j'aime bien prendre les périmètres abdo chez les patients », M10 en faisait de même : « Moi je pèse, je mesure mes

patients [...]. Dès qu'il y a un IMC supérieur à 25, je leur reparle de l'activité physique ». Pour M9 « c'est souvent des histoires de surpoids, c'est le sujet qui revient régulièrement ».

M4 recherchait un accrochage : « C'est une jeune femme qui vient parce qu'elle a pris 10kg suite à sa grossesse, et elle veut maigrir. En fait la consultation motive la consult, c'était pour retirer son implant, parce qu'elle était persuadée que c'était son implant qui l'avait fait grossir. [...] Jusqu'à ce qu'en discutant comme ça à bâtons rompus, on s'accorde sur le fait que [...] il serait intéressant aussi de se bouger un peu ».

L'apparition de certains symptômes permettait aux médecins interrogés d'aborder le sujet. Pour M6 : « souvent dans les douleurs musculaires, type lombalgie ». Certains médecins par contre en parlaient peu, c'était le cas de M5 : « quand j'y pense ». D'autres attendaient parfois que la démarche vienne du patient, comme le disait M12 : « à l'occasion peut être d'un certificat d'aptitude, j'en parle un peu ». C'était parfois lorsque la situation l'oblige, « chez les gens qui ont eu un gros pépin de santé » comme le disait M4.

A contrario, dans certains cas, la plainte motivant la consultation n'était pas une circonstance pour aborder l'AP, comme le disait M8 : « Pour quelqu'un qui vient pour une angine et qui n'a aucun facteur de risque, c'est vrai que, j'y pense pas ».

Les médecins interrogés semblaient aborder régulièrement le thème de l'AP avec leurs patients. Certaines situations médicales le permettaient plus facilement. Quelques-uns disaient profiter de l'apparition de certains symptômes pour aborder le sujet, alors que d'autres attendaient que la démarche vienne directement des patients.

- *Patients concernés par l'activité physique*

Lorsque le thème de l'AP était abordé avec les patients, c'était très souvent pour les mêmes profils. Pour M4 : « Pour tous ces patients qui sont en surpoids et avec tous les facteurs de risque cardio-vasculaires qu'on connaît, les diabétiques, les hypertendus, les hypercholestérolémiques ». C'était surtout les patients porteurs de pathologies chroniques qui étaient concernés, comme le disait M5 : « c'est surtout dans ce cadre-là de tous ceux qui ont des facteurs de risque cardio-vasculaires, qui sont en ALD », ou encore M11 : « souvent c'est quand même les chroniques qu'on suit régulièrement ».

Les patients présentant des douleurs d'origine rhumatologique étaient également cités. Comme pour M7 par exemple : « Les gens qui ont beaucoup d'arthrose, les douleurs articulaires, les lombalgies ».

Certaines catégories de patients étaient privilégiées. Pour M9 : « en général c'est quand même plutôt les adultes, à partir de la quarantaine ». Alors que pour M14 : « c'est surtout avec les enfants que je l'aborde ».

Une partie des médecins interrogés l'abordait chez les patients dépressifs. Pour M4 : « c'est le grand classique, avec l'activité physique, [...] c'est aussi un très bon anti dépresseur quoi ». Il rajoutait : « c'est aussi ces gens qui s'ennuient, qui tournent en rond, qui sont seuls ».

L'AP était plus régulièrement abordée par les médecins lorsque les patients présentaient une pathologie chronique. Les problématiques de surpoids, les maladies métaboliques et les facteurs de risques cardiovasculaires dominaient. Le syndrome dépressif était régulièrement cité. D'autres médecins privilégiaient certaines classes de patients en fonction de leur âge généralement.

- *Evaluation du niveau d'activité physique des patients*

Seule la moitié des médecins interrogés questionnait leurs patients sur leur pratique ou non d'AP. Certains le faisaient systématiquement, c'était le cas de M10 : « je leur demande à chaque fois s'ils font de l'activité physique ». D'autres essayaient de préciser le type d'activité physique, comme M9 : « commencer par lui demander ce qu'il fait comme activité. Déjà, c'est intéressant de savoir quelle est l'activité professionnelle, parce que on se dépense pas tous de la même façon », ou encore M1 : « je leur demande « est-ce que vous faites du sport ? est-ce que vous avez des loisirs ? Quelles activités vous pratiquez ? Combien de fois par semaine ? En compétition ? » ».

Seuls quelques-uns discernaient AP et sport, comme M2 : « Alors j'essaye de leur demander déjà si eux ils font de l'activité physique dans le sens sport ». Moins d'un quart évaluait le niveau d'activité physique de leurs patients. M2 rajoutait : « Est-ce qu'ils se consacrent dans la semaine 1 heure, 2 heures pour avoir une activité ».

M7 allait plus loin dans l'évaluation : « le sport : quelle place ça a dans votre vie ? », sans différencier sport et activité physique. C'était plus radical pour M14 : « on a une patientèle qui est très sédentaire ».

L'évaluation du niveau d'AP était peu réalisée en pratique par les médecins. Parmi ceux le faisant, les pratiques semblaient hétérogènes et fondées essentiellement sur des volumes horaires et la notion d'AP ou sportive au sens large.

- *L'activité physique : un conseil oral*

La prescription d'AP était surtout la délivrance de conseils pour la quasi-totalité des médecins interrogés. Selon M3 : « En pratique c'est du conseil, uniquement par conseil », pour M2 : « Après c'est des règles d'hygiène où je le dis à l'oral essentiellement ». Peu l'écrivaient sur papier libre pour les patients, c'était le cas de M1 qui déclarait « Je marque en gros globalement les mesures hygiéno diététiques. [...] je leur dis de l'accrocher sur le frigo et à chaque fois en bas je marque activité physique, marche 30 minutes ».

Aucun ne faisait de prescription d'AP sur ordonnance, comme le précisait M1 : « je ne donne jamais sur une ordonnance ». On était plutôt dans des pratiques de promotion d'activité physique, qui était faite oralement par la remise de conseils aux patients, que de prescription, qu'elle fût orale ou écrite.

L'AP promue se faisait parfois sur la base des recommandations. C'était le cas de M5 : « Je leur dis que les recommandations c'est 30 minutes d'activité physique par jour, 5 jours sur 7 ». D'autres délivraient un message semblable mais en dehors des recommandations comme M2 : « l'activité physique donc 30 minutes minimum 3 à 4 fois par semaine ». M2 adaptait ses conseils aux patients : « on recommande pas tous le même type d'activité en fonction des gens, de leur âge, [...] s'ils sont adolescents, avant 65 ans, après 65 ans », tout comme M9 : « faire une activité physique qui va correspondre à leur morphologie ». Mais globalement peu conseillaient une activité physique réellement adaptée aux capacités fonctionnelles du patient.

L'opinion des médecins interrogés sur la place de l'AP dans la prise en charge des patients n'était pas débattue. Pour M2 : « ça fait un peu partie de leur maladie donc on en parle assez facilement ». Il précisait « j'essaye de leur rappeler que c'est quand même le premier et le meilleur traitement quoi ». On est dans un cadre préventif essentiellement, comme le disait

M12 : « on est plus dans une période bonne bouffe, on mange moins de ci, moins de ça, on se bouge ».

La prescription de l'AP n'était faite presque qu'uniquement par la délivrance de conseils oraux par les médecins interrogés. Aucun ne la prescrivait sur ordonnance. Les conseils délivrés étaient pour certains tirés des recommandations officielles. Quelques-uns les adaptaient aux capacités fonctionnelles de leurs patients. Bien que leur message soit délivré sous forme orale, les médecins louaient un rôle important à l'AP dans la prise en charge globale des patients.

### 3.3.1.2 Connaissances des médecins généralistes

- *Bienfaits de l'activité physique*

Les médecins relataient des connaissances hétérogènes sur les bienfaits de l'AP. Pour M11, c'était assez clair : « le premier traitement du diabète c'est la marche. Après bien sûr il y a la diététique et les médicaments. Mais le premier traitement c'est ça ». M8 rajoutait : « j'aurais tendance à lui dire que l'un des traitements les plus efficaces, c'est de reprendre une activité physique de façon régulière ».

Les médecins interrogés avaient une connaissance générale sur les bienfaits de l'AP sur la santé, sans précision en fonction des différentes pathologies, en dehors de la pathologie diabétique que plusieurs citaient, comme M7 : « parfois on a des belles surprises. Il y a des HbA1c qui diminuent à fond. Et tu te dis, mais à quoi ça sert que je lui laisse sa metformine®. Donc il y a des gens, tu peux arrêter carrément le traitement ». Certains étaient plus précis, comme M3 : « Le maintien du sport dans l'asthme est hyper important. Grosso modo à part la plongée, ils peuvent faire tous les sports. Donc chez les asthmatiques on insiste aussi pas mal ».

Cependant, pour certains comme M9, les connaissances scientifiques étaient encore insatisfaisantes : « il faut peut-être qu'il y ait des études scientifiques qui disent voilà, si vous faites tant d'effort par jour, vous augmentez votre espérance de vie, comme on peut nous dire par rapport à la perte de poids, ou le traitement du diabète. Toutes ces choses-là, c'est pas encore bien défini ».

Concernant les bienfaits de l'AP sur la santé mentale, la quasi-totalité des médecins interrogés était unanime, c'était le cas de M11 : « les gens qui sont mal dans leur tête, ça peut être une



aide psychologiquement pour aller mieux ». Le rôle socialisant était fortement mis en avant, comme le disait M4 : « c'est aussi une façon de voir du monde » ou encore M6 : « chez des gens qui sont, on va dire un peu névrosés, et qui ont un contact social limité. Donc là c'est pareil, le sport ça peut servir à se retrouver dans une communauté, à tisser des liens, d'être moins seul, parce que souvent c'est aussi un peu leur problème ».

Peu de médecins abordaient les méfaits de l'inactivité physique, ou de la sédentarité, au contraire de M10 : « c'est comme ça, il faut faire de l'activité, il faut se bouger. Et la sédentarité c'est une catastrophe ».

Les bienfaits de l'AP n'étaient pas clairement connus des médecins interrogés, qui en avaient plutôt une connaissance générale, voire empirique. Les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire n'étaient pas définies. Ils citaient souvent les bénéfices positifs dans la santé mentale et le caractère socialisant de l'AP. Les effets de la sédentarité, voire de l'inactivité physique, n'étaient quasiment pas abordés.

- *Un savoir flou*

La prescription d'AP en médecine générale, ou tout du moins sa promotion était un domaine « abstrait » (M2) pour les médecins interrogés. Autant sur le plan des bienfaits exacts de l'activité physique comme le disait M11 : « j'ai pas vraiment d'argument scientifique à leur fournir », que du parcours de soins des patients : « [Je suis allé] au congrès de médecine du sport à Marseille qui était pas mal, qui parlait pas mal de l'activité physique adaptée, avec beaucoup de flou qui restait encore autour de ça » précisait M5.

De manière générale, dans leur pratique quotidienne, les médecins restaient dubitatifs. C'était le cas de M4 : « Probablement, c'est un domaine, c'est une dimension de notre activité [...] qui est assez légère quoi, pour pas dire quasi inexistante, enfin très minimaliste ». La prescription faite en consultation restait assez légère, toujours selon M4 : « Je répète des choses assez banales, et finalement ça me va [...]. C'est pas forcément très glorieux, mais c'est pas un domaine qui me pose de problème majeur », qui allait plus loin encore : « activité physique, ou règles hygiéno diététiques, je sais pas, on peut prononcer le mot, mais qu'est-ce qu'on met dedans. C'est peut-être encore plus flou la promotion de l'activité physique [...] que les règles, que les conseils nutritionnels quoi. On sait qu'il faut le faire mais [...] qu'est-ce qu'on met dedans ? [...] les conseils qu'on peut donner c'est de l'ordre du café du commerce quoi ».

C'était un domaine flou pour M2 également : « On leur parle de quelque chose d'abstrait, on leur dit de faire de l'activité physique ».

Les médecins interrogés considéraient leur pratique de prescription d'AP comme superficielle. La prévention par l'AP leur semblait être un domaine abstrait et leurs connaissances étaient de leur point de vue dans ce domaine insuffisantes.

### 3.3.1.3 Moyens de promotion de l'activité physique

- *L'activité physique au quotidien*

L'AP proposée par les médecins à leurs patients était de trois grands types. Premièrement, ils séparaient celle réalisée dans un cadre professionnel, comme M4 le disait : « Il y a l'activité physique intégrée si je peux dire à l'activité professionnelle [...] tout dépend ce qu'ils font comme boulot ». Ensuite les AP nécessaires pour les déplacements, comme le résumait M12 : « Faire le maximum de déplacement à pied, d'éviter le bus, descendre avant l'arrêt, de faire ces petites choses-là », ou précisait M9 : « Le fameux escalier plutôt que l'ascenseur ». Et pour terminer, celles intégrées dans les loisirs. C'était le cas de M6 : « c'est plutôt amener sur le thème de la marche, en leur disant « est-ce que vous marchez de temps en temps un peu ? là il y a quand même pas mal de forêts, est-ce que vous allez faire un tour ? » ». M9 insistait sur le caractère agréable de l'AP proposée « en choisissant une activité qui lui plaisait ».

Le message proposé par les médecins interrogés était d'intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne des patients en modifiant leurs habitudes, mais ce message se voulait toujours simple comme le disait M2 : « J'essaye de leur rappeler ces règles là, tout simplement ».

Certains conseillaient des activités plus spécifiques comme M3 : « je pense aux gens qui ont des lombalgies, où je leur montre quelques exercices de gainage », ou encore M6 : « Chez les asthmatiques, je leur dis pour la natation, ce genre de trucs, les sports d'endurance pour qu'ils aient les capacités respiratoires ».

L'activité physique promue était rarement adaptée en tant que telle aux capacités fonctionnelles du patient. Cependant elle restait raisonnable, comme le précisait M9 : « il faut savoir leur proposer des objectifs raisonnables, qu'ils vont pouvoir tenir dans la durée [...], quitte à

commencer par une activité physique minimale mais en augmentant progressivement les efforts ».

Les médecins interrogés conseillaient à leurs patients des AP qu'ils considéraient simples et raisonnables. Ils insistaient sur des AP pouvant s'intégrer facilement dans leur vie quotidienne, que ce soit dans la sphère domestique ou professionnelle, ou encore par les déplacements.

- *Structures existantes connues des médecins généralistes*

En plus des aides précédemment citées, les médecins avaient recours à des structures permettant aux patients de réaliser une AP, ou alors de la promouvoir. Les centres de réadaptation cardiovasculaire ou de réhabilitation respiratoire étaient plusieurs fois cités : « j'en parle chez les bronchitiques chroniques. Il y en a un qui est allé en centre de rééducation » (M14) ou encore : « c'est vrai que le mec qui vient de faire un infarctus, j'aime bien quand il passe par Corbie » (M12).

Les pôles de prévention étaient utilisés par les médecins M10 : « il y a le centre d'éducation et de prévention, le pôle santé, qui remet les gens à l'activité » et M7 : « On a toujours beaucoup fonctionné avec le pôle de prévention ».

D'autres se servaient de structures locales, comme M14 : « il y a des associations dans le quartier qui proposent des activités physiques douces », ou M8 : « je lui ai conseillé de revoir son problème de diététique en l'envoyant à notre infirmière ASALEE, et puis reprendre une activité physique ».

Un seul médecin évoquait le réseau sport-santé « Picardie en forme » (M5). Il précisait en expliquant que « c'est eux qui font le bilan fonctionnel et qui adressent le patient au bon endroit ». Cependant il expliquait ne pas s'en servir : « Pour l'instant non mais ça viendra ».

Un médecin (M8) participait à des initiatives locales pour faire faire de l'activité physique à ses patients, en les accompagnant lors de marches organisées, avec une approche pédagogique : « on regarde la glycémie des gens avant l'exercice, et on recontrôle la glycémie après [...] on leur donne la preuve par neuf que l'activité physique a un effet positif sur leur santé ».

Quelques médecins travaillaient avec les centres de réadaptation et pôles de prévention. L'existence de structures ou initiatives locales offraient aux médecins interrogés la possibilité

d'y adresser leurs patients. Un seul évoquait le réseau sport-santé « Picardie en forme », mais déclarait ne pas user des services que celui-ci proposait.

- *Aides à la promotion et à la réalisation d'une activité physique*

Les médecins interrogés avaient différents supports pour promouvoir l'AP. Certains usaient des moyens de communication existants, c'était le cas de M1 : « mettre des affiches dans la salle d'attente, moi je trouve ça très bien ». Pour M14, c'était plus les campagnes grands publics : « il y a des campagnes de prévention, pour les lombalgies justement ».

Quelques-uns citaient les tutoriels disponibles sur internet qu'ils proposaient à leurs patients, c'était le cas de M1 : « il y a pleins de tutoriels sur YouTube®, c'est vrai qu'on peut faire pleins d'activités ». M10 s'aidait des objets connectés : « Il y a un truc quand même qui a vachement aidé les patients, c'est les objets connectés. Ça je m'en rends compte ». M4 voyait un changement dans la configuration de nos lieux de vie : « On aménage l'espace urbain dans ce sens-là ». Les aides fiscales pour les déplacements actifs en vélo étaient même citées par M10 : « j'ai vu qu'ils voulaient rembourser les patients, enfin [faire] payer moins d'impôts [à] ceux qui faisaient du vélo pour aller au boulot, je trouve ça très bien. Je pense que c'est une excellente idée, tout passe par l'argent maintenant ».

