



HAL
open science

Conseil et prescription de l'activité physique aux patients en ALD : une étude qualitative portant sur 12 médecins généralistes de la région havraise

Thomas Lecoq

► **To cite this version:**

Thomas Lecoq. Conseil et prescription de l'activité physique aux patients en ALD : une étude qualitative portant sur 12 médecins généralistes de la région havraise. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02387194

HAL Id: dumas-02387194

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02387194>

Submitted on 29 Nov 2019

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018-2019

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'ETAT)

PAR

LECOQ Thomas

Né le 2 février 1989 à Rouen

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 octobre 2019

Conseil et prescription de l'activité physique aux patients en ALD : une
étude qualitative portant sur 12 médecins généralistes de la région
havraise

PRÉSIDENT DE JURY : Pr Hervé LEFEBVRE

MEMBRE DU JURY : Dr Joël LADNER

MEMBRE DU JURY : Pr Bertrand MACE

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Stéphane LANDEL

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	HCH-CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation

Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS :

A monsieur le Professeur Hervé LEFEBVRE,

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A monsieur le Professeur Bertrand MACE,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A monsieur de Docteur Joël LADNER,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

A monsieur le Docteur Stéphane LANDEL,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, merci pour ton soutien et tes conseils avisés, et enfin merci pour la confiance que tu m'accordes en me confiant ta patientèle lorsque que je te remplace, j'espère en être digne.

Aux médecins qui ont accepté de participer de participer à ce travail,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé, pour votre disponibilité et pour la réflexion que vous m'avez permis d'avoir par vos différentes réponses. Sans votre participation ce travail n'aurait pas été possible.

Aux équipes des stages que j'ai pu effectuer pendant mon internat,

Merci pour votre accueil et vos enseignements. Merci aux urgences, aux services de médecine interne et au service de gynécologie de l'hôpital d'Evreux, merci aux urgences pédiatriques de l'hôpital Monod. Merci aux médecins qui m'ont accueilli en stage au sein de leurs cabinets, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale : Dr Mouterde, Dr Sauvage, Dr Secret-pouliquen, Dr Deom, Dr Paillette et Dr Vaudour.

Merci à tous mes co internes, avec qui j'ai eu la chance de travailler pendant mon internat : aux urgences, en médecine interne (MC !), en gynéco (la dream team !) et aux urgences pédiatriques. J'espère que ces instants partagés ont été aussi enrichissants pour vous que pour moi.

Au CHU et à la faculté de Rouen,

Merci pour leurs enseignements théoriques et pratiques pendant mon externat puis mon internat.

A tout le Cabinet de la résidence de France,

Merci de m'avoir accueilli au sein du cabinet, c'est un vrai plaisir de travailler avec vous.

A mes parents,

Maman, papa, vous avez toujours été présents et m'avez toujours soutenu pendant ces années d'étude, pour cela je vous en serais à jamais reconnaissant. Merci pour votre affection et les valeurs que vous m'avez inculqué si j'en suis là actuellement c'est avant tout à vous que je le dois.

A Pauline et Elo,

Mes deux formidables frangines, merci pour tous les moments que j'ai pu vivre à vos coté. Pour vous avoir vu grandir et vous épanouir je peux dire que je suis fier d'être votre grand frère.

A toute ma (grande) famille,

Grands parents, oncles, tantes, cousins, cousines, merci pour les vacances à Veulettes et à Arradon, les noëls, les chasses aux œufs dans le jardin, les réunions de familles, les bêtises (même si c'était souvent la faute de Clairon), les spectacles. Merci pour ces souvenirs passés et à venir.

A mes amis,

Aux Rouennais, que je vois malheureusement un peu moins souvent maintenant (mais venez faire un tour au Havre, vous verrez c'est cool !) : Bobor et Aude, Quentin, Guigui, Wenc' et Claire, Stéph, Olive et Morgane, Jean lou, Boris.

Aux copains de toujours : Astrid, Charlie, Philou, Titia, Vivi (Et à nos week-end européens)

Aux marginaux : Archi, Axel, Gabi et Rossair (fidèles compères de vadrouille)

Aux Havrais : Charles, Cam (colloc' devant l'éternel), Clément, Chrome, Eloïse, Héléna, Jérém', Julien, Kevin, Matthieu, Olivio, Maité, Périne, Bastien et Juju, Polish, Popo2, Robin, Souchon, Sofière. C'est vous qui m'avez fait découvrir Le Havre et c'est aussi grâce à vous que j'apprends à aimer cette ville un peu plus de jours en jours.

Sommaire :

SERMENT D'HIPPOCRATE	16
ABRÉVIATIONS	17
I. INTRODUCTION	18
1. Préambule	18
2. Définitions et recommandations	18
2.1 Activité physique, Sport, Inactivité physique et Sédentarité	18
2.2 Recommandations actuelles	19
3. Activité physique et Affection de Longue Durée	20
3.1 Epidémiologie	20
3.2 Les effets de l'activité physique et pathologies ALD	23
3.3 Les risques liés à l'activité physique	27
3.4 L'inactivité physique et pathologies chroniques : aspect économique	30
4. La promotion de l'activité physique en France	30
4.1 Un cadre légal à la prescription	30
4.2 Des campagnes d'information	32
4.3 Des plans nationaux de santé publique en cours	32
4.4 Des outils de formation mis à disposition des médecins	34
4.5 Quelques exemples de dispositifs proposant de l'activité physique adaptée sur ordonnance	35
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	36
1. Type d'étude	36
2. Objectif de l'étude	36
3. Constitution du guide d'entretien	37
4. Constitution et caractéristiques de l'échantillon	37
5. Recueil des données	38
6. Analyse des données	38
III. RÉSULTATS	39
1. Description de la population médicale étudiée	39
1.1 Caractéristiques de l'échantillon	39
1.2 Des médecins conscients des bienfaits de l'activité physique	40
2. Connaître ses patients	40

2.1 Identifier les patients pour lesquels l'activité physique pourrait être bénéfique	40
2.2 Evaluation du niveau de risque	41
2.3 Évaluer les habitudes du patient vis-à-vis de l'activité physique	42
2.4 Résumé	43
3. Stratégie motivationnelle	43
3.1 Des objectifs différents selon les médecins interrogés	43
3.2 Un Changement d'hygiène de vie	44
3.3 Informer les patients	45
3.3.1 Sur les effets de l'activité physique	45
3.3.2 Une information progressive et répétée	46
3.4 Programmer l'activité physique	47
3.4.1 Adaptée aux capacités du patient	47
3.4.2 Adaptée au mode de vie du patient	47
3.4.3 La place du Sport	48
3.4.4 Maintenir la motivation et accompagner les patients	49
3.5 Résumé	50
4. Utilisation d'outils à disposition des médecins : pratique et souhaits	50
4.1 Le recours aux professionnels de santé et du sport	50
4.2 Les réseaux proposant de l'activité physique adaptée	51
4.3 Des outils facilitant l'information des patients	52
4.4 Appareils de mesure de l'activité physique (podomètre, applications mobiles, cardiofréquencemètre)	53
4.5 Outils propres au cabinet médical	54
5. Des freins malgré des retours positifs des patients	55
5.1 Des freins inhérents aux patients	55
5.2 Freins liés à l'environnement	57
5.3 Freins liés aux médecins	58
5.4 Les réseaux proposant de l'activité physique adaptée	59
5.5 Résumé	60
5.6 Effets positifs de l'AP rapportés par les patients	61
6. Loi santé et prescription d'activité physique en pratique	63
6.1 La prescription d'activité physique par les médecins généralistes	63
6.1.1 Prescription écrite ou conseils écrits ?	63