L'information des patients par les campagnes publiques de communication et l'affichage, les tutoriels sur internet, l'utilisation des objets connectés étaient vus par les médecins comme une aide à la prescription de l'AP. D'autres citaient les avantages fiscaux proposés pour encourager les déplacements actifs, ou encore l'aménagement des espaces urbains pour faciliter ces derniers.

### 3.3.2 Facteurs limitant la prescription de l'activité physique en médecine générale

#### 3.3.2.1 Facteurs liés aux patients

- *Manque de motivation*

Pour la majorité des médecins interrogés, les patients ne venaient pas en consultation pour qu'on leur parle d'AP. Pour M1 : « Parce que les patients ils ne viennent pas pour ça forcément », alors que M14 rajoutait : « le patient il s'en fiche complètement ».

M6 pensait que l'AP n'était pas prioritaire pour le patient : « on voit bien dans leur regard qu'ils ne sont pas venus pour ça. Ils sont venus pour leur traitement, et une fois qu'ils ont eu leur traitement médicamenteux, et bien c'est fini et point barre ». C'était le cas de M4 également : « on voit en consultation des patients comme étant de toute façon non perméables à tout discours sur une activité physique ». Pour M3 : « Le frein c'est leur motivation ». M4 était plus dur encore en précisant : « De toute façon il bougera jamais son cul ».

La motivation des patients représentait un frein important pour les médecins interrogés.

- *Manque de connaissance et de prise de conscience des enjeux*

Les médecins interrogés n'étaient pas tous d'accord sur les connaissances des patients concernant l'importance de réaliser une AP. Selon M11 : « ils l'entendent à longueur de journée sur les ondes qu'il faut bouger », alors que pour M2 : « Clairement pour les gens ce n'est pas une évidence ». Cependant ce dernier nuancait complètement en précisant « Je pense qu'en terme d'information, si les gens ne sont pas au courant qu'il faut faire de l'activité physique c'est vraiment de la mauvaise volonté ». M5 n'était pas du même avis et pensait « que les gens soient un peu plus au courant de ça, ça pourrait aider aussi ».

M12 pensait que le frein était plutôt dans la prise de conscience des enjeux : « les spots publicitaires, ils sont audibles aussi par eux. J'ai pas l'impression qu'ils soient particulièrement sensibilisés », et insistait en expliquant : « je pense que c'est une génération qui [n'] est pas forcément sensibilisée, qui [n'] a pas compris les enjeux ».

M11 expliquait même parfois être très surprise : « Je lui ai dit, le premier traitement du diabète c'est la marche. Après bien sûr il y a la diététique et les médicaments. Mais le premier traitement c'est ça. Je leur ai expliqué pourquoi. Et elles tombaient des nues. On aurait dit, c'est la première fois qu'elles entendaient ça ».

La majorité des médecins interrogés considérait les connaissances des patients comme un frein à la prescription de l'AP, bien que tous ne partageaient pas cet avis. Ils mettaient également en avant leur manque de prise de conscience de l'importance d'être physiquement actif.

- *Manque de temps, contraintes financières et circonstances de pratique*

Le manque de temps des patients était un frein important pour M9 : « Il faut à la fois gérer le boulot, gérer la vie de famille, les activités annexes. Et donc le temps pour faire du sport ou une activité physique se réduit. Donc je sais que c'est pas facile pour les adultes ». D'autres étaient plus critiques : « Leur grand discours, c'est j'ai pas le temps, il ne fait pas beau » (M3).

Le frein financier était plus souvent abordé, dans un premier temps pour la réalisation d'une AP en tant que telle : « je leur parle de la salle de sport, mais c'est un budget » (M14), « Parce que ça coûte quand même. Il faut acheter un peu d'équipement, même si les gens ont pas besoin de grand-chose » (M6), tandis que M13 nuancait : « Ici par exemple c'est une population qui n'est pas forcément favorisée, donc ça peut être un bémol pour la prise en charge. Mais après ils peuvent le faire d'eux même aussi, ils courent un peu, ça c'est gratuit ». Mais aussi dans un second temps pour les déplacements vers les structures sportives : « Les gens qui ont pas de voiture, ça va être compliqué » (M7). M6 était du même avis : « c'est vraiment du rural assez profond et donc du coup il n'y a pas beaucoup d'associations. Ils n'ont pas vraiment les moyens, pas le permis ».

La pratique d'une AP seul, ou non accompagné, était également un frein pour M8 : « trouver un nombre de personnes pour aller faire une activité physique, ce sera peut-être plus motivant. Moi en tout cas ça me motiverait. Parce que si on y va tout seul quand il fait mauvais, on va pas y aller ».

Certains médecins évoquaient le manque de temps et de moyen financier des patients comme étant une limite à la pratique d'une AP. Cette opinion n'était pas unanimement partagée. Faire une AP en groupe était vu comme plus motivant pour plusieurs d'entre eux.

- *Manque d'estime de soi*

Nous sommes dans une société où nous accordons beaucoup d'importance à l'image que l'on renvoie. S'initier à une AP semblait difficile pour M6 : « on a toujours l'impression que c'est pas pour nous ». M4 résumait bien la situation actuelle : « pousser la porte d'un centre de remise en forme, [...] y a que des jeunes quoi, on a un peu cette impression-là [...], avec beaucoup le

culte du corps [...] pour des gens qui déjà s'aiment pas beaucoup sur le plan physique, ils vont devoir perdre des kilos, se trimbaler dans ce genre d'endroit, c'est pas forcément une évidence ».

Le problème du poids était souvent abordé, avec la difficulté de s'exposer surtout, comme le précisait toujours M4 : « aller à la piscine, se foutre en maillot ça c'est un obstacle énorme quoi, énorme énorme ». Le manque d'estime de soi était vu comme un frein important pour M6 : « en même temps elle se sent tellement mal que c'est impossible pour elle, même d'aller en jogging dans une salle de sport, elle dit [qu'elle] aurait l'impression que tous les visages seraient bloqués sur [elle], et c'est pas possible ». Pour M11, c'était peut-être même le frein majeur : « Parce que il y a rien de pire que quand ils se sentent stigmatisés. C'est même pas la peine là, c'est pire ».

Le manque d'estime de soi des patients, ou encore la peur de s'exposer en public étaient considérés comme un frein important à la pratique d'une AP. Les patients obèses ou en surpoids étaient souvent cités par les médecins interrogés.

### 3.3.2.2 Facteurs liés aux médecins généralistes

- *Manque de temps*

Les médecins disaient manquer de temps pour promouvoir l'activité physique, comme M12 : « Ce qui me limite c'est sûrement un peu le manque de temps », mais aussi pour l'adapter au patient selon M5 « parce qu'on n'a pas forcément le temps de faire l'évaluation fonctionnelle avec le patient ».

Les médecins se sentaient avoir un rôle supplémentaire à assurer, ainsi M9 détaillait : « En médecine générale, on nous demande de faire beaucoup de choses, qui prennent du temps », ou encore M7 : « nous on en a un peu marre en tant que médecin généraliste, parce qu'on a l'impression de devoir remplir tous les rôles ». Il rajoutait « Il faut pas non plus nous demander l'impossible ». D'autant que les consultations étaient parfois à motifs multiples comme le disait M1 « souvent ils viennent pour trois motifs ».

Ce facteur temps était incompressible pour M12 : « Une consultation c'est court, c'est un quart d'heure, de plus en plus quand ils vont plutôt bien, on les voit tous les trois mois, donc on les

voit une heure par an. Donc une heure par an, si je prends un diabétique, hypertendu avec du cholestérol, en une heure par an, franchement il y a déjà pas mal de choses à faire. Donc ce serait bien, ce serait sûrement vachement bien, mais il y a un facteur temps qui compte quand même ».

Le manque de temps en consultation était une limite importante pour la prescription de l'AP. Les médecins interrogés déclaraient accumuler les rôles et ne pas pouvoir tous les honorer.

- *Manque de formation*

La majorité des médecins interrogés ne se sentaient pas suffisamment compétents pour prescrire l'activité physique. C'était le cas de M7 : « c'est un peu une formation sur le tas. Je suis pas formée », ou encore de M12 : « Je le fais pas mais j'ai pas appris à le faire ». M10 était plus direct en disant : « Comment veux-tu expliquer la nutrition à tes patients quand tu la connais pas ? Comment tu veux expliquer les bienfaits du sport quand tu les connais pas ? ».

Le manque de temps accordé à cet enseignement durant la formation initiale était souvent évoqué. M11 disait : « Peut-être parce que pendant les études on n'a pas assez insisté là-dessus. Ça c'est sûr, moi je n'ai eu rien du tout là-dessus, rien », pour M12 : « il y avait médecine du sport, mais 2 heures quoi, à l'arrache, sur la totalité du cursus ». Leurs pratiques étaient ainsi adaptées à leurs connaissances comme le précisait M6 : « j'essaye de délivrer un peu l'information, le peu d'information que j'ai ».

Certains avaient plus de connaissances sur l'AP mais ne savaient pas la prescrire comme M14 : « Moi je suis pas sûr d'être formée, de savoir quelle activité physique correspond à quel profil de patient, et avec quelle pathologie », ou bien même d'adapter l'activité au patient : « C'est pas parce que je vois un patient qui a une maladie de Parkinson que je vais savoir quel sport est adapté pour lui, à quelle fréquence il doit en faire, je ne sais pas du tout » (M5).

Deux médecins ne voyaient pas dans leur formation une limite : « La formation peut être pas » (M3), « ça fait pas partie des choses pour lesquelles je me sens une carence, où j'ai un besoin » (M4).

Les médecins jugeaient globalement leurs connaissances sur l'AP insuffisantes, et la formation initiale semblait en être la cause à leurs yeux, mais cet avis n'était pas partagé par tous. Certains déclaraient manquer de connaissances spécifiques pour prescrire et adapter l'AP.



- *Manque de prise de conscience des bienfaits de l'activité physique*

Bien qu'ils avouaient un manque de connaissances sur les bienfaits de l'AP de manière précise, les médecins interrogés disaient pour la plupart voir la pratique d'une AP comme bénéfique pour la santé globale. Pourtant, M5 n'y voyait pas là une priorité : « quand j'y pense ». C'était la même chose pour M12 : « Ce qui me limite c'est sûrement [...] le fait aussi que j'y pense pas ». La priorité était donnée aux thérapeutiques médicamenteuses pour M1 : « la prise en charge sur le plan thérapeutique dans un premier temps ».

Deux médecins se demandaient si les enjeux étaient bien compris par tous. C'était le cas de M7 : « Peut-être être convaincu soit même que l'activité physique a des effets positifs. Ce sera plus, entre guillemets, plus convaincant si on est convaincu soit même », mais aussi de M9 : « Pour l'activité physique, pour l'instant, je suis pas sûr que tous les médecins en soient vraiment conscients ». Il rajoutait : « Il faut que nous, on prenne conscience que c'est important ». Le problème n'était pour lui pas lié uniquement à l'AP, mais à la prévention de manière globale : « la prévention c'est pas quelque chose qui est encore dans les mœurs des médecins généraliste » (M9).

La prescription de l'AP n'était pas pour tous les médecins interrogés une priorité, et le traitement médicamenteux était souvent privilégié. Certains reconnaissaient qu'il existait peut-être un manque de prise de conscience de l'importance de l'AP pour la santé par le corps médical. Le champ de la prévention de manière globale n'était peut-être pas une pratique clairement acquise et réflexe pour d'autres.

- *Risques de l'activité physique pour la santé*

Deux médecins abordaient les risques liés à la pratique d'une AP. Pour M3, le risque était surtout lié au surentraînement : « Quand on voit des gens qui se mettent au sport, de 40 - 45 ans, je pense à la course à pied parce qu'ils sont très vite addicts, du coup on arrive dans d'autres travers ». M9 restait plus prudent : « notre examen clinique il est parfois un peu succinct, et on se dit que pour des gens qui ont beaucoup de facteurs de risque, qui ont la cinquantaine, est-ce qu'on doit leur dire de faire du sport ? Mais en même temps, on se dit pourvu qu'il ne leur arrive rien ».

Deux médecins abordaient les risques pour la santé de la pratique d'une AP, ce qui semblait représenter une limite pour l'un d'entre eux.

- *Rôle de l'activité physique personnelle du médecin*

Plusieurs médecins utilisaient leur « propre expérience » (M2, M8, M9) lorsqu'il s'agissait de prescrire de l'AP. M6 disait même parler de « sport qu'on connaît ». M7 avouait ne pas faire assez d'AP : « pour le coup il faudrait que j'en fasse un petit peu plus », tout en précisant : « Je pense que notre propre passé de médecin va jouer, ou notre propre activité va jouer ». M10 résumait : « Si tu fais pas de sport, t'en parles pas. Si t'en fais, t'en parles. Parce que déjà tu sais de quoi tu parles ».

M6 pensait que le message délivré aux patients était plus aisé si le médecin était lui-même sportif : « ils vont se dire, « ah bah mon médecin il me parle de ça mais est-ce que lui il en fait ? » ». M6 avouait même parler d'AP avec ses patients en fonction de sa pratique actuelle : « ces jours-là, j'en parle pas. Je suis dans le déni du sport pour moi, donc je suis dans le déni du sport pour eux. Donc c'est pas bien ». M3 réfléchissait même sur l'importance de la pratique du médecin : « peut-être un peu plus d'écoute, d'empathie et puis pratiquer du sport. Je serais content de connaître le pourcentage de médecin qui font au minimum 2 heures de sport par semaine ».

L'expérience personnelle sportive des médecins semblait influencer leur pratique. Les médecins prescrivaient plus naturellement de l'AP s'ils étaient eux même sportifs.

- *Découragement et lassitude du médecin*

Il existait un sentiment de lassitude à l'écoute des médecins interrogés lorsqu'il s'agissait de promouvoir l'activité physique auprès de leurs patients. Ce phénomène était surtout lié aux patients pour M2 : « Probablement d'être un peu défaitiste par rapport à ça justement, et de se dire qu'on a beau le répéter dans un certain nombre de cas, les gens ne le font pas en fait ». C'est ce qui expliquerait « qu'on n'en parle pas plus que ça » (M2). Il y avait de la fatalité dans les propos de M4 : « De toute façon il bougera jamais son cul ».

M11 expliquait son découragement plutôt par son ancienneté : « il y a un phénomène de lassitude avec l'âge », ou encore par l'attentisme des patients : « pour moi, c'est pas très encourageant de voir que finalement ils fument toujours, ils bouffent n'importe quoi, et puis ils bougent pas. Quand je suis dans cette phase-là, forcément c'est une limite, parce que je leur fais pas passer le message comme je le devrais ».

C'était plutôt le suivi chronique des patients selon M4 : « c'est vrai qu'on baisse assez vite les bras, il y a une sorte de découragement qui s'installe assez, au fil des consult ». Pour ce dernier, « c'est une partie du boulot qui [...] n'est pas très [...] gratifiante ». Les modalités de prescription qu'il utilisait ne semblaient pas le motiver : « Et que nous, on est un peu condamné à faire, oui du conseil ».

L'attentisme des patients, mais aussi l'avancée en âge des médecins interrogés semblaient avoir pour conséquences de les décourager et de les lasser, ce qui pouvait représenter un frein à la prescription de l'AP. Un médecin expliquait ce découragement par le manque d'outils disponibles à la prescription de celle-ci.

### 3.3.2.3 Facteurs liés à la société

- *L'activité physique : un sujet tabou*

Plusieurs médecins évoquaient des difficultés à aborder le sujet de l'AP avec leurs patients en consultation. Pour M11, parler d'AP était comparé à parler de tabac ou d'alcool : « C'est comme pour le tabac, c'est comme pour l'alcool, c'est tout ce qui dérange ». Le sujet était évoqué comme « délicat » (M13). C'était même « un sujet tabou » (M13). M6 disait avoir du mal à aborder le sujet par « peur de les braquer ». M13 expliquait d'ailleurs parfois éviter le sujet car « peut être qu'ils vont être un petit peu moins adhérents à la prise en charge ». Parler d'AP, c'était prendre le risque d'altérer la relation médecin-malade pour M14 : « elles vont se sentir stigmatisées ». Ainsi, M7 adaptait son discours : « Je les mets vachement à l'aise par rapport à ça ».

L'AP était un sujet parfois délicat à aborder en consultation par les médecins interrogés, car jugé tabou, ce qui représentait une limite à sa prescription.

- *L'activité physique n'est pas ancrée dans nos modes de vie*

Quelques médecins interrogés mettaient en avant les difficultés pour réaliser une AP régulière compte tenu du mode de vie actuel. « Je pense que les conditions aussi de boulot des gens ne favorisent pas non plus. Les activités sont maintenant très très sédentaires quoi. Travailler sur écran, c'est pas véritablement une activité physique » disait M4. M2 rajoutait : « les gens n'ont peut-être pas tous le temps en fait, en fonction de leur activité professionnelle ».

Pour M3, le problème était culturel : « C'est vrai la culture latine, la société actuelle où [...] à part la télé ou les écrans ou les applis, on a du mal à les motiver ». Il parlait de « dérive de la société », en précisant ensuite : « C'est comme acheter ses légumes et se faire sa cuisine, ou acheter tout fait, et bah là c'est pareil, s'asseoir devant son écran ou prendre ses baskets c'est pas la même démarche ». C'était également le cas de M12 : « c'est pas dans la culture du quartier [...], culturellement, on préfère manger que bouger ».

Parfois le frein était d'ordre religieux pour M7 : « un quartier où il y a une grosse population d'origine maghrébine, donc on voit beaucoup de femmes. Donc t'as souvent, tu sais, la barrière de pas faire du sport avec les hommes ». C'était également le cas de M14 : « il y a des femmes qui peuvent pas aller à la piscine, pour des raisons religieuses ».

Plusieurs médecins évoquaient l'importance de pratiquer une AP dans l'enfance. M1 pensait que « les gens qui ne font jamais ou n'ont jamais fait de sport n'en feront pas ». C'était une question d'« habitude » pour M4, et donc « le problème ». L'objectif était que l'AP devienne « quelque chose de plus naturel » (M2). C'était une « évidence » pour M10, qui résumait : « Tous ceux qui dans mes proches ont fait du sport étant jeunes, ils en font maintenant. Tous ceux que je connais qui [n'] en faisaient pas étant jeunes, ils font pas de sport maintenant. Ça semble évident tout ça, c'est comme la bouffe. Quand tes parents ils t'ont fait bouffer des conneries, enfin c'est comme la bouffe ».

Le changement pour un mode de vie plus actif était décrit comme « compliqué » (M6). Pour M4 : « l'activité physique ça vient de loin. Il faut des habitudes ». Le processus de changement était « difficile parce que ça demande du temps, ça demande de l'organisation, ça demande des changements d'habitudes, et c'est pas toujours évident » pour M2. L'importance de l'« effort personnel » pour M10. L'objectif était d'« intégrer ça dans la vie quotidienne des gens » (M4).

Le mode de vie actuel des patients représentait un frein à la pratique d'une AP, et donc sa prescription pour les médecins interrogés. Ils l'expliquaient par le caractère de plus en plus

sédentaire de nombreux postes de travail, et le manque d'habitude individuelle et collective à pratiquer une AP. L'importance de pratiquer un sport dans l'enfance était plusieurs fois rappelée. Les coutumes religieuses étaient parfois considérées comme une limite également.

- *Une société consumériste : le pouvoir du médicament*

Plusieurs médecins mettaient en avant les difficultés liées à nos « habitudes » (M2, M4). C'était pour eux un phénomène sociétal où « le problème, c'est que les gens, ils veulent des solutions miracles, tout de suite, à un souci » (M14).

M2 était encore plus radical : « ça n'aura pas le même impact que la prescription d'un médicament », et précisait « que l'on est très axé justement sur les médicaments, on est très axé sur la prise en charge médicamenteuse et on oublie un petit peu ces règles d'hygiène ». Les patients voulaient essentiellement un médicament pour M6 : « une fois qu'ils ont eu leur traitement médicamenteux, et bien c'est fini et point barre ». M4 avait un avis semblable : « il y avait un problème, je vous écris un truc, et alors la prescription généralement est une prescription pharmaceutique ».

Il était presque impossible de ne pas prescrire un traitement médicamenteux au terme d'une consultation pour M14 : « Si vous leur dites que leur ballonnement je sais pas, que leur constipation est liée à une mauvaise alimentation et qu'ils ne bougent pas assez, ils vont vous dire, « oui mais vous me prescrivez quoi Docteur ? Ou est mon médicament ? » ». M7 rajoutait qu' « en France t'as vraiment ce poids de l'ordonnance. Déjà psychologiquement chez les gens. Ils sont allés chez le médecin, ils ont leur ordonnance, donc ils sont presque guéris ». La conséquence était immédiate pour M4 : « ça [n'] a pas été des recommandations, ou un échange très très fructueux sur le plan de la promotion de l'activité physique ».

Les médecins interrogés voyaient dans les habitudes de consommation des patients un frein à la prescription de l'AP. Celle-ci n'était donc pas adaptée aux attentes des patients, et même de la société, où le « tout tout de suite » prévalait.

### 3.3.3 Rôle du médecin généraliste dans le cadre de la prescription de l'activité physique

### 3.3.3.1 La prise en charge globale du patient

Les médecins voyaient leur rôle comme « vraiment important » (M13), et « central » (M5) dans le cadre de la prescription de l'activité physique. Le but était surtout « préventif » (M14), sans préciser le niveau de prévention. M12 rappelait cependant qu'il fallait une « prise de conscience de manière générale que des fois il vaut mieux prévenir que guérir ».

Pour M3, la pratique d'une activité physique était indissociable d'une prise en charge diététique, et pensait « que ça serait aussi intéressant mais là c'est un débat de santé publique, que la diététicienne soit aussi remboursée chez le diabétique parce que effectivement faire du sport c'est bien mais si il arrête de boire du coca ça nous aiderait aussi », tout en concluant : « donc les deux conjointement ce serait intéressant ». D'autres médecins étaient du même avis, comme M10 : « ça sert à rien de faire un régime sans activité physique, strictement à rien », ou encore M9 pour qui c'était « intéressant de faire à la fois attention à ce qu'il mangeait, mais qu'il fallait l'accompagner d'une majoration de son activité sportive ».

Un médecin insistait sur l'importance de l'écoute du soignant : « un peu plus d'écoute, d'empathie » (M3).

La prescription de l'AP rentrait dans le cadre de la prise en charge globale du patient, à titre préventif. Pour un certain nombre des médecins interrogés, la prise en charge conjointe sur le plan diététique était indissociable.

### 3.3.3.2 Intérêt du conseil minimal

Plusieurs médecins mettaient en avant l'importance de ce qu'on pourrait formuler comme un conseil minimal. Parfois c'était « comme ça, juste une petite phrase » pour M10. Ce conseil minimal n'était pas toujours dispensé par les médecins, ainsi M11 expliquait sa surprise lorsqu'elle accueillait de nouveaux patients : « On aurait dit, c'est la première fois qu'elles entendaient ça ». Mais le résultat lui semblait positif : « la fois d'après, elle m'a dit, elle sort, elle marche ». C'était également le cas de M13 : « on avait conclu justement qu'il fallait faire une activité physique, d'ailleurs il s'y est bien tenu, et depuis il a perdu 3 kg ».

Le fait de simplement aborder le sujet permettait au patient d'« y repenser par la suite » (M10). Ce dernier insistait sur l'importance d'un simple conseil : « On a tendance à oublier dans les

milieux médicaux, que les patients ils repensent énormément aux consultations une fois qu'ils sont sortis de la consultation ».

Pour M11, c'était clairement le minimum : « Mais si le médecin il le fait pas, bah il fait pas son boulot », au même titre que pour M4 : « histoire d'avoir fait le job au minimum », alors que M14 était plus interrogative : « je trouve que dans la société, il faut tout dire. Et c'est un peu paradoxal ».

Les médecins rappelaient que leur rôle était aussi d' « accompagner » (M3), d' « encourager » (M4, M6, M9, M14), de « répéter » (M2, M4, M14) ou encore de « motiver » (M2) les patients. Certains étaient plus sceptiques puisqu'ils nuançaient en expliquant que les patients n'avaient « pas besoin de nous » (M3, M4).

La majorité des médecins interrogés rappelait l'importance de la délivrance d'un conseil minimal en AP.

### 3.3.3.3 Rôle d'exemple pour le patient

Plusieurs médecins s'interrogeaient sur la meilleure manière de motiver leurs patients à réaliser une AP. Cela passait par l' « exemplarité [...] du milieu médical » selon M8, qui rajoutait : « Il faudrait qu'on soit peut-être un peu plus vertueux nous-même ». L'impact sur les patients ne serait pas le même : « des fois il serait bon de choisir l'exemplarité que de devoir entre guillemets motiver les gens, c'est vrai que c'est plus facile », en insistant « ça ça aura un effet » (M8). Le conseil minimal était jugé comme limité parfois : « ça pourrait être un élément un petit peu plus concret que d'en parler, de faire que d'en parler » (M2).

Le rôle d'exemple s'appliquait à tous les domaines pour M10 : « C'est comme le tabac, comment tu peux conseiller un patient d'arrêter de fumer si tu fumes ? Ça me semble délirant. Comment tu peux conseiller un patient de perdre du poids si tu es en surpoids ? L'image elle est dure quand même ». Il rajoutait : « C'est important de faire attention à ce qu'on dit, à ce qu'on fait, et à ce qu'on véhicule ».

Au cours de l'entretien, les médecins s'interrogeaient sur leur pratique d'AP : « pour le coup il faudrait que j'en fasse un petit peu plus » (M7). Un médecin se sentait limité à parler d'AP puisqu'elle n'était elle-même pas assez active : « Parfois, je suis un peu embêtée par rapport à

ça » (M7). D'autres médecins s'interrogeaient sur leur pratique : « C'est toujours un peu, faites ce que je dis, pas ce que je fais » (M7, M8).

Motiver les patients passait par « montrer l'exemple » (M8). C'était clair pour M8 : « leur montrer que si le médecin fait une activité physique, c'est peut-être parce que lui y trouve du bénéfice ».

Les médecins interrogés mettaient en avant l'importance de leur exemplarité. Ils déclaraient avoir un rôle d'exemple à donner aux patients dans les différents champs de la prévention notamment.

#### 3.3.3.4 Le médecin de confiance

La plupart des médecins était du même avis concernant leur « rôle central » (M5). Selon eux, il revenait au médecin généraliste de parler de l'AP. Ainsi, pour M6, ce n'était pas le rôle d'un médecin spécialiste : « je les vois mal parler de ce genre de chose avec un spécialiste », et cela puisque les patients « ont tellement confiance dans leur médecin traitant ».

Cette confiance s'expliquait pour M7 par le fait « qu'on les voit, on les connaît bien, on les voit souvent les gens », et était encore plus insistante plus loin lors de l'entretien : « On les voit dans leur globalité les gens, on connaît leur peine de cœur, on connaît la couleur de ce qui avait dans la cuvette des toilettes le matin ».

Plusieurs médecins rappelaient leur place de médecin de confiance comme M13 : « C'est notre voix qui va être la plus écoutée ». M10 allait même plus loin en expliquant que « la parole est un peu d'or ».

Leur rôle central dans la prise en charge du patient, et la relation de confiance qui s'était installée avec eux étaient des facteurs nécessaires à la prescription de l'AP par les médecins interrogés.

#### 3.3.3.5 Education et responsabilisation des patients

Les médecins rappelaient l'importance d'éduquer les patients à la fois sur les bienfaits de l'AP, mais aussi à la réalisation de celle-ci.



Certains médecins expliquaient à leurs patients l'intérêt de l'AP comme M11 : « Je leur explique pourquoi », M10 : « je leur explique que ça les aiderait sur le plan médical, aussi sur le plan du moral, sur le plan du bien-être, sur le plan de pas mal de chose » ou encore M12 : « expliquer la dépense énergétique, et les bienfaits pour tout le reste du corps ». Ces explications étaient surtout dispensées pour les patients souffrant de pathologies chroniques pour M11 qui précisait : « j'aborde pas tout ça à chaque fois ».

Prendre du temps pour éduquer les patients était jugé comme « efficace » pour M10, « ça va forcément interroger le patient » pour M12, alors que M14 rappelait l'importance que « ce soit clair dans l'esprit des gens ». L'explication du manque d'AP des patients était « une question d'éducation » pour M10 toujours, qui poursuivait : « l'énorme raté qu'on a, c'est le sport à l'école ». L'éducation devait ainsi se faire « très tôt » (M10). M2 était du même avis et pensait qu' « après, ça suivrait peut-être plus facilement ».

L'éducation à la pratique d'une AP se faisait par la remise de conseils aux patients comme l'expliquait M8 : « Je leur demande de faire de la marche, et de la marche rapide. En leur disant que l'idéal est d'adopter un rythme comme si on allait louper le train ».

Leur rôle était aussi de « responsabiliser » (M7, M10) les patients. Les médecins interrogés insistaient sur ce point comme M10 : « les gens il faut qu'ils comprennent que c'est eux le patient », M6 : « c'est un peu méchant, mais qu'ils se prennent aussi un peu en charge quoi », ou encore M7 : « C'est à eux de se prendre en charge ». Un médecin expliquait que cette responsabilité des patients était nécessaire car « dans la société actuelle, on cocoone trop les gens » (M14).

Les médecins s'attribuaient un rôle d'accompagnateur, comme le disait M10 : « il faut que le patient comprenne que c'est sa santé, et que le médecin est là pour l'aider ». Quelques-uns rappelaient le rôle incontournable du patient et donc le responsabiliser devenait nécessaire : « Le médecin est là pour aller mieux, mais le médecin il est pas là pour faire les choses à sa place » (M10), « On peut pas tout faire pour eux » (M7).

Les médecins interrogés rappelaient leur rôle central dans l'éducation des patients à la pratique d'une AP, avec pour objectif d'initier et/ou d'accompagner leur prise de responsabilité. Néanmoins, ils rappelaient la nécessaire responsabilisation en amont des patients eux-mêmes.

### 3.3.4 Opinions sur la prescription de l'activité physique sur ordonnance

#### 3.3.4.1 Des avis partagés

L'idée de pouvoir prescrire de l'AP sur ordonnance était accueillie favorablement par une partie des médecins interrogés, comme c'était le cas de M1 : « Ah ouais moi je valide », ou M7 : « Je trouve que l'idée est pas mal ».

M7 déclarait une certaine satisfaction lorsque la consultation n'aboutissait pas à une prescription médicamenteuse : « je suis super contente quand ils repartent sans ordonnance ». Elle se projetait même à prescrire de l'AP sur ordonnance : « Je préfère franchement prescrire du sport aux gens que des anxiolytiques ou je sais pas quoi ».

D'autres, comme M3, envisageaient la prescription sur ordonnance comme une manière d'initier la pratique : « Ça pourrait initier, ça pourrait être un starter ». Ce serait plus efficace pour M7 qu'un simple conseil oral : « ça peut vraiment peut être plus les inciter encore à en faire ». L'ordonnance rendait la démarche « officielle » pour M11.

Certains y voyaient même une solution, comme le disait M6 : « ça nous permettrait d'être moins bloqué des fois devant nos ordonnances de médicaments », qui rajoutait juste après : « dans notre tête nous, c'est tout fait, on se dit bon bah le sport ça nous réglerait pas mal de problèmes ». M6 toujours se demandait s'il n'était justement pas nécessaire de « donner une ordonnance papier, parce que franchement, voie orale je sais pas si ils écoutent vraiment ».

M2 était plus interrogatif : « pourquoi pas si ça permet aux gens de la relire chez eux ». D'autres médecins n'y voyaient pas d'intérêt. M4 trouvait l'idée « bizarroïde », alors que pour M10, c'était même une « hérésie ». C'était pour lui « infantiliser » les patients, et « les prendre pour plus bêtes qu'ils ne le sont ».

Plus loin lors de l'entretien, M4 s'interrogeait sur sa pratique actuelle et nuancait : « pour le 3ème ou le 4ème âge je veux dire, on le fait des prescriptions [...] de remise en route quoi, d'aide à la marche, d'entretien articulaire, des trucs comme ça. C'est finalement une prescription d'activité physique ».

La question de la prise en charge financière était abordée. M4 faisait remarquer que « tout est lié aussi à ce que la sécurité sociale prend en charge, si on considère je veux dire à une prescription qui est pertinente », et que pour lui « si on fait une prescription, il faut qu'il y ait

une prise en charge ». Pour M9, la prise en charge financière des séances d'AP se justifiait uniquement si la pratique était encadrée : « si c'est simplement pour une histoire de prix, de coût de l'inscription et puis des séances, ça pourrait être intéressant si c'est une salle de sport avec des professeurs ».

La prescription d'AP sur ordonnance divisait les médecins interrogés. Une partie d'entre eux y voyait une solution à certaines de leurs limites et une officialisation de la promotion de l'AP qu'ils pouvaient faire jusqu'à présent. D'autres n'y voyaient pas d'intérêt et jugeaient que l'AP ne relevait pas d'une prescription écrite. La question de la prise en charge financière était également soulevée.

#### 3.3.4.2 Le pouvoir de l'ordonnance

Bien que les avis étaient partagés sur la prescription de l'AP sur ordonnance, la quasi-totalité des médecins interrogés était unanime sur « le pouvoir de la prescription » sur ordonnance pour reprendre les termes de M7. Pour M1, « ça a énormément de valeur », alors que M11 y voyait une possibilité de changement de comportement des patients : « à partir du moment où c'est une prescription officielle, c'est plus pris au sérieux par les patients ».

L'ordonnance en tant que telle renvoyait à « un ordre » (M12) ou une « injonction » (M4).

La prescription sur ordonnance serait plus efficace pour M9 : « Je me rends compte que quand c'est écrit, ça a aussi un poids supplémentaire par rapport à ce qui est dit oralement ». M7 et M12 expliquaient que l'ordonnance permettrait aux patients de faire le rapport avec leur santé. La première disait : « il y a vraiment un lien, ça c'est vraiment pour ma santé », tout en rajoutant immédiatement : « c'est le côté ordonnance », et la seconde expliquait : « Donc si c'est écrit sur l'ordonnance en fait, c'est comme un médicament, ça va être considéré comme un médicament, Donc ça va forcément interroger le patient ».

La démarche de prescrire une ordonnance au patient était vue comme un facteur motivant et favorisant la pratique d'une AP. Selon les médecins interrogés, les patients donnaient beaucoup de valeur aux principes d'une ordonnance.