6.1.2 L'utilisation du support écrit	63
6.2 Ressenti des médecins généralistes concernant les textes de loi	64
6.2.1 Des textes de loi mal connus	64
6.2.2 Une démarche louable de la part des pouvoirs publics...	64
6.2.3 ...mais qui ne va pas assez loin ?	65
IV. DISCUSSION	66
1. Forces et limites de l'étude	66
1.1 Les forces	66
1.2 Les limites	66
2. Comparaisons des résultats à la littérature	67
2.1 La Promotion de l'activité physique par les médecins généralistes	67
2.1.1 Un Public cible	67
2.1.2 Des Médecins conscients de leur rôle	67
2.1.3 Des objectifs d'AP variables selon les médecins	68
2.1.4 Accompagner le patient	69
2.1.5 Un changement de mode de vie global	69
2.1.6 Une stratégie motivationnelle individualisée	70
2.1.7 Peu d'outils utilisés par les médecins généralistes en pratique	71
2.1.8 Des activités physiques intégrées à la vie quotidienne	72
2.1.9 Des médecins parfois en difficultés	72
2.2 La prescription de l'activité physique	74
2.2.1 La notion de prescription d'activité physique	74
2.2.2 La prescription dans le cadre des lois santé	74
2.2.3 La place du kinésithérapeute	76
3. Perspectives d'évolution pour la promotion de l'activité physique : La Stratégie Nationale sport santé 2019-2024	76
V. CONCLUSION	78
VI. BIBLIOGRAPHIE	79
VII. ANNEXES	85
RÉSUMÉ :	94

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Abréviations

ALD : Affection de longue durée
ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
AP : Activité Physique
APA : Activité physique adaptée
APS : Activité Physique ou Sportive
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire cérébral
BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CNDS : Centre National du développement du Sport
CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des libertés
CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Co.D.A.H : Communauté de l'Agglomération Havraise
DR-D-JSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
ECG : Electrocardiogramme
EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire
HAS : Haute Autorité de Santé
HDLc : High Density Lipoprotein
HbA1c : Hémoglobine glyquée
IGF-1 : Insulin-like Growth Factor 1
INSEP : Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
Kcal : Kilocalorie
Kg : Kilogramme
LDLc : Low density Lipoprotein
MEOS : Mission des Etudes, de l'Observation et des Statistiques
MET : Metabolic Equivalent Task
MG : Médecin Généraliste
Min : Minutes
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité
PNAPS : Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive
PNNS : Programme National Nutrition Santé
SSBE : Sport, Santé, Bien-être
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

1. Préambule

Les bénéfices de l'activité physique (AP) sur la santé sont multiples et étayés par de nombreux travaux, que ce soit en prévention primaire comme secondaire et tertiaire.

Partant de ce constat Valérie Fourneyron, ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative sous la présidence de François Hollande, propose en 2015 un amendement au projet de la loi de modernisation de notre système de santé qui vise à intégrer l'activité physique au parcours de soins des patients en Affection de Longue Durée (ALD).

Ce projet de loi est finalement adopté le 26 janvier 2016 et met le médecin traitant au centre de ce dispositif, en l'autorisant à prescrire de l'activité physique à ses patients bénéficiant d'une prise en charge en ALD.

Si ce texte de loi traduit une prise de conscience des pouvoirs publics du rôle de l'AP en tant que thérapeutique non médicamenteuse, ainsi qu'une volonté de la développer, il est intéressant d'étudier comment, en pratique les médecins généralistes abordent cette problématique auprès de leurs patients atteints de maladies chroniques.

2. Définitions et recommandations

2.1 Activité physique, Sport, Inactivité physique et Sédentarité

Il convient tout d'abord de préciser quelques termes :

L'activité physique (AP) :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(1) : On entend par activité physique tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique.