### 3.3.4.3 Manque d'information sur le dispositif existant

Moins d'un quart des médecins interrogés connaissait leur possibilité de prescrire de l'activité physique adaptée (APA) sur ordonnance. Parmi eux, peu disposaient des informations nécessaires pour le mettre en pratique, c'était le cas de M14 : « Il y a eu une histoire un moment d'activité physique remboursée, mais on n'a pas plus d'information. Donc du coup moi j'en parle pas du tout ». Ce sentiment était partagé par M3 : « la loi est passée sur notre possibilité de prescrire du sport [...] moi personnellement je n'ai jamais vu les modalités d'application ». Alors que M5 semblait plus informé sur ce sujet : « [Je suis allé] au congrès de médecine du sport à Marseille [...] qui parlait pas mal de l'activité physique adaptée », il avouait ensuite qu'il y avait « beaucoup de flou qui restait encore autour de ça ». Ce que M5 voyait comme « un gros frein », c'était le manque d'information sur le dispositif existant : « c'est que les gens sont pas au courant de ce qui existe ». L'information semblait difficile à trouver, ce qu'expliquait M3 : « personnellement je n'ai pas trouvé l'information ». Les médecins avouaient leur manque de connaissances dans ce domaine comme le disait M7 : « je suis pas au point la dessus ».

Les médecins ne savaient pas où adresser leurs patients : « je le prescris et ça fait quoi ? » disait M2, « qu'est-ce qu'il y a derrière ? » disait M7, « qu'est-ce qu'il en fait de sa prescription en fait ? Il la lit, mais après je sais pas ce qu'il en fait, je sais pas ce que ça lui amène comme possibilité en fait » disait M12. La prise en charge financière restait sans réponse pour cette dernière : « Il paye plus sa cotisation ? Il a une enveloppe pour la payer ? je sais pas en fait ». C'était également le cas de M14 : « on [ne] sait pas c'est financé par quoi ». Cette dernière avait une idée des patients concernés : « je crois que c'est pour les gens en ALD, mais on n'a pas eu plus d'information », ce qui n'était pas le cas de M3 : « ça m'intéresserait, de savoir, [...] à quel type de patient c'est pris en charge ».

La rédaction de l'ordonnance posait problème pour M12 : « je sais même pas si il faut que j'écrive activité physique ou vélo, natation, je sais pas, je ne sais pas » et M14 : « sport sur ordonnance, mais on écrit quoi sur [l'] ordonnance ? ». Et alors que M5 connaissait le dispositif, il avouait : « C'est pas parce que je vois un patient qui a une maladie de Parkinson que je vais savoir quel sport est adapté pour lui, à quelle fréquence il doit en faire, je ne sais pas du tout ».

Un médecin citait le réseau sport-santé « Picardie en forme » (M5). Il expliquait : « je suis pas sûr que tout le monde soit au courant que ça existe et je pense que ça mériterait d'être un peu plus diffusé ».

Une grande partie des médecins interrogés ne connaissait pas leur possibilité de prescrire de l'APA sur ordonnance. Le manque d'information sur le dispositif existant, et les possibilités prévues pour le patient ensuite de pratiquer une activité physique adaptée représentaient une limite pour ces derniers.

#### 3.3.4.4 Nécessité d'encadrer et de formaliser la prescription

Certains médecins voyaient dans ce dispositif une possibilité de dérive, ce qui imposait d'encadrer la prescription. « Où est la limite ? [...] à partir de quand ça devient du confort en fait ? » rappelait M14. Cette dernière s'inquiétait : « c'est un peu la porte ouverte ». M7 faisait ainsi remarquer : « les gens sont très demandeurs de kiné. Donc on lutte un petit peu par rapport à ça, parce qu'on a la sécu ».

Les médecins demandaient à ce que la prescription soit standardisée comme le disait M2 : « il faudrait noter sur ordonnance quelle type d'activité en fonction de pathologies ». Pour certains, il serait intéressant d' « avoir des ordonnances à peu près faites » (M2), « des ordonnances de base » (M6). M14 était demandeuse d'une « sorte de guide par pathologie ».

Concernant la prescription, M14 rappelait l'importance que « ce soit bien cadré », mais aussi « qu'on nous laisse pas seul surtout, qu'il y ait des critères précis ». M9 demandait « des outils simples », et rappelait l'importance de standardiser le dispositif : « une fiche de prescription standardisée ».

Les médecins souhaitaient que la prescription d'APA sur ordonnance soit encadrée pour éviter les abus, et demandaient à ce que les ordonnances soient standardisées.

#### 3.3.4.5 Le rôle du médecin généraliste discuté

Les médecins interrogés n'étaient pas tous du même avis concernant leur rôle dans la prescription de l'AP. Certains pensaient que le rôle ne pouvait revenir qu'au médecin

généraliste, comme le disait M12 : « s'il y en a un qui prescrit c'est le médecin généraliste ». Elle expliquait cela par le fait que celui-ci « connaît bien [ses] patients ». Elle considérait les médecins généralistes comme « des gros aiguilleurs du ciel ». Par la « confiance » que les patients ont pour leur médecin traitant, M6 ne voyait pas un autre intervenant pour leur prescrire de l'AP : « je les vois mal parler de ce genre de chose avec un spécialiste ».

Certains médecins pensaient au contraire que ce rôle revenait à un autre professionnel de la santé, comme l'expliquait M14 : « ce serait peut-être plus un boulot de kinésithérapeute », qui s'interrogeait « faire faire ça par des médecins du sport ». Elle concluait en disant : « je pense qu'il faut que ce soit limité à certains médecins ». M5 pensait que ce rôle revenait au « médecin réadaptateur ». M10 disait clairement : « c'est pas notre rôle, sincèrement », avant de rajouter : « c'est pas aux médecins, notamment pour moi généraliste, de prescrire l'activité physique ».

Un médecin détaillait sa vision du rôle du médecin généraliste dans le cadre de la prescription d'APA sur ordonnance : « idéalement ce serait au médecin traitant de faire un courrier et d'adresser à quelqu'un qui fait le bilan fonctionnel et qui adresse à la bonne personne » (M5). Son rôle se limitait à « l'orientation et stop » toujours selon M5. Il rappelait cependant qu'il devait être à l'origine de la démarche : « c'est lui qui initie la chose, enfin je trouve ça normal ». Ainsi il attendait une prise en charge organisée pour permettre un suivi du patient : « qu'on ait un retour derrière ça ce serait optimal ».

Le rôle du médecin généraliste dans la prescription d'APA divisait les médecins interrogés. Alors que pour certains ce rôle ne pouvait leur échapper, pour d'autres c'était celui d'un autre professionnel de santé.

#### 3.3.4.6 Une ordonnance inutile

Plusieurs médecins remettaient en question le dispositif, c'était le cas de M8 : « honnêtement je sais pas si ça aura un effet ». Il expliquait son opinion immédiatement : « Je ne sais pas si le fait de marquer ça sur une ordonnance, ça va motiver les gens ». M6 était du même avis, et pensait surtout que le problème se trouvait dans la motivation des patients : « prescrire de l'activité physique à un patient qui n'est pas motivé, et lui faire une ordonnance, je vois pas comment ça peut fonctionner ».

Pour certains, l'ordonnance n'était pas un support adapté pour promouvoir l'AP. M10 disait : « On peut pas tout mettre sur l'ordonnance », M4 rappelait : « la prescription généralement est une prescription pharmaceutique », et M2 expliquait : « ça n'aura pas le même impact que la prescription d'un médicament ».

Prescrire de l'AP sur ordonnance « ne sera pas plus suivi que les médicaments », et ne va pas « favoriser l'activité physique au long cours » pour M10. L'objectif étant la pratique à long terme d'une AP, M3 s'interrogeait : « la prescription du kiné c'est bien mais si au bout de 10 séances ils ne font plus aucun exercice, ça n'a pas beaucoup d'intérêt ».

La question de l'observance était abordée par M1 : « Il faut savoir [...] quand même que les trois quarts des prescriptions sont pas suivis [...], des médicaments ou ce que tu veux », par M10 : « En France, il y a à peu près 30 à 40% des médicaments prescrits qui sont pris par le patient », et aussi M8 : « les gens qui reviennent vous voir avec une ordonnance qui vous disent, je vais vous dire la vérité j'ai pas pris les médicaments ».

La remise d'une ordonnance d'APA aux patients était vue comme inutile pour M2 : « ils vont la lire une fois, et puis après ils la mettront rapidement de côté ». Il n'y voyait que peu d'intérêt : « Je suis pas sûr que ça marquera plus les esprits ». M6 était du même avis : « quand ils vont rentrer ça va finir à la poubelle ou dans un fond de tiroir et puis voilà ».

L'AP ne relevait pas d'une prescription sur ordonnance pour certains médecins, puisqu'ils jugeaient que le support n'était pas adapté d'une part, et qu'elle ne résoudrait pas les problèmes de motivation et d'observance des patients d'autre part.

### 3.3.5 Solutions envisagées par les médecins généralistes

#### 3.3.5.1 Une médecine plus tournée vers la prévention

Plusieurs médecins évoquaient le fait que la médecine était maintenant plus préventive qu'elle n'avait pu l'être. Cette transition était décrite par M12 : « la médecine a changé. Elle devient préventive, beaucoup plus ». Cette dernière y voyait là une « prise de conscience de manière générale » (M12) de l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire à la fois de la société : « il coûterait moins cher à la société de prévenir que de guérir » (M12), des patients : « on est plus dans une

période « bonne bouffe », on mange moins de ci, moins de ça, on se bouge » (M12) ou encore du milieu médical : « essayer de prescrire le moins de radios possible et de médicaments » (M14).

La création d'une cotation particulière pour les consultations de prévention était proposée par M6 : « il faudrait qu'on ait des cotations, avec par exemple, comme quand on remplit le score d'Hamilton ou ce genre de choses », qui rajoutait : « on rediscuterait vraiment des choses, et là on le prescrirait. Et on aurait du temps pour ça ». M14 comparait cette idée à ce qui se faisait déjà pour le suivi de l'obésité des enfants : « il y a les consultations de suivi d'obésité qu'on peut coter, donc ça nous incite encore plus à en parler aux enfants ». Pour cette dernière « ce sera un bon investissement », car « si on veut faire du travail de qualité, il faut des moyens et du temps ».

Améliorer la formation des médecins durant leur formation initiale était prioritaire pour M10 : « Il faut absolument avoir des cours de nutrition et de médecine du sport, ça me semble indispensable », en insistant sur le fait qu' « en médecine générale [...], ça devrait être une part importante de notre cursus ».

Les médecins jugeaient leur approche en consultation de plus en plus orientée vers la prévention. Ils proposaient ainsi la création d'une cotation particulière pour les consultations dédiées à celle-ci, ce qui aurait pour conséquence d'y consacrer plus de temps. Attribuer une plus grande place à son apprentissage durant la formation initiale était important pour eux.

### 3.3.5.2 L'éducation précoce de la population à la pratique d'une activité physique

M4 rappelait « que l'activité physique ça vient de loin ». Il fallait pour lui avoir pratiqué un sport « étant plus jeune » car c'était « beaucoup plus simple ». La pratique d'une AP et sportive dans la jeunesse, était perçue comme essentiel pour de nombreux médecins. M1 pensait que « les gens qui ne font jamais ou n'ont jamais fait de sport n'en feront pas ».

Les solutions envisagées par M10 étaient inspirées de ce qu'il connaissait à l'étranger : « Tous les systèmes européens ont des cours le matin, de l'activité culturelle et physique l'après-midi, ils sont pas plus bêtes que nous. Alors je vois pas pourquoi on le ferait pas chez nous ». Il poursuivait ensuite : « l'éducation pas forcément par l'école, mais très tôt ». M6 pensait



également qu'il fallait « en parler tôt », car « ça restera une pratique dans sa vie quotidienne », ce que pensait aussi M2 : « ensuite ce sera déjà quelque chose de plus naturel ». Il fallait donc pour lui « prendre plus en considération à l'école ».

Les bénéfices espérés étaient multiples pour M2 qui voyait la possibilité d'un effet boule de neige : « si les enfants sont sensibilisés eux-mêmes vont sensibiliser leurs parents », alors que M6 pensait qu'il fallait « motiver les parents et les enfants ».

Développer la pratique régulière d'une AP durant le jeune âge, que ce soit sur le temps scolaire ou extra-scolaire, était jugé fondamental par les médecins, ce qui aurait pour conséquences selon eux de créer des habitudes de vie favorables.

### 3.3.5.3 Organisation de la prise en charge du « sport sur ordonnance »

La possibilité de prescrire de l'AP sur ordonnance n'était pas connue par tous les médecins interrogés, comme le rappelait M4 : « on n'a pas plus d'information ». A la fois dans la rédaction de l'ordonnance que dans le parcours de soins : « je le prescris et ça fait quoi ? » (M12). Les médecins semblaient intéressés : « ça m'intéresserait » (M3). M9 était demandeur d'un « site internet qui propose de s'informer sur les associations sportives », et cela à destinée des patients.

La prise en charge financière était débattue, mais pour M4 « tout est lié aussi à ce que la sécurité sociale prend en charge, si on considère je veux dire à une prescription qui est pertinente [...] Si on fait une prescription, il faut qu'il y ait une prise en charge ». M1 pensait qu'il fallait une prise en charge financière des patients : « s'il y avait une séance par semaine prise en charge par la sécurité sociale, ça motiverait les patients ça c'est clair », au même titre que M7 : « Des séances de sport remboursées par la sécu ».

Dans le cadre de la dispensation de l'AP, M4 imaginait « une nouvelle fonction donnant lieu à prise en charge », puisque pour lui : « on a affaire à ce moment-là à des paramédicaux dont la fonction serait de faire bouger les gens ». M9 était plus précis puisqu'il était demandeur de « consultations de prof APA [...] qui ferait lui aussi une expertise, et qui nous dirait, voilà, il faut qu'il fasse du kiné, qu'il aille à la piscine, tant d'heures par semaine, etc ». M8 proposait la possibilité de « développer dans les maisons de santé du coaching », ce qu'il faisait déjà en partie dans le cadre de l'expérimentation ASALEE.

L'importance d'un travail en réseau était mise en avant par M9 : « C'est surtout le coté réseau qui me manque ». M13 parlait d'un « manque de structure ». C'était pour M5 « le genre de chose le plus adapté ». M5 connaissait le réseau sport-santé « Picardie en forme » et disait à ce titre : « le fait qu'il y ait une structure où c'est eux qui, c'est eux qui font le bilan fonctionnel et qui adresse aux bons endroits, je pense que ça c'est des choses qui facilitent grandement la tâche ». Il poursuivait un peu plus loin dans l'entretien : « je pense que ça mériterait d'être un peu plus diffusé ». M6 rappelait que l'absence d'association sportive permettant la réalisation d'une AP encadrée était une limite au bon développement du dispositif : « quand on n'a pas ce type d'association dans une ville ou dans une région, on est quand même pas mal limité ».

Par la mise en place de ce dispositif, et si la prescription revenait à un autre professionnel de santé, certains médecins évoquaient la possibilité d'offrir au patient un autre discours. Pour M7, la consultation avec un confrère permettrait de l' « aider ». Elle pensait que « ça peut faire du bien aux gens ». C'était nécessaire de changer de discours pour M11 car « c'est des gens que je connais depuis longtemps », et elle rajoutait par rapport aux patients : « c'est comme si je disais rien quoi, vous écoutez pas ce que je vous dis et vous vous en fichez ».

Enfin, quelques médecins proposaient des initiatives personnelles à leurs patients comme le faisait déjà M8 : « notre infirmière ASALEE est en train d'organiser des sorties [j'en ai] fait deux avec elle ». Il y voyait un « moyen peut être coercitif ». M2 s'interrogeait à le faire également : « Je me suis déjà posé la question d'organiser des séances de marche avec mes patients ».

Les médecins étaient demandeurs d'informations concernant la prescription d'APA sur ordonnance, et soulevaient la question de la prise en charge financière, qui divisait ces derniers. Certains attendaient que le parcours de soins du patient, dans le cadre de cette prescription, lui permette à un moment donné d'avoir accès à un professionnel de santé spécialement formé à leur enseigner l'APA. La création et/ou le développement de réseaux intéressaient les médecins.

## 4 DISCUSSION

---

### 4.1 Discussion de la méthodologie

Le choix de la méthode qualitative découle de la problématique de notre étude. Nous cherchions à comprendre un phénomène, et non pas simplement l'exposer. Il s'agit, selon Giordano, de « rechercher les significations, de comprendre des processus, dans des situations uniques et/ou fortement contextualisées » (20). Le sujet que nous étudions a de plus été traité à de nombreuses reprises dans des études quantitatives, et moins de manière qualitative. Selon Malterud, « aucune méthode de recherche ne saurait décrire parfaitement les réalités de la vie », et « plutôt que de considérer les stratégies qualitatives et quantitatives comme incompatibles, elles doivent être considérées comme complémentaires » (21). Il nous a donc paru intéressant de confronter leurs résultats avec ceux d'une étude qualitative.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels plutôt qu'en groupe car ils ont l'avantage d'aborder des sujets plus personnels. Les médecins interrogés ont pu s'exprimer librement. Nous avons interrogé, pour une partie, des médecins directement ou indirectement connus de notre entourage, et avec qui nous n'avons pas abordé auparavant le sujet de la thèse. Cela nous a permis de constituer un échantillon varié, que nous considérons comme étant à l'origine d'un maximum de données sur le sujet de travail. En effet, la méthode de l'entretien part du principe que « le tout social serait inclus en chaque individu » (22). Selon Giordano, « dans les recherches qualitatives, la sélection des répondants n'est pas aléatoire, le chercheur vise plutôt à avoir accès, à l'intérieur d'un échantillon modeste de répondants, à la diversité des points de vue sur le sujet à l'étude » (20).

Le codage des données a été réalisé au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Cela nous a permis, par l'analyse des précédents entretiens, de rajouter une question sur l'opinion des médecins sur leur rôle concernant la prescription de l'AP, puisque ce sujet était spontanément abordé à plusieurs reprises. La triangulation des données a pu être respectée comme décrite dans la méthodologie.

## **4.2 Forces de l'étude.**

Cette étude tente de répondre à une problématique qui explore divers champs de la médecine. Par son abord qualitatif, nous avons réussi à faire émerger de nombreuses données dont quelques-unes n'ont pas été retrouvées dans la littérature à notre connaissance. Nous avons eu le souci de respecter au mieux les règles méthodologiques propres à la recherche qualitative renforçant la validité interne de l'étude. Nous avons réalisé une brève revue de la littérature au préalable, en évitant par la suite au maximum les biais de préconception par une triangulation des données et un codage par la méthode de la théorisation ancrée. Cela toujours dans le but d'optimiser au maximum le recueil des données lors des entretiens. Nous nous sommes astreints à éviter au maximum tous les facteurs pouvant intervenir de manière limitante dans la richesse du discours de l'interviewé lors des entretiens. Le choix de réaliser des entretiens individuels plutôt qu'en groupe a permis un discours libre et sincère, sans crainte de jugement. Notre guide d'entretien a été optimisé dès les premiers entretiens pour répondre au mieux à la problématique de l'étude.

## **4.3 Analyse des biais**

Les limites de ce travail sont liées à la fois au panel des médecins interrogés, à l'enquêteur mais aussi à la méthodologie.

Le premier biais est déclaratif ou biais de désirabilité sociale. Pour l'éviter au maximum, nous avons inséré une question « brise-glace » au tout début de l'entretien. De plus, une courte introduction était lue aux médecins interrogés pour les mettre à l'aise au maximum.

Le deuxième biais de cette étude est le biais de préconception. Pour l'éviter au maximum, nous avons réalisé une triangulation des données. Nous nous sommes de plus fermement attachés à suspendre de notre conscience nos connaissances, pour que les résultats soient ancrés dans les données, et non dans la conception que nous en avons de celles-ci (19). Un des principaux facteurs limitants de la méthode qualitative est l'habileté du chercheur à mener les entretiens. Le style de conduite, le mode d'entretien, les mécanismes de défense, les propres opinions de l'enquêteur peuvent influencer beaucoup la recherche (23). Le manque d'expérience du thésard en matière de recherche qualitative est donc une limite non négligeable à prendre en compte.

Le dernier biais est lié au guide d'entretien. Certains médecins interrogés ont eu du mal à bien comprendre le sens de certaines questions et notamment le terme « prescription ». La définition précise d'une prescription médicale peut varier selon les auteurs. Pour l'HAS, dans son rapport de 2011 portant sur la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses, la prescription « ne se limite pas aux préconisations inscrites sur l'ordonnance, elle peut également comprendre l' « orientation » du patient par le médecin vers certaines thérapeutiques et vers certains professionnels spécialisés aptes à l'accompagner dans le suivi de la thérapeutique ». L'HAS comprend aussi dans le terme de prescription la possibilité de l'énoncer à l'oral ou de remettre une brochure d'information (10). Cela a demandé, durant le déroulement des entretiens, une nécessité de définition, en précisant « sous toutes ses formes, orale ou écrite ». Cela a pu biaiser les données postérieurement recueillies.

#### **4.4 Discussion des principaux résultats**

##### 4.4.1 Etat des lieux de la prescription de l'AP en médecine générale

La plupart des médecins interrogés dans cette étude déclarait aborder le sujet de l'AP régulièrement avec leurs patients en consultation. Or, il semblerait que ce ne soit pas si souvent le cas dans d'autres études parues sur ce sujet. Ainsi, dans son travail de thèse, Cournot a montré que les médecins généralistes maîtres de stage des universités n'abordaient ce sujet que dans 12% des consultations. Sur les 34 médecins supervisés dans cette étude, et alors qu'ils ne connaissaient pas le motif de recherche durant leur observation par cinq internes volontaires, 30 d'entre eux ont abordé au moins une fois le sujet au cours de leurs consultations (24). Des résultats semblables sont retrouvés dans l'étude ECOGEN réalisée en 2011-2012. Les procédures de recommandations et d'éducation pour la santé représentaient 17,9% des actes, et les traitements non médicamenteux 16,1% des procédures. La prescription de l'AP pouvant faire partie de ces deux procédures (25).

Lorsque l'on s'intéresse aux déclarations des patients, les résultats vont dans ce même sens. L'AP n'avait jamais été abordée en consultation pour 35% des patients ayant un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup> selon le travail de Scoatariu-Thiébaud (26). L'AP semble donc être un sujet régulièrement abordé par les médecins lorsqu'on leur pose la question, toutefois l'évaluation chiffrée de cette question montre des résultats plutôt contrastés.

La prescription se fait pour la totalité des médecins interrogés par la remise de conseils oraux. Ce type de prescription a le mérite d'être simple et de dispensation rapide, et ainsi d'être utilisé facilement au décours d'une consultation pour un quelconque sujet. Cette donnée est largement retrouvée dans la littérature (27,28). La pratique actuelle des médecins de cette étude tend plus volontiers vers la promotion de l'AP, plutôt que vers une réelle prescription, qui serait dans ce cas adaptée au patient avec un temps dédié en consultation.

Les médecins évaluent peu et souvent insuffisamment le niveau d'AP de leurs patients. Presqu'aucun dans notre étude ne réalise d'évaluation systématique, et aucun n'utilise d'outil d'évaluation. L'évaluation, quand elle est faite, est souvent subjective, ce que retrouve également Tardy-Broucqsault dans son travail de thèse (29). Pourtant, les médecins semblent lui donner de la valeur dans le travail de Pellegrin, puisque 84% d'entre eux la considèrent comme importante (30). Dans une enquête menée entre 2014 et 2015 auprès des médecins généralistes des Pays de Loire, plus de 90% d'entre eux pensent que c'est leur rôle d'évaluer le niveau d'AP de leurs patients, et 74% disent même devoir le noter dans le dossier du patient. Et pourtant 91% utilisent l'interrogatoire sans outil d'aide spécifique pour l'évaluation (31). L'explication de la différence entre la pratique constatée et le rôle qu'ils s'attribuent réside dans leur méconnaissance globale déclarée de l'AP, mais aussi des outils d'évaluation existants. Nous pouvons citer, entre autres, les aides technologiques comme l'utilisation de podomètre, ou les questionnaires comme celui de Ricci et Gagnon qui est le plus souvent utilisé dans les études, ou encore le questionnaire IPAQ. D'autre part, aucun des médecins de cette étude n'aborde l'intérêt de la réalisation d'une épreuve d'effort avant la reprise d'une AP. Or, au-delà de 35 ans, l'étiologie la plus fréquente des morts subites des sportifs est l'athérome coronarien, alors qu'avant 35 ans ce sont les cardiomyopathies (32). Selon la Société Française de Cardiologie, une épreuve d'effort peut être envisagée chez des sujets asymptomatiques ayant un risque cardiovasculaire modéré et souhaitant débiter une AP intense (33). Ainsi, alors que les médecins évaluent peu le niveau d'AP de leurs patients, et qu'ils n'utilisent pas d'outils le permettant, aucun ne rapporte prescrire d'épreuve d'effort à leur patient, ce qui peut représenter un outil simple et validé pour autoriser ou non la pratique d'une AP sécurisée par la suite.

Aux yeux des médecins, la prescription d'AP dans certaines pathologies semble privilégiée. Ainsi, celles les plus souvent citées sont le surpoids et l'obésité, le diabète et les autres facteurs de risque cardio-vasculaires. D'autres sont également évoquées, comme les problèmes rhumatologiques notamment. Cela semble comparable aux autres travaux de thèse où les maladies métaboliques et les autres facteurs de risque cardiovasculaires sont fortement représentés (24,34). Les médecins interrogés dans cette étude abordent aussi très souvent l'AP dans la santé mentale et les troubles dépressifs des patients, ce qui est par contre moins le cas dans les autres études. De nombreuses pathologies dans lesquelles la pratique d'une AP a démontré son efficacité ne sont pas citées dans notre étude. C'est le cas de la pathologie cancéreuse, ce qui semble être un oubli fréquent (35,36). Dans la thèse de Louette-Kowalski, 95,6% des médecins proposent « rarement » ou « jamais » l'AP à leurs patients cancéreux. Et pourtant, en prévention primaire, l'AP diminue le risque de cancer de 17% tous cancers confondus. C'est surtout dans le cancer du sein et colorectal que les résultats sont les plus importants, avec respectivement une diminution du risque en prévention primaire de 15-20% et 24% (37). Dans la méta-analyse d'Ibrahim et al. réalisée en 2011 (38), 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 récurrence de 24%. Ces résultats étant indépendants du niveau d'AP antérieur au diagnostic. Ce résultat peut paraître étonnant d'autant plus que les bénéfices de l'AP dans la prise en charge du cancer ont été largement médiatisés et font l'objet de prises en charge assez structurées dans le cadre des dispositifs d'accompagnement des patients souffrant de cette pathologie.

L'AP est plus souvent conseillée dans un cadre de prévention secondaire, et elle est souvent peu abordée par les médecins en l'absence de demande du patient (29). C'est un constat qui est également fait dans notre travail, puisque certains déclarent attendre que la demande émane du patient, ou alors que celui-ci consulte pour un certificat d'absence de contre-indication à la pratique sportive, ce qui peut traduire un manque d'intérêt de certains médecins pour l'AP. D'autre part, cette impression semble aller en contradiction avec le fait que beaucoup des répondants ont également insisté sur l'importance de l'éducation dans le développement de la prescription de l'AP et sur leur propre rôle dans ce processus.

L'AP la plus souvent conseillée est la marche, puisqu'elle est de réalisation simple pour les médecins interrogés. C'est l'AP qui est la plus souvent prescrite en médecine générale. Elle est

prescrite chez 90% des patients dans une étude menée dans la région Auvergne sur l'AP dans la prise en charge du diabète (39), de même que 98,7% des médecins généralistes la conseillent en première intention dans le travail de Chapuis (40). Ces données sont également retrouvées à l'étranger. Dans une étude australienne, les médecins généralistes délivrent des conseils généraux en matière d'AP, avec en premier lieu de marcher le plus possible (41). Les médecins tentent d'adapter leurs conseils aux modes de vie des patients, et font souvent appel au bon sens, cependant ils restent rarement systématiques, et leurs conseils restent imprécis.

#### 4.4.2 Facteurs limitant la prescription d'activité physique

Les freins sont surtout liés aux patients pour les médecins généralistes interrogés. Ils sont d'ordre intrinsèque et extrinsèque, ce qui est largement retrouvé dans la littérature comme nous allons le voir dans une première partie. Cela étant, comme nous le verrons dans une deuxième partie, notre étude a pu faire émerger des freins à la prescription d'AP liés aux médecins eux-mêmes ou à leur pratique. Enfin, les médecins interrogés ont également mis en avant des limites liées à la société empêchant le développement de la prescription de l'AP en médecine générale.

Le premier frein évoqué est le manque de motivation des patients. Les médecins interrogés sont assez unanimes sur ce point. C'est le frein le plus souvent évoqué dans les études (42), et constitue même souvent le premier obstacle selon les médecins généralistes (43). Ils sont régulièrement confrontés au refus explicite des patients, ou à leur désintérêt (44). Une étude suisse réalisée en 2000, pointait déjà ce frein puisque 53% des médecins interrogés le considéraient comme important (45). Lorsqu'on interroge les patients, les résultats ne sont pas différents, et dans la thèse de Scoatariu-Thiébaud, 74% des patients interrogés déclarent leur manque de motivation comme le premier facteur limitant leur pratique d'AP (26). Bien qu'il puisse paraître logique que les patients déclarent leur manque de motivation comme un frein important à la pratique d'une AP, le fait qu'il soit perçu comme un des principaux freins à la prescription d'une AP par les médecins semble pouvoir révéler leur impuissance à convaincre leurs patients, ou encore à leur incapacité à les motiver. Et cela semble engendrer une anticipation négative de ces derniers lorsqu'il s'agit de prescrire de l'AP.



Les médecins de cette étude n'étaient pas tous du même avis concernant la connaissance que les patients ont des bienfaits de l'AP sur la santé et de l'importance qu'ils accordent à pratiquer de l'AP régulièrement. Cette non perception par les patients du lien entre l'AP et la santé était déjà pointée par les médecins dans la thèse d'Anis (34). Ce constat l'est également lorsqu'on s'intéresse aux patients. Ainsi, dans la thèse de Scoatariu-Thiébaud toujours, 35% des patients interrogés et présentant une pathologie préexistante ne considéraient pas que la pratique d'une AP puisse alléger leur traitement chronique. Il se dégage donc l'idée que leurs connaissances ne sont pas suffisantes pour leur permettre un contrôle optimal de leur pathologie, quelle qu'elle soit. Cela semble se confirmer dans d'autres travaux de thèse. Dans l'étude de Parrou et Barthélémy (46) qui s'intéressait aux patients de plus de 65 ans, les sujets les moins actifs étaient moins convaincus que les actifs que l'AP améliorerait la forme physique des séniors ( $p=0,0003$ ). Quant au travail de Boukhriss (47) qui s'est intéressé aux femmes enceintes, il ressortait que plus de 90% de ces dernières méconnaissaient les bénéfices de l'AP sur la prévention des complications pendant la grossesse. Cela avait pour conséquence l'arrêt complet de l'AP durant la grossesse pour 65% des femmes qui étaient actives avant le début de leur grossesse.

Le faible niveau socio-économique des patients semble représenter un frein à la pratique d'une AP pour les médecins interrogés, et ainsi pourrait être un facteur prédictif de la pratique d'une AP. En effet, un niveau d'éducation plus modeste ne permet pas de prendre conscience des bénéfices de la pratique d'une AP (48). Il existe aussi sûrement une confusion entre AP et sport du côté des patients, mais également du côté des médecins de notre étude. Et alors que quelques-uns de ces derniers ont spontanément scindé ces deux termes puisque leur définition diffère, la majorité les a utilisés sans les différencier. D'autres travaux de thèse se sont intéressés à l'avis des patients sur l'importance de leurs revenus. Les patients y voient aussi une limite, comme dans la thèse de Lesage puisqu'ils citent les faibles revenus comme étant une limite pour 51,5% d'entre eux (49), et arrive en 3<sup>ème</sup> position dans la thèse de Scoatariu-Thiébaud après le manque de motivation et l'influence de l'environnement (26). Pourtant dans cette thèse toujours, 22,5% des patients se déclarent non convaincus d'initier une AP, et cela même si elle est remboursée, ce qui interroge sur le frein réel de la question financière. Le niveau socio-économique représente une limite pour les patients selon les médecins, mais c'est leur niveau éducatif qui semble être plus limitant.

Un autre frein à la réalisation d'une AP selon les médecins interrogés est le manque de temps des patients. Cette limite est à la fois clairement expliquée par certains, qui se citent même en exemple, mais pour d'autres c'est une excuse peu valable. Pourtant, dans les études s'intéressant plus spécifiquement aux freins à la pratique d'une AP, les médecins mettent souvent en avant cet aspect, comme dans la thèse de Barthel où il représente le 2<sup>ème</sup> frein pour 41,7% des médecins, après le manque de motivation des patients (43).

Les médecins interrogés ont régulièrement cité le manque d'estime qu'ont les patients pour eux-mêmes, et leur difficulté à s'exposer en public, surtout dans les problématiques de surpoids et d'obésité, alors même que les sports en décharge leur sont souvent conseillés, et donc par exemple la natation. Cette limite est rarement retrouvée dans les travaux sur ce sujet, alors qu'elle semble peu discutable. Dans une étude réalisée sur des patients obèses avant chirurgie bariatrique, le frein déclaré par les patients pour pratiquer une AP était la gêne physique liée à leur corpulence, le regard des autres, et la stigmatisation sociale (50). C'est pour cette raison que le président du syndicat national des médecins du sport recommande, pour cette population, d'éviter la natation et tous les sports dévêtus, en leur préférant la marche à faible intensité et les sports assis (cyclisme, aviron, renforcement musculaire assis ou allongé, ...).

Enfin, les problèmes médicaux des patients sont parfois un facteur limitant selon les praticiens. Mais cette donnée n'est étonnamment que peu citée dans notre étude. Cette limite est plus souvent mise en évidence dans les travaux s'intéressant aux patients, bien qu'elle soit largement moins citée que les précédentes raisons mises en avant. L'absence de ce résultat dans notre travail peut finalement paraître plutôt encourageant, et pourrait implicitement révéler le fait que les médecins interrogés ont globalement intégré qu'une pathologie chronique ne représente pas une limite pour la pratique d'une AP.