Elle se caractérise par plusieurs paramètres : le type d'activité physique (endurance, force, assouplissement, équilibre), sa durée, sa fréquence, son intensité (efforts accomplis dans la pratique de l'activité physique) tout ça permettant d'établir le volume (ou quantité totale) d'activité physique d'un individu.

L'activité physique englobe aussi bien les efforts fournis lors des activités domestiques (passer l'aspirateur, jardiner, bricoler...), des déplacements, de l'activité professionnelle et des activités sportives.

Le Sport :

On entend par « sport » toutes formes d'activités physiques et sportives qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux.(2)

L'inactivité physique :

Se caractérise par un niveau insuffisant d'AP ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP recommandé pour la santé. (3)

Qui se distingue de :

La sédentarité :

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET) en position assise ou allongée. (4)

Selon L'OMS, un individu est considéré comme sédentaire s'il passe plus de 4h par jour en position assise ou allongée, en dehors du temps de sommeil.

Il est donc possible d'avoir un comportement sédentaire tout en étant actif physiquement. L'inactivité physique et la sédentarité constituent des facteurs de risques distincts pour de nombreuses pathologies.

2.2 Recommandations actuelles

L'OMS a publié en 2010 des recommandations sur l'activité physique(1)qui sont encore d'actualité :

L'OMS préconise chez l'adulte au moins **150 minutes d'AP d'intensité modérée par semaine ou 75 minutes d'AP d'intensité soutenue** ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et intense, avec des sessions de renforcement musculaires, minimum deux fois par semaine. La durée minimum préconisée d'une session d'AP est de 10 minutes.

Le volume peut être augmenté jusqu'à 300 minutes d'AP d'intensité modérée par semaine ou 150 minutes d'AP d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et intense, si on veut en retirer des bénéfices supplémentaires sur la santé.

Pour les adultes de 65 ans et plus, les recommandations sont identiques, mais elles conseillent également d'insister sur l'importance de l'AP visant à améliorer l'équilibre (au moins trois fois par semaine). Il est également préconisé, chez les personnes ne pouvant atteindre ces objectifs du fait de leur état de santé, d'avoir un niveau d'AP aussi élevé que possible.

La classification de l'intensité de l'AP de l'activité physique repose sur l'échelle de mesure MET(4) ou équivalent métabolique (Metabolic Equivalent Task) qui permet d'évaluer le niveau de dépense énergétique. Un MET équivaut à la dépense énergétique d'un individu au repos soit 1 kcal/min/kg ou 3,5 mL d'oxygène/min/kg. On peut ainsi définir des niveaux d'intensité pour une activité physique selon la dépense énergétique :

- activités sédentaires < 1,6 MET ;
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs ;
- 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs ;
- 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs ;
- activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs.

Les dernières recommandations de Santé publique France publiée en janvier 2019 dans le cadre du Programme National Nutrition Santé 4 (PNNS 4) préconisent : **au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour.**

La problématique de la sédentarité est également abordée à travers la recommandation suivante : Ne restez pas assis trop longtemps : prenez le temps de marcher un peu toutes les 2h.

Cet ajustement des recommandations part d'une volonté de prodiguer un message clair et concis en terme d'objectif d'activité physique(5).

3. Activité physique et Affection de Longue Durée

3.1 Epidémiologie

On distingue deux types d'affections de longue durée :

- Exonérantes : le patient est remboursé alors à 100% pour les soins en lien avec sa pathologie
- Non exonérantes : qui peuvent être attribuées pour des pathologies nécessitant une interruption de travail ou des soins continus prolongés (supérieur à 6 mois), le patient ne bénéficie alors pas de l'exonération du ticket modérateur

Parmi les affections exonérantes on distingue également :

- Les affections sur liste (ALD 30)
- Les affections « hors liste » (ALD 31) : il s'agit de pathologies graves ou de forme évolutive ou invalidante d'une pathologie grave nécessitant le recours à un traitement prolongé et coûteux pour une durée supérieure à 6 mois
- L'association de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32) et nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à 6 mois(6)