Nous retrouvons dans les travaux s'intéressant à l'AP en médecine générale l'importance des freins intrinsèques et extrinsèques aux patients, et moins souvent ceux liés aux médecins généralistes. Pourtant comme nous l'avons vu dans la courte introduction de ce chapitre, la réflexion des médecins aboutissait souvent à de nombreux freins étant liés à leur pratique ou à eux-mêmes.

Le premier frein lié aux médecins retrouvé dans les études est le plus souvent leur manque de temps en consultation pour prescrire de l'AP, ce qui est le cas dans notre étude. Les médecins interrogés délivrent souvent l'information rapidement, sans prendre le temps d'évaluer le niveau d'AP des patients, puis de leur prescrire une AP adaptée. La méta-analyse de Hebert et al. (51) retrouve même qu'il est le frein le plus souvent retrouvé dans les études. Une enquête auprès de médecins néo-zélandais, dans le cadre d'un programme de prescription d'AP nommée « green prescription », retrouvait également le temps comme principale contrainte (13). Dans la thèse d'Anis réalisée en 2015 en Picardie (34), c'était déjà une limite régulièrement citée par les médecins, après le refus des patients. Ce premier frein peut s'expliquer à la fois par la chronophagie d'une consultation qui se concentrerait sur l'AP, mais aussi peut-être par la perte de sens que peuvent ressentir les médecins de cette étude à prescrire de l'AP.

Un autre frein souvent relaté dans ce travail est le manque de formation des médecins à la prescription de l'AP, et leur manque de connaissances sur ce sujet. Le manque de formation semble être moins souvent une limite que d'autres facteurs dans les différents travaux sur le sujet, mais en analysant les verbatims de notre travail, il représente un des freins majeurs. Et alors que ce n'était pas comme nous l'avons vu la question de recherche, les médecins l'ont à de multiples reprises abordés spontanément comme un élément limitant dans leur pratique. La connaissance des médecins semble bien souvent empirique, et finalement assez générale et superficielle sur ce sujet. Ils savent que l'AP est bénéfique pour la santé, mais leurs connaissances restent insuffisantes. Les bienfaits de l'AP sont supposés par les médecins de notre étude, mais de nombreuses pathologies sont omises comme nous le disions précédemment. Cela a pour conséquence de limiter leur prescription, ce qui est retrouvé dans d'autres travaux (30,49). Les médecins interrogés ne se sentent pas suffisamment formés durant leurs études médicales. Dans la méta-analyse de Hebert et al. toujours, le manque de formation et d'entraînement à la prescription d'AP représentent la 2<sup>ème</sup> barrière à la promotion de l'AP. Ballay s'est intéressé dans son travail de thèse (52) aux connaissances des médecins généralistes sur les recommandations en matière d'AP en fonction des différentes classes d'âge. Les résultats sont assez éloquentes : 1,8% (soit un médecin sur les 178 étudiés) prescrivent correctement l'AP chez les 5-17ans, 23% pour les adultes et 16,3% chez les plus de 65 ans. Dans une autre étude réalisée sur les internes de médecine générale en Bourgogne (53), les résultats sont semblables avec une grande méconnaissance des recommandations en matière d'AP, ce qui fait dire que la formation initiale est insuffisante.

Une autre observation importante qui découle du manque de connaissance des médecins est qu'ils ne semblent pas prendre conscience réellement des bienfaits de l'AP sur la santé. Dans une étude s'intéressant aux médecins généralistes de l'ancienne région Languedoc-Roussillon (28) sur la prise en charge des patients présentant une hypertension artérielle, les médecins personnellement hypertendus prescrivaient significativement plus d'AP à leurs patients que les médecins ne souffrant pas d'hypertension artérielle ( $p=0,0332$ ). Ce qui laisse supposer dans ce cas, chez les médecins personnellement hypertendus, une prise de conscience des enjeux et de l'importance de l'AP dans la prise en charge de cette pathologie. Cette méconnaissance générale des bienfaits de l'AP pour la santé a pour effet secondaire un faible taux de prescription d'AP.

L'influence de l'AP personnelle des médecins sur leur pratique en matière de prescription d'AP n'est plus à prouver. Plusieurs études montrent qu'un praticien physiquement actif conseille plus souvent et de façon plus approfondie l'AP (54,55). Bien que ce lien ne soit pas particulièrement recherché dans ce travail puisque nous ne posons pas la question explicitement, dans le but de ne pas provoquer cette donnée, les médecins l'ont spontanément évoqué.

Nous avons aussi observé lors des entretiens réalisés, un certain découragement des médecins, qui semble s'expliquer par un sentiment d'inefficacité lorsqu'il s'agit de prescrire de l'AP. Ce sentiment est plusieurs fois retrouvé dans d'autres travaux. Dans celui de Faure (56), un échec préalable pour prescrire de l'AP ainsi que l'inobservance des patients étaient vécus comme un frein pour plus de 50% des médecins. Le manque d'outils à disposition pour promouvoir et prescrire efficacement l'AP est vécu comme une limite. Il nous a semblé ressentir dans notre travail une gêne des médecins par rapport à la rigueur biomédicale auxquels ils ont été formés. L'impression d'expliquer des banalités contribue au moindre intérêt pour ce conseil et cette prescription. La promotion de l'AP, et plus encore sa prescription sont perçues comme abstraites par les médecins de notre étude. Ce savoir « flou » est peu retrouvé dans la littérature, alors que les médecins interrogés l'ont souvent expliqué et cela semble représenter un obstacle dans leur pratique. Il se dégage pour certains d'entre eux un sentiment de lassitude à l'évocation du sujet de l'AP. Les résultats et le « retour sur investissement » du temps consacré à prescrire de l'AP ne sont pas à la hauteur de leurs espérances, ce qui représente assez clairement un obstacle à la prescription.

Une troisième catégorie de freins limitant la prescription de l'AP soulevée dans ce travail par les médecins interrogés est le rôle de la société. Dans un premier temps, les médecins de notre étude rappellent les comportements sédentaires des patients, mais aussi le rôle de la société est elle-même qui est de plus en plus limitante dans l'optique d'un mode de vie physiquement actif, et surtout qu'elle pousse à des comportements sédentaires. En France, l'étude Esteban 2014-2016 (57) relevait que près de 90% des adultes de 18-74 ans déclaraient 3 heures ou plus par jour de comportement sédentaire, et jusqu'à 41% plus de 7 heures. Alors qu'en 2006, 53% des adultes déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour en dehors de toute activité professionnelle, ils étaient 80% en 2015. Quant aux enfants de 6-17 ans, seuls 28% des garçons et 18% des filles atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'AP en 2015. Toujours selon la même étude, la sédentarité semble davantage le fait de « loisirs sédentaires » chez les personnes les moins diplômées, et davantage le fait d'une « activité professionnelle sédentaire » chez les diplômés. Selon l'OMS (58), les raisons de la sédentarité sont en partie dues à un manque de pratique d'AP durant les temps de loisirs et à une augmentation des comportements sédentaires au cours des activités professionnelles et domestiques, ce qu'explique également l'Agence nationale de santé publique – Santé publique France. De même, l'augmentation de l'utilisation des modes de déplacements passifs, ou encore l'urbanisation croissante, avec pour conséquences l'augmentation de la violence, de la circulation ou encore de la pollution semblent expliquer cette épidémie de sédentarité (58). Selon le Baromètre Santé 2008 (6), la majorité des AP réalisées au cours de la journée est liée aux activités professionnelles, qui sont elles-mêmes de plus en plus sédentaires. Le rythme de vie et de travail des personnes est d'ailleurs considéré comme un des principaux freins à la réalisation d'une AP régulière selon les médecins généralistes exerçant en Corse (59). Notre environnement ne semble pas non plus adapté pour permettre une pratique régulière d'AP selon les médecins interrogés, ce qui est retrouvé dans la littérature (60). Il existe une répartition hétérogène des associations et structures sportives sur le territoire, et cela semble constituer un obstacle, ce qui a été mis en évidence dans notre étude, en rappelant la difficulté que certains patients ont pour être véhiculé. Nos modes de vie, par des activités professionnelles ou de loisirs qui sont donc elles-mêmes de plus en plus sédentaires, ou encore des modes de déplacements passifs sont pointés par les médecins interrogés, et représentent une limite bien connue déjà par les pouvoirs publics.

Dans un deuxième temps, le « tout tout de suite », vouloir absolument un médicament plutôt que des conseils. Les praticiens interrogés voient dans les habitudes de consommation de la population, et donc de leurs patients, un obstacle à la prescription d'une AP, dans le sens où elle nécessite des changements importants dans leur rythme de vie, mais aussi que les bénéfices à tirer d'un tel changement ne sont pas immédiats. Le patient préfère prendre un médicament plutôt que de devenir actif. Il recherche avant tout une solution à court terme, toujours selon l'avis des médecins de notre étude, ce que ne propose pas l'AP pour la santé. Dans le travail de Chevallier et Bultez (61), qui s'est intéressé au ressenti des médecins généralistes en Rhône-Alpes sur la prescription d'APA, le fait que la société pousse les patients dans une dynamique de consommation était vécu comme un obstacle. Dans la thèse d'Anis, les médecins généralistes mettaient en avant la réticence aux changements des patients (34). Plusieurs travaux de thèse ont déjà mis en évidence l'influence de la prescription médicamenteuse au détriment des autres thérapeutiques non médicamenteuses (40,62). Dans la thèse de Vaillant qui s'intéresse au point de vue des médecins généralistes dans la prise en charge de leur patient diabétique de type 2, le traitement médicamenteux et diététique était considéré comme plus efficace que la réalisation d'une AP.

Selon le rapport HAS datant de 2011 sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses (10), la prescription d'un médicament est vécue par le patient comme certification de son état pathologique, concrétisation de l'acte médical et peut être le lieu d'un investissement psychologique et affectif, ce qui rend plus difficile encore la prescription de l'AP. Au-delà de son action pharmacologique, la prescription médicamenteuse est considérée comme le symbole le plus ancien et le plus visible de la connaissance et de l'expérience du médecin. Elle dispose d'une valeur symbolique complexe autour de laquelle se construit la relation médecin/malade.

Ce constat n'est pas généralisable à tous les pays européens. Ainsi, selon le rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) datant de 2014 (63), la France est un des premiers consommateurs de médicaments, et sa consommation est qualifiée de « surabondante ». On estime qu'en France, 90% des consultations donne lieu à la rédaction d'une ordonnance. A titre de comparaison, c'est 43% aux Pays-Bas, ou encore 72% en Allemagne. Cela s'expliquerait dans ce rapport par l'inconscient collectif français qui ferait l'amalgame de la consultation médicale et de l'acte de prescription d'un médicament. En d'autres termes, une consultation doit se terminer par la rédaction et la remise d'une

ordonnance médicamenteuse pour être réussie, ce qui est rapporté par les médecins interrogés.

Enfin dernièrement, nous observons dans cette étude le fait que l'AP représente un sujet tabou, à la fois pour les médecins, mais aussi pour les patients selon les praticiens interrogés. L'AP, ou plutôt le manque d'AP, est considéré comme un sujet délicat à aborder en consultation par les médecins interrogés, de peur de braquer les patients. C'est une donnée que nous retrouvons uniquement dans le travail de thèse de Reverdy (64). Cette observation révèle à quel point l'AP ne semble pas ancré dans le mode de vie que propose la société, et que l'aborder en consultation puisse être tabou à la fois pour les patients et les praticiens, selon l'avis même des médecins de notre travail. Les données sur ce sujet sont cependant plus rares, nous n'avons pas retrouvé d'éléments dans la littérature allant dans ce sens et leur impact réel ou supposé n'est pas bien évalué.

#### 4.4.3 Facteurs favorisant la prescription d'activité physique

Le rôle central du médecin généraliste et sa place dans le parcours de soins des patients est rappelé par la majorité des médecins interrogés dans notre étude, et encore plus lorsqu'il s'agit du cadre préventif au sens large. Cependant, ils sont plus divisés sur le thème de la prescription de l'AP. Il semblerait pourtant que les patients attribuent un rôle plus important à leur médecin traitant que ces derniers ne le pensent. Certains médecins interrogés dans ce travail ne se sentent pas forcément utiles lorsqu'il s'agit de prescrire de l'AP, et pensent que leurs patients n'attendent pas d'eux qu'ils jouent ce rôle. Or, plusieurs études s'intéressant au point de vue des patients montrent que ces derniers attendent que leur médecin traitant puisse les guider et les conseiller dans la pratique d'une AP (65,66). Dans la thèse de Jegou (67), les patients considèrent le médecin généraliste comme un acteur principal pour l'informer sur l'AP.

Les médecins de notre travail rappellent l'importance d'une prise en charge conjointe à la fois sur le plan de l'AP mais aussi diététique. Prescrire de l'AP s'insère dans un cadre essentiellement préventif pour les médecins interrogés, et qui renvoie à un mode de vie sain, par le « bien manger – bien bouger » selon eux. Ils rappellent ainsi l'importance de délivrer les

messages de prévention ensemble, notamment les conseils diététiques et d'AP, de manière à être plus efficaces en agissant en synergie.

Le rôle exemplaire que doit jouer le médecin est plusieurs fois exposé par les médecins interrogés dans cette étude. Cette donnée n'est pas retrouvée à notre connaissance dans la littérature sur ce sujet. On peut considérer que le praticien se sent plus à l'aise à prescrire de l'AP s'il est lui-même physiquement actif, ce que nous avons déjà discuté précédemment. Sa pratique personnelle peut donc jouer de leur point de vue comme un frein mais également comme un facilitateur.

Une partie des médecins interrogés rapportent ressentir depuis quelques années un déplacement des priorités de santé publique vers le domaine de la prévention. Ils évoquent des pratiques plus préventives qu'autrefois, mais aussi la sensation qu'on est dans une période de changement important. En effet, le rapport de l'HAS datant de 2011 confirme l'importance que les pouvoirs publics accordent aux TNM. L'AP est maintenant reconnue comme l'une d'entre elles depuis 2011. Les initiatives à l'égard de la prescription de l'AP sont récentes, mais le nombre important d'articles et d'études récemment parus sur ce sujet semble mettre en valeur l'importance grandissante qu'on leur donne. Dans le plan santé 2018-2022 paru début 2018, le gouvernement français semble miser sur la prévention. Ainsi, « la prévention doit devenir centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de la population » selon le premier ministre Edouard Philippe (68). Renforcer la prévention et la promotion de la santé était déjà l'un des piliers de la loi de modernisation du système de santé de 2016 (69). Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) de 2011-2015 avait également parmi ses axes principaux celui de développer l'AP et sportive et de limiter la sédentarité (70). L'objectif du dernier plan santé 2018-2022 est ainsi de transformer le système de santé en anticipant les soins et non plus attendre que l'on soit malade pour se soigner, et passe par la mise en application de nombreuses démarches de prévention (71). Ces initiatives préventives sont ressenties indirectement par les médecins de notre étude et cela semble être un facteur qui les motive à prescrire ou aborder le thème de l'AP avec leurs patients plus régulièrement, puisqu'ils se sentent soutenu dans une démarche qui tend à donner aux démarches préventives une place plus importante.



La remise de conseils oraux est de loin le mode de prescription le plus utilisé par les médecins généralistes interrogés, ce qui peut révéler l'importance qu'ils attribuent au conseil minimal en AP dans leur pratique. Leur discours reste cependant ambivalent par le fait que s'ils s'attribuent un rôle central dans le cadre de la prévention, on constate que leur pratique en matière de prescription d'AP reste encore réduite, par la simple remise d'un conseil minimal pour la majorité, bien que cette pratique a déjà prouvé son efficacité (72). Néanmoins, les médecins interrogés dans notre étude semblent délivrer un conseil minimal en AP par contraintes plutôt que par efficacité de celui-ci. Et bien qu'ils expliquent qu'il leur revient ce rôle de prescription d'AP, leur pratique en la matière reste minimaliste.

#### 4.4.4 La prescription d'activité physique sur ordonnance

Il existe une grande méconnaissance des médecins interrogés sur leur possibilité de prescrire de l'AP sur ordonnance. La prescription d'APA sur ordonnance est prévue par le décret du 30 décembre 2016 (11) et permet aux médecins traitants d'en faire bénéficier leurs patients souffrant d'une ALD (73). Cette APA pourra être dispensée par un des professionnels prévus à cet effet, en fonction du bilan fonctionnel du patient. Quelques médecins de notre étude ont déclaré avoir entendu cette information dans les médias, mais ils ne connaissent en aucun cas les tenants et les aboutissants de ce dispositif. Cette constatation n'est pas souvent retrouvée dans les autres travaux réalisés sur le sujet. Cela s'explique par le fait que nous n'avons pas informé les médecins interrogés au début l'entretien de leur possibilité de prescrire de l'AP sur ordonnance, comme le permet le décret. Ainsi, lorsqu'il s'agissait d'obtenir leur avis sur cette possibilité de prescrire, certains nous ont fait part de leur étonnement de l'existence même de ce dispositif, alors que d'autres ont réagi sans même savoir que la mesure leur était possible. Cela met en avant le criant manque d'information sur ce sujet des médecins généralistes qui sont censés être les prescripteurs comme le rappelle ce décret. Pour les quelques médecins ayant connaissance de cette possibilité, aucun n'avait la capacité de nous apporter plus de précision. C'est ce qui est largement retrouvé dans d'autres études. Les modalités de prescription ne sont souvent pas connues (74,75). L'existence du métier d'enseignant en APA, qui représente une partie des intervenants formés pour dispenser une APA aux patients en affection de longue durée (ALD) pour lesquels une APA est prescrite, non plus (76). Ce constat met en avant le manque de diffusion de l'information, alors même que la prescription sur ordonnance est possible depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017. Et bien que certains praticiens de notre étude restent sceptiques

concernant cette démarche, ils ont pour la plupart accueilli favorablement le dispositif. D'autres travaux ont déjà mis en évidence l'accueil positif des médecins généralistes concernant ce décret (75,77).