	Total patients
ALD ₃₀ (un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD)	10354810
ALD ₃₁	769560
ALD ₃₂	83790
ALD ₃₀₋₃₁₋₃₂ (un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD)	10736920

Figure 1 prévalences des personnes prises en charge pour ALD30-31-32 (pour le régime général en 2017); source Cnam-DSES

En 2017, 12 millions de patients bénéficiaient d'une prise en charge en affection de longue durée (tous régimes confondus), ce qui représentait **18,2%** de la population. Le nombre de patients atteints par une ALD semble en constante augmentation d'année en année, comme le soulignait en 2016 un rapport de la CNAMTS(7), même si ce phénomène tend à se ralentir. La croissance du nombre de prise en charge en ALD est sans doute multifactorielle. Elle est liée à l'augmentation et au vieillissement de la population française, à des modifications réglementaires, à la progression de l'incidence de ces pathologies et au prolongement de l'espérance de vie des patients atteints ainsi qu'à une augmentation des déclarations, en raison d'une amélioration de la prise en charge médicale de certaines pathologies.

En 2014, **quatre groupes de pathologies regroupaient à eux seuls 78% des patients bénéficiant du système ALD** : les pathologies cardio neurovasculaire (3,3 millions d'individus), le diabète (2,4 millions), les tumeurs malignes (2 millions) et les affections psychiatriques (1,2 millions).

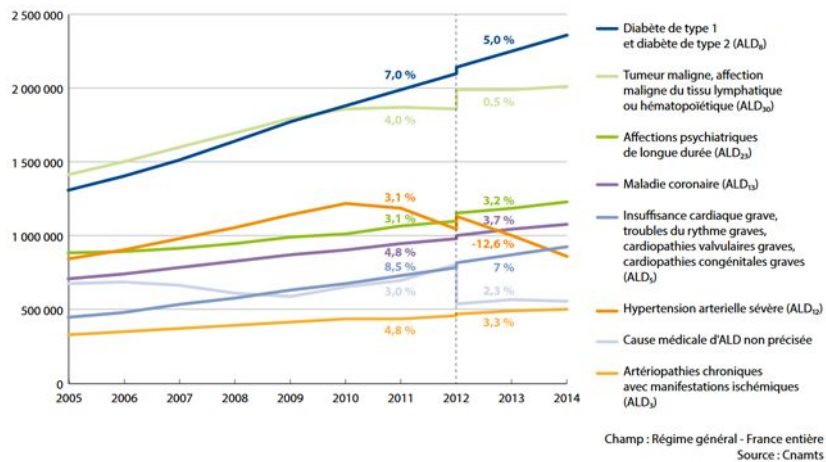


Figure 2 - prévalences des ALD les plus fréquentes, entre 2005 et 2014, et taux de croissance annuel moyen avant et après 2012

Au niveau local, le territoire de la Communauté de l'agglomération havraise (Co.D.A.H.) regroupe 17 communes. Cette communauté de communes comptait près de 236 000 habitants en 2017. La part de la population en ALD y est de 17,8% (soit 42 083 individus), ce qui reste inférieur à la part nationale (18,2%) et part régionale (18,9% pour la Normandie).