Les bienfaits de l'AP représentent un savoir globalement flou pour les médecins interrogés dans notre étude comme nous l'avons déjà vu, et sa prescription par ricochet vécue comme abstraite car non définie clairement. Il y a une forte demande de clarification des modalités par les médecins de notre étude, qui semblent encore mal comprises par ces derniers, que ce soit dans la rédaction de l'ordonnance ou dans l'orientation des patients. Le manque d'encadrement des patients représente souvent un frein à la prescription. Ainsi dans le travail de Bily, les médecins généralistes sont favorables pour prescrire de l'APA, mais à la condition d'une formation concrète avec des outils simples et des interlocuteurs identifiés (76). Ce besoin d'encadrement de la prescription est primordial, d'autant plus que les études montrent que la prescription écrite d'une AP associée au conseil oral est plus efficace que le conseil oral seul (13,27). Cette efficacité est encore renforcée en cas de remise aux patients de documents informant sur l'importance de l'AP (78). La place du médecin généraliste dans ce dispositif est discutée par les praticiens interrogés. Le décret relatif à la prescription d'AP sur ordonnance, ou encore le dernier guide HAS sur la promotion et la prescription de l'AP (79) mettent en avant le rôle central du médecin généraliste pour prescrire de l'APA. Néanmoins, dans la thèse de Chevalier et Bultez, les praticiens ne pensent pas que ce rôle doit leur revenir, et cela concernerait plutôt d'autres professionnels de santé (61).

Alors que certaines études (13,78) mettent en évidence l'efficacité de la remise d'une prescription écrite d'APA, et en plus des données discutées précédemment sur l'importance que les Français attribuent à la remise d'une ordonnance de médicament, on est en droit de se questionner sur le pouvoir de l'ordonnance en tant que telle. Nous avons ressenti, dans les discours des médecins interrogés, une certaine pression à remettre une ordonnance à leur patient en fin de consultation, ce qui peut être expliqué par la façon symbolique de reconnaître l'état pathologique du patient, ou être considéré comme un contre-don de sa part et comme un acte permettant de clore la consultation (63). Ajoutée l'attente des patients qui est de se voir délivrer une ordonnance comme nous l'avons déjà discuté, on peut penser que la remise d'une prescription écrite d'APA pourrait répondre à un certain besoin. Encore faudrait-il considérer l'AP comme un médicament, ce qui n'est pas forcément discuté dans la communauté médicale,

mais qui nécessiterait un effort d'éducation des patients. Dans un rapport sur les recommandations de bonnes pratiques (80), il est souligné que le fait de ne pas prescrire de médicament est un acte symbolique très fort qu'il faut assortir d'outils concrets permettant au praticien d'échapper aux pressions, conscientes ou inconscientes, qui le poussent à prescrire des médicaments. Ce qui laisse une nouvelle fois supposer l'importance et la nécessité de l'éducation du patient.

#### 4.4.5 Perspectives d'amélioration envisagées par les médecins

La prescription d'APA sur ordonnance semble pouvoir répondre à certains besoins des médecins mais aussi des usagers. Cependant, son bon fonctionnement n'est pas possible dans l'état actuel de ses modalités d'application. Il y a une nécessité d'informer les médecins de son existence d'une part, puis d'organiser le parcours de soins des patients afin que les modalités ne restent pas uniquement théoriques d'autre part, comme c'est le cas actuellement. Le dispositif plait aux médecins, mais sa mise en application est discutée. L'accessibilité des intervenants prévus est presque irréalisable en l'état, puisque pour la plupart ils travaillent en centre de rééducation, sans activité libérale possible. Ainsi, une meilleure promotion des outils existants pour faciliter cette prescription, et la mise en œuvre d'un suivi avec des professionnels formés pourraient à l'avenir faire de l'AP une intervention non médicamenteuse plus prescrite.

Le manque de connaissances des médecins interrogés a été soulevé par ces derniers, et le souci de leur formation remis ainsi en question. Ils sont demandeurs pour certains d'une meilleure formation initiale durant les études, et d'autres d'une formation continue sur l'AP. On ressent dans leurs discours un manque de connaissances et d'habitude de considérer l'AP comme efficace pour la prescrire, et il ressort que notre apprentissage biomédical autour du médicament peut en être responsable. Selon le rapport HAS de 2011 sur les TNM, on repère le manque d'information et d'adhésion des médecins à ces dernières. Le système actuel de formation semble insuffisant pour préparer les médecins aux difficultés que soulèvent les prescriptions de TNM. Toujours selon ce rapport, les enseignements proposés durant la formation initiale ne suffisent pas à offrir aux étudiants des connaissances solides sur l'efficacité des TNM, et les connaissances propres des professionnels de santé et des professionnels spécialisés vers lesquels il est pertinent d'adresser les patients. Les médecins sont nombreux à demander une

formation continue (30), mais aussi la mise en place de moyens concrets pour mettre ensuite en pratique leurs prescriptions (74). Pour les médecins formés, le sentiment de conseiller efficacement et d'être à l'aise pour conseiller sont des facteurs favorisant pour conseiller davantage (81). Cependant, une réflexion sur les besoins de formation semble souhaitable. Il est également nécessaire que les médecins distinguent bien l'inactivité physique de la sédentarité, chose qui n'a pas été le cas par les médecins interrogés dans ce travail. Car il est possible d'avoir un comportement actif, c'est-à-dire répondant aux recommandations en matière de réalisation d'AP, et sédentaire à la fois. La nécessité d'encourager les patients à augmenter leur niveau d'AP mais aussi à diminuer leurs temps de sédentarité s'impose.

La mise à disposition d'un référentiel de prescription est souhaitée et demandée par les médecins interrogés dans notre étude. Il existe actuellement le Medicosport-santé dont sa dernière version est parue en avril 2017 (82), dirigée par le président de la commission médicale du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) le Dr Alain Calmat. C'est un dictionnaire à visée médicale sur les disciplines sportives, d'un volume de 564 pages, ce qui ne semble pas adapté aux besoins actuels des médecins généralistes. Tout récemment en 2018, l'HAS a paru un guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes (79). Le dernier alinéa de l'article D.1172-2 du code de la santé publique prévoit aussi que le médecin traitant doit utiliser un formulaire spécifique de prescription d'AP alors qu'une ordonnance type de prescription est demandée par quelques médecins interrogés.

Les médecins de notre étude ne semblent pas connaître les réseaux sport-santé existants. Ils ont même pour certains d'entre eux fait part de ce manque et de leur volonté de travailler en réseau dans le cadre de la prescription d'AP. Des réseaux sport-santé se sont développés depuis quelques années en France, avec des retours d'expérience plutôt favorables pour la plupart. Prenons en exemple le réseau picard, nommé « Picardie en forme ». Il a été créé en 2011, avec comme objectif de mettre en réseau les patients sélectionnés et adressés par leur médecin traitant, avec les professionnels sport-santé, et les structures et associations sportives proposant une AP ou sportive adaptée. Ce réseau a déjà fait l'objet de plusieurs évaluations : une a montré une baisse significative de l'indice de masse corporelle et de l'hémoglobine glyquée à 6 mois (83), une autre plus récente a montré une amélioration significative de la qualité de vie des patients à 6 mois également (84). Ce réseau est pourtant peu connu et donc peu utilisé par les

médecins généralistes de Picardie (34), donnée que nous retrouvons également dans notre travail.

Il existe de nombreux réseaux en France qui ont également prouvé leur efficacité, nous citerons entre autre le réseau effORMip qui a été le premier de ce type, créé en 2005 à Toulouse, ou encore le programme « sport-santé sur ordonnance » à Strasbourg, qui ont chacun fait l'objet d'évaluations montrant des résultats encourageants (85,86). D'autres programmes à l'étranger ont également été mis en place avec une efficacité certaine toujours, comme le programme « Green prescription » en Nouvelle-Zélande (14), ou « PEPAF » en Espagne (12) par exemple. Il y a donc un besoin d'information de l'existence de ces réseaux, puis de développement, puisque les médecins de notre étude sont demandeurs pour travailler dans ce genre de dispositifs. Cette volonté avait déjà été soulevée dans d'autres travaux de thèse puisque les médecins étaient demandeurs pour travailler en réseau structuré (49), et souhaitaient plus d'informations sur l'offre locale (87).

Il est à noter qu'à l'heure actuelle, ni la prescription, ni la dispensation d'une AP ne fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie selon le dernier guide interministériel permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'APA (73). Le remboursement de ce dispositif pour ses usagers apparaît cependant nécessaire pour certains médecins de notre étude. Ces derniers sont plusieurs à se questionner sur l'intérêt d'une prescription ne donnant pas lieu à un remboursement. Certains soulèvent l'ambivalence qui existe entre une thérapeutique qui a prouvé ses effets bénéfiques sur la santé, ce qu'est l'APA, et l'absence de remboursement de sa prescription. Dans une autre thèse, les médecins généralistes semblent interrogatifs sur l'intérêt de la prescription écrite si celle-ci n'est pas suivie d'un remboursement (74). Et alors que l'heure est à la promotion et au développement des démarches préventives, et donc de l'AP, ni la consultation pour la réalisation du certification d'absence de contre-indication à la pratique du sport (CACI), ni la consultation pour la prescription d'APA n'est prise en charge par la sécurité sociale, ce qui semble ambivalent et paradoxal compte tenu des derniers messages adressés par les pouvoirs publics. Ce point de vue n'est cependant pas unanimement partagé. Dans une étude de l'institut IFOP parue en 2015 sur le sport-santé, les médecins étaient 49% à penser que le financement devait être pris en charge par les personnes concernées, et seulement 25% par la sécurité sociale et 19% par les mutuelles.

Le développement des démarches préventives est plusieurs fois rappelé par les médecins interrogés. Et bien qu'ils n'abordent pas le thème explicitement, la valeur du développement de l'entretien motivationnel et de l'éducation thérapeutique des patients est indirectement mise en avant, d'autant plus que comme nous l'avons vu, l'éducation des patients est régulièrement soulevée par les médecins de notre étude. L'entretien motivationnel est une méthode qui permet de susciter le changement en amenant le patient à formuler lui-même des propositions face à un état de santé, et le but n'est pas de donner des conseils qui pourrait être perçu par le patient comme des directives. La méta-analyse d'O'Halloran et al. retrouvait une augmentation du niveau d'AP chez des patients atteints de maladie chronique, par l'intermédiaire de l'entretien motivationnel (88). Une étude interventionnelle réalisée au Royaume-Uni en 2012, qui comparait l'entretien motivationnel à la remise de conseils traditionnels en soins primaires, a montré une augmentation de la réalisation d'AP des patients, et une réduction du taux de cholestérol, avec un maintien à distance de l'intervention (89). La mise à disposition d'outils motivationnels est d'ailleurs ressentie comme un besoin par les médecins (90). L'éducation thérapeutique du patient vise quant à elle, selon l'OMS (91), à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle doit être centrée sur le patient, faire partie intégrante de son traitement et de sa prise en charge, être un processus permanent, et être multi professionnelle en s'intégrant si possible en réseau (92). En prenant en compte les définitions et objectifs de ces deux méthodes, l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique du patient font partie des perspectives envisagées par les médecins de notre étude, bien qu'ils ne citent pas ces méthodes explicitement. Elles permettent la prise en charge des patients sur le plan diététique également, alors même que les médecins de notre étude rappellent l'importance d'aborder conjointement les thèmes de l'AP et des conseils alimentaires, puisqu'agissant en synergie.

Les praticiens interrogés dans notre travail sont plusieurs à demander la création d'une consultation dédiée à la prescription de l'APA. Cela est retrouvé dans quelques études, la demande émanant à la fois des médecins (75,93), mais aussi des patients ce qui est plus surprenant (94). Cela pourrait donner de la valeur à cet acte médical, motivant d'autant plus le médecin à prescrire de l'APA, mais aussi peut-être le patient qui fera le lien entre l'APA et sa santé plus facilement.

Les médecins interrogés ont mis en avant d'autres moyens de promotion de l'AP, comme les campagnes de sensibilisation publiques, en citant par exemple la campagne de la sécurité sociale pour promouvoir l'AP dans la prise en charge de la lombalgie : *mal de dos, le bon traitement c'est le mouvement !* qui semble accueillie avec enthousiasme. Un des médecins généralistes interrogés travaille en collaboration avec une infirmière du réseau ASALEE. Celle-ci suit les patients présentant des pathologies chroniques ou des facteurs de risque cardiovasculaires, en collaboration avec le médecin traitant. Ses interventions concernent l'éducation thérapeutique du patient, et leurs habitudes de vie dont l'AP est une part fondamentale. Ce réseau a prouvé son efficacité dans le suivi des patients (95).

L'utilisation d'outils incitatifs à la pratique d'une AP tels qu'un podomètre par exemple a été peu citée par les médecins interrogés dans cette étude. Cependant les médecins ayant abordé ce thème y voient une aide précieuse qui leur paraît de plus adapté aux demandes des patients. Dans une société de plus en plus connectée, où les activités de loisirs sont de plus en plus sédentaires, se servir de certains de ces outils pour promouvoir l'AP semble pourtant efficace (96). Les podomètres ou autres applications disponibles sur smartphone sont maintenant simples à se procurer, peu onéreux, et permettent d'augmenter le niveau de motivation des patients à pratiquer une AP régulière, à la fois pour l'initiation de celle-ci mais aussi pour son maintien. L'usage d'un podomètre dans l'évaluation ou la prescription de l'AP est peu rapportée par les médecins de notre étude, et semble pourtant augmenter le niveau d'AP des patients en jouant sur leur motivation.

Parmi les dernières solutions envisagées par les médecins de notre étude, il y a la poursuite du développement de modes de vie actifs. Il ressort largement de leurs discours l'importance de la pratique d'une AP dès le plus jeune âge, dans le milieu scolaire ou extra-scolaire. Selon l'étude de Marcacci et al, c'est pendant l'enfance que les styles de vie sont assimilés (97). Les médecins de notre travail partagent largement cet avis. Latorre estime dans son travail que seul 13% des enfants de cet âge répondent aux recommandations en matière de pratique d'AP, alors que 56% des parents pensent les connaître (98). Ce qui révèle que l'éducation des parents, en plus d'un travail sur l'AP durant l'enfance semble nécessaire. Les praticiens interrogés rappellent également l'importance qu'ils accordent au développement d'un environnement plus propice aux déplacements actifs.

## 5 CONCLUSION

---

Notre étude a permis de suggérer des pratiques de prescription d'AP en médecine générale qui restent actuellement insuffisantes, se bornant la plupart du temps à des conseils. Du point de vue des médecins, la notion de prescription d'AP reste encore assez obscure et relève plus souvent de la « promotion ». Les médecins évaluent peu le niveau d'AP de leurs patients, et n'utilisent jamais d'outils le permettant. La prescription d'AP ne concerne, pour les médecins de notre étude, que quelques pathologies chroniques, avec en premier lieu les maladies métaboliques et cardio-vasculaires qui sont les plus souvent citées. De nombreuses pathologies dans lesquelles l'AP a prouvé son efficacité ne sont pas citées.

Les médecins interrogés ont pu détailler les nombreux freins qui, selon eux, empêchent le développement de la prescription d'AP. Ils sont de leur point de vue de plusieurs natures : intrinsèques au patient comme sa motivation ou son niveau socio-éducatif mais également extrinsèques liés au médecins eux-mêmes ou à la société. Le manque de formation, mais également la pression d'une société consumériste sont autant de raisons mises en avant par les médecins pour expliquer leurs difficultés à faire percevoir aux patients l'intérêt de la pratique d'une AP.

Des données encourageantes émergent également de ce travail. Les médecins s'attribuent tout d'abord un rôle central dans la prescription de l'AP, et cela passe par un discours global de prévention, en incluant notamment les conseils diététiques selon eux. Cela nous montre également que la prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire, a pris une place dans l'arsenal thérapeutique qui s'offre au médecin généraliste. Ils évoquent également leur rôle d'exemple à donner.

Le dispositif actuel permettant la prescription médicale d'APA sur ordonnance n'est quasiment pas connu des médecins dans notre étude. Leurs avis sont à ce sujet partagés, mais ils accueillent pour la plupart favorablement ce dispositif, dans le sens où il pourrait selon eux répondre à certains de leurs besoins. Ils ne semblent cependant pas préparés à le faire. Une demande de diffusion de cette information et une clarification des modalités existantes semblent nécessaires



puisqu'elles ne sont pas applicables en l'état actuel selon les médecins. La prise en charge financière est également discutée. Les réseaux sport-santé ne sont évoqués que par un seul des médecins.

Il semble nécessaire de modifier les comportements des professionnels de santé comme des patients. Les médecins sont ainsi demandeurs d'une meilleure formation initiale pour considérer l'AP comme partie intégrante du traitement de nombreuses pathologies. Le développement du dispositif sport-santé sur ordonnance et des réseaux sport-santé semble pouvoir répondre à certains de leurs besoins. Cependant, ils rappellent la responsabilité partagée avec les pouvoirs publics. En effet, nous donnons actuellement beaucoup d'importance au traitement médicamenteux, ainsi l'accent est mis de manière appuyée sur l'éducation et la responsabilisation de la population dans l'optique d'une vie physiquement active, ce qui pourrait faciliter leur discours de prévention. L'éducation thérapeutique du patient, ou encore l'entretien motivationnel peuvent représenter un axe de développement pour les médecins.



## 6 BIBLIOGRAPHIE

---

1. Rochcongar P. Médecine du sport pour le praticien. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
2. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.
3. World Health Organization, éditeur. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. 62 p.
4. OMS. La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/>
5. Lee I-M, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effects of physical inactivity on non-communicable diseases – Authors' reply. *The Lancet*. nov 2012;380(9853):1553-4.
6. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis: Éd. INPES; 2008.
7. Duclos M. Sport, santé, activité physique, sédentarité : de quoi parle-t-on ? 2015.
8. INSERM. Activités physiques : contextes et effets sur la santé. Les éditions INSERM. Paris; 2008. 811 p.
9. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*. sept 2016;388(10051):1311-24.
10. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Haute Autorité de Santé; 2011 avr.
11. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
12. Grandes G, Sanchez A, Montoya I, Ortega Sanchez-Pinilla R, Torcal J, PEPAF Group. Two-year longitudinal analysis of a cluster randomized trial of physical activity promotion by general practitioners. *PloS One*. 29 mars 2011;6(3):e18363.
13. Patel A, Schofield GM, Kolt GS, Keogh JWL. General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program. *BMC Fam Pract*. 2 nov 2011;12:119.

14. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 12 avr 2003;326(7393):793.
15. Das P, Horton R. Rethinking our approach to physical activity. *The Lancet*. juill 2012;380(9838):189-90.
16. Pasquier E. « Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale ». Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples. [Mémoire de médecine générale]. Lyon; 2004.
17. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. *L'entretien*. 2014.
18. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
19. Hennebo N. *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine*. Lille; 2009.
20. Giordano Y. *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*. Cormelles-le-Royal: EMS; 2010.
21. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. août 2001;358(9280):483-8.
22. Müller D. Salvador Juan, *Méthodes de recherche en sciences socio-humaines. Exploration critique des techniques*. Paris, Presses Universitaires de France, coll. *Le Sociologue*, 1999, viii + 296 p., schémas, tabl., réf., ann., index. *Anthropol Sociétés*. 2002;26(2-3):303.
23. Borgès Da Silva G. *La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication*. *Rev Médicale L'Assurance Mal*. juin 2001;32(2):117-21.
24. Cournet J. *La prescription d'activité physique chez les maîtres de stage de médecine générale d'Aquitaine: qu'en est-il dans la réalité ? [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Bordeaux; 2017.
25. Hsiung L, Supper I, Guérin M-H, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. *Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN*. *EXERCER*. 2014;25(114):162-9.
26. Scoatariu-Thiébaud N. *Activité Physique sur ordonnance : à propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Lorraine; 2016.

27. 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. *Sci Sports*. avr 2015;30(2):66-73.
28. Lacroix J. Evaluation du bon usage de la prescription de l'activité physique en médecine générale, dans l'ancienne région du Languedoc-Roussillon, chez les patients ayant une hypertension artérielle et description des éventuels facteurs limitants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
29. Tardy-Broucqsault A-S. Evaluation de l'activité physique en médecine générale, une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2010.
30. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
31. URML (Union régionale des médecins libéraux) Pays de la Loire. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. N° 13. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Nantes: Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; 2016. 8 p.
32. Brion R. La mort subite des sportifs. 49e Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation. SFAR ed. Paris: Elsevier; 2007. 571-577 p.
33. Société française de cardiologie. Recommandations pour les épreuves d'effort. 2018 août.
34. Anis J. Analyse des freins à la prescription des activités physiques chez les médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
35. Cotta A. Représentation 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.
36. Louette-Kowalski L. Place du médecin généraliste de Picardie dans l'initiation à l'activité physique des patients atteints de cancer en cours de traitement [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
37. Desnoyers A, Riesco E, Fülöp T, Pavic M. [Physical activity and cancer: Update and literature review]. *Rev Med Interne*. juin 2016;37(6):399-405.
38. Ibrahim EM, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis:

- meta-analysis of published studies. *Med Oncol Northwood Lond Engl*. sept 2011;28(3):753-65.
39. Lanhers C, Duclos M, Guttman A, Coudeyre E, Pereira B, Ouchchane L. General Practitioners' Barriers to Prescribe Physical Activity: The Dark Side of the Cluster Effects on the Physical Activity of Their Type 2 Diabetes Patients. *PloS One*. 2015;10(10):e0140429.
  40. Chapuis E. Barrières à la prescription de l'activité physique chez les patients coronariens par les médecins généralistes et influence sur les patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2017.
  41. Bull FC, Schipper EC, Jamrozik K, Blanksby BA. Beliefs and behaviour of general practitioners regarding promotion of physical activity. *Aust J Public Health*. juin 1995;19(3):300-4.
  42. Leijon ME, Bendtsen P, Ståhle A, Ekberg K, Festin K, Nilsen P. Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Fam Pract*. 19 mai 2010;11:38.
  43. Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
  44. Turin R. Physical activity prescriptions in healthy populations : Resources for Canadian nurse practitioners. *Nurse Pract*. févr 2015;40(2):45-54.
  45. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention : importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract*. déc 2000;17(6):535-40.
  46. Parrou V, Barthélémy M. Lien entre stéréotypes et activité physique chez les plus de 65 ans: étude en Auvergne-Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2016.
  47. Boukhriss M. Activité physique au cours de la grossesse : étude des pratiques et des comportements auprès de 210 femmes en régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
  48. Celis-Morales C, Salas C, Alduhishy A, Sanzana R, Martínez MA, Leiva A, et al. Socio-demographic patterns of physical activity and sedentary behaviour in Chile : results from the National Health Survey 2009-2010. *J Public Health Oxf Engl*. 2016;38(2):e98-105.
  49. Lesage C, Roussel B. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance : enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Tours, France; 2016.

50. Laurent J-M. Activité physique avant une chirurgie de l'obésité : sa représentation par les patients et élaboration d'une étude évaluant ses bénéfices [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
51. Hébert ET, Caughey MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting : a systematic review. *Br J Sports Med.* juill 2012;46(9):625-31.
52. Ballay N. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.
53. Ravachol M. Évaluation des connaissances des internes de médecine générale en Bourgogne sur les recommandations concernant l'activité physique pour la santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.
54. Pojednic RM, Polak R, Arnstein F, Kennedy MA, Bantham A, Phillips EM. Practice patterns, counseling and promotion of physical activity by sports medicine physicians. *J Sci Med Sport.* févr 2017;20(2):123-7.
55. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians : a national survey. *Clin J Sport Med Off J Can Acad Sport Med.* janv 2000;10(1):40-8.
56. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids: analyse des freins en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2011.
57. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016) - Chapitre Activité physique et sédentarité. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. *Santé publique France*; 2017. 58 p.
58. OMS. La sédentarité : un problème de santé publique mondial [Internet]. WHO. Disponible sur: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/fr/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/)
59. Massiani P-J. La prescription de l'activité physique en médecine générale d'un patient présentant des facteurs de risques cardiovasculaires : panorama des difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour convaincre son patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2014.
60. Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev.* mars 2001;59(3 Pt 2):S21-39; discussion S57-65.
61. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la

- prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
62. Vaillant M. Comment promouvoir l'activité physique chez les patients diabétiques de type 2 en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.
  63. Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? (Volet 1). Commissariat général à la stratégie et à la prospective; 2014 mars. Report No.: 9.
  64. Reverdy C. Vécu de l'activité physique adaptée et son impact sur le comportement des patients diabétiques. Etude qualitative menée au sein du réseau de santé Addictions, Précarité et Diabète de Champagne-Ardenne et du réseau Sport Santé Bien Etre [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
  65. Praud J-N. Conseils du médecin généraliste sur l'activité physique: attentes des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
  66. Béchet E. Activités physiques et sportives: prescriptions en médecine générale dans les maladies chroniques [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2014.
  67. Jégou A. État des lieux de la connaissance de patients consultant en médecine générale, en matière d'activité physique, de sédentarité et de leurs effets sur la santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
  68. Ministère des solidarités et de la santé. Priorité Prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Ministère des solidarités et de la santé; 2018 avr.
  69. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
  70. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011 2015. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011 juill.
  71. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des solidarités et de la santé; 2017.
  72. Lamming L, Pears S, Mason D, Morton K, Bijker M, Sutton S, et al. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Prev Med.* juin 2017;99:152-63.
  73. Ministère des affaires sociales et de la santé Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée. 2017.



74. Lalun-Kotys B. Le Médecin Généraliste et la prescription d'activité physique: habitus, attentes, perspectives [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2018.
75. Gaume C. Les déterminants de la prescription écrite d'activité physique par les médecins généralistes héraultais en 2016: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
76. Bily F. Prescription d'activité physique chez des patients atteints de facteurs de risque cardiovasculaire: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
77. Lacaille-Jauvis M. Opinions et pratiques des médecins généralistes concernant la promotion de l'activité physique et sa prescription sur ordonnance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2015.
78. 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 J R Coll Gen Pract.* mars 2004;54(500):189-95.
79. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Haute Autorité de Santé; 2018 sept.
80. Caniard E. Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation. 2002 avr.
81. Van Dillen SM, Hiddink GJ, van Woerkum CM. Determinants of Dutch general practitioners' nutrition and physical activity guidance practices. *Public Health Nutr.* juill 2013;16(07):1321-31.
82. Commission médicale du Comité national olympique et sportif français. Médicosport-santé. Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. 2017.
83. Wojtarkowski J. Pratique de l'activité physique au sein d'un réseau sport-santé en Picardie chez les patients atteints de pathologie chronique: impact sur la santé et ressenti des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2014.
84. Cottel M. Evaluation de l'impact sur la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques après inscription au réseau sport-santé « Picardie en forme » et du rôle du médecin généraliste dans l'adhésion à ce projet thérapeutique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.

85. Geniez J, Pécourneau V. Activité physique de patients souffrant de pathologies chroniques trois ans après leur inclusion au réseau EFFORMIP. France; 2017. 79 p.
86. Lecocq J, Herzog F, Radu M, Feltz A, Weber A, Roegel M, et al. Prescription médicale d'activité physique : évaluation d'une expérimentation conduite à Strasbourg. *Ann Phys Rehabil Med*. mai 2014;57:e289-90.
87. Crichen C. Etat des lieux des pratiques et opinions en matière de promotion et prescription de l'activité physique au sujet âgé en soins primaires: enquête auprès de médecins généralistes en Ille-et-Vilaine et Morbihan [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018.
88. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. déc 2014;28(12):1159-71.
89. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 28 mars 2013;10:40.
90. Fellague Chebra A, Coste O. Médecine générale et activité physique: quels sont les besoins à la prescription ? Lieu de publication inconnu, France; 2016. 70 p.
91. Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional pour l'Europe Copenhague. Education thérapeutique du patient : Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional pour l'Europe Copenhague; 1998.
92. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. Haute Autorité de Santé; 2007 juin.
93. Gaillard A. Le médecin généraliste prescripteur d'activités physiques: un exemple de partenariat de terrain dans le Lot [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguel; 2015.
94. Toupoint P. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire: Etude activité physique en soins primaires (APSP) [Thèse d'exercice]. UPEC. Faculté de médecine; 2013.
95. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy Amst Neth*. déc 2010;98(2-3):131-43.
96. Chapuis C, Camuset M. La promotion de l'activité physique par les nouvelles

technologies (smartphone, outils connectés, Internet) en médecine générale et en prévention primaire, une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2018.

97. Marcacci A, Cornuz J, Paccaud F. Conseil et prescription de l'activité physique au cabinet médical [Mémoire de DESS en économie et management de la santé]. Institut d'économie et de management de la santé Université de Lausanne; 2016.
98. Latorre M. Mesure de la capacité cardio-respiratoire et évaluation de l'activité physique des enfants de 6 ans en Haute-Garonne, en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2018.



### Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé.

« Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté ma demande d'entretien. Je suis en cours de réalisation d'une thèse portant sur la prescription d'activité physique par les médecins généralistes en Picardie. Pour les besoins de l'étude, cet entretien a besoin d'être enregistré, et restera anonyme si vous êtes d'accord. Cet entretien n'est pas là pour juger mais pour essayer de comprendre, et donc vous comprendrez que je ne pourrai pas donner mon avis sur le sujet abordé durant l'entretien ».

#### Caractéristiques de l'interviewé(e) :

- Sexe : Homme / Femme.
- Années d'expérience professionnelle : < 5 ans / 5 – 20 ans / > 20 ans.
- Secteur d'exercice : Urbain / Rural / Semi rural.

#### Pratiques professionnelles :

- 1) Racontez-moi comment s'est déroulée la dernière consultation où vous avez abordé le thème de l'activité physique ? (Question brise-glace).
- 2) Dans quels contextes cliniques abordez-vous l'activité physique avec vos patients ?
- 3) De manière générale, comment amenez-vous vos patients à pratiquer une activité physique ? Relance : Quelle est votre manière de la prescrire ?

#### Analyse des facteurs favorisant et des freins à la prescription de l'activité physique :

- 4) Quels sont les moyens existants qui selon vous favorisent la prescription de l'activité physique ? Relance : Quels sont les autres moyens que vous pourriez utiliser ?
- 5) Quels sont les facteurs qui vous limitent dans votre prescription d'activité physique ? Relance : Quels sont les autres facteurs limitants ?
- 6) A votre sens, quel est le rôle du médecin généraliste dans le cadre de la prescription d'activité physique ?

Analyse des solutions / Réflexion :

- 7) Quelles sont les solutions qui pourraient vous aider dans votre pratique quotidienne pour prescrire de l'activité physique ? Relance : Quelles sont les autres solutions ?
- 8) Que pensez-vous de la prescription de l'activité physique sur ordonnance ?
- 9) Comment expliquez-vous que la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes ne soit pas une pratique courante en 2018 ?



## Prescription de l'activité physique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes en Picardie

### RESUME

**Introduction** : Le médecin généraliste (MG) tient un rôle central dans la prescription de l'activité physique (AP). L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les facteurs limitant et favorisant le développement de la prescription d'AP en médecine générale. L'objectif secondaire était d'évaluer l'opinion des MG concernant sa prescription sur ordonnance.

**Matériel et méthodes** : Nous avons réalisé une étude qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés. L'analyse des données a été effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée.

**Résultats** : 14 médecins généralistes ont été interrogés. Tous les médecins interrogés (MI) prescrivaient de l'AP par la remise de conseils oraux. Les freins à la prescription d'AP étaient liés aux patients, aux médecins et à la société selon les MI. Les obstacles liés aux patients étaient principalement leur manque de motivation et leur faible niveau socio-éducatif. Les limites liées aux médecins étaient le manque de temps en consultation, leur manque de formation, et un sentiment de découragement à prescrire de l'AP. Les freins liés à la société s'expliquaient par le manque d'habitude culturelle d'un mode de vie physiquement actif, et l'importance donnée au traitement médicamenteux. Les MI considéraient leur rôle comme central dans la prescription de l'AP. Le dispositif de prescription d'AP sur ordonnance n'était pas connu, mais accueilli globalement favorablement par les MI, à la condition de clarifier ses modalités d'application.

**Conclusion** : La prescription d'AP en médecine générale rencontre de nombreux obstacles. Sa prescription médicale sur ordonnance peut représenter une solution. Cependant, les MI rappellent la responsabilité partagée avec les pouvoirs publics, et l'importance de l'éducation et de la responsabilisation de la population à un mode de vie plus actif.

**Mots-clés** : activité physique, prescription, médecin généraliste, ordonnance, prévention, éducation.

## Physical activity prescription in general practice : point of view of general practitioners in Picardie

### ABSTRACT

**Introduction** : General practitioner (GP) holds a central role in prescription of physical activity (PA). The primary objective was to evaluate limiting and contributing factors in development of PA prescription in general practice. The secondary objective was to evaluate GPs's opinion about written medical prescription of PA.

**Method** : We managed a qualitative survey, using semi-structured interviews. The analysis was carried out according to anchored theorization method.

**Results** : 14 GPs were interviewed. All GPs interviewed prescribed PA by oral advice. Barriers of PA prescription were related to patients, doctors and society according to GPs interviewed. Patients barriers were essentially lack of motivation and low social-educational standard. GP's barriers were lack of time during consultation, lack of training, and discouragement feeling to prescribe PA. Society barriers were explained by lack of cultural habits to have physically active lifestyle, and the importance given to medical treatment. GPs considered their role as central to prescribe PA. GPs didn't know the possibility of the written medical prescription of PA, but they welcomed it positively, with the condition of clarifying modalities rules.

**Conclusion** : PA prescription in general practice meet many barriers. The written medical prescription can be a solution. Nevertheless, there is a shared responsibility with authorities according to GPs interviewed, and they remind importance to education and accountability of the population to an active lifestyle.

**Keywords** : Physical activity, prescription, general practice, prevention, education.