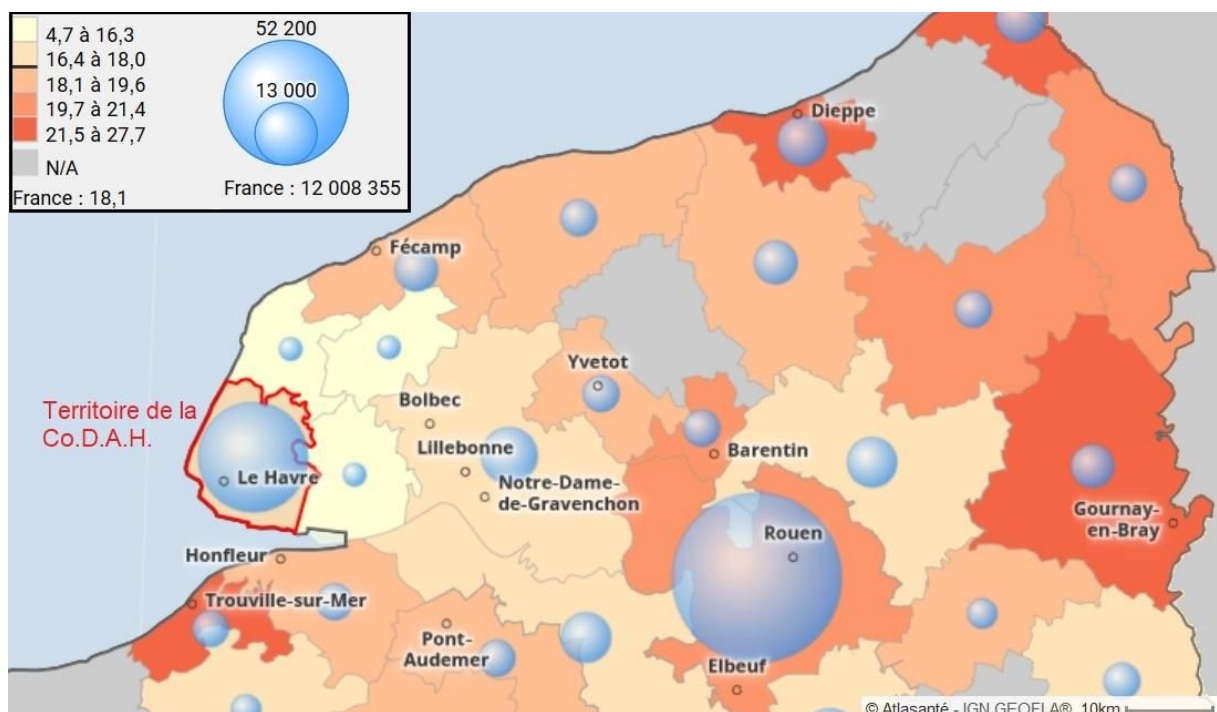


Figure 3 - Part et nombre de bénéficiaires en ALD en seine maritime (découpage en communauté de communes) - source CartoSanté

La densité de médecins généralistes y est également inférieure à la moyenne nationale avec 8,7 médecins pour 10 000 habitants (contre 9 pour 10 000 en moyenne en France)(8).

3.2 Les effets de l'activité physique et pathologies ALD

Pathologies cardiovasculaires :

L'effet protecteur de l'AP sur les pathologies cardiovasculaire est connu depuis longtemps. J.N. Morris constatait déjà en 1980 que le fait d'avoir une activité physique de loisir était un facteur protecteur concernant la survenue de pathologie coronarienne et leur mortalité(9).

D'autres études ont, depuis, démontré cet effet protecteur dans le cadre de la maladie coronarienne, mais également pour le risque de survenue d'accident vasculaires cérébraux (AVC). L'AP d'intensité modérée et élevée diminue les risques de survenue d'infarctus et d'AVC chez l'homme et la femme de 20 à 30% et de 10 à 20% respectivement(10).

Mais l'AP est également utile en prévention secondaire et tertiaire : elle diminue le risque de mortalité global et spécifique selon une relation dose-réponse (plus l'AP augmente, plus le risque diminue)(11). L'effet protecteur sur le risque de mortalité cardiovasculaire serait d'ailleurs d'autant plus élevé que le risque cardiovasculaire est important(12).

Les mécanismes d'action de l'AP sur le système cardiovasculaire semblent multiples. D'une part, ils agissent sur les facteurs de risques cardiovasculaires :

- Diminution de la tension artérielle(13)
- Action sur le cholestérol (diminue du LDLc, du cholestérol total, des triglycérides et augmentation du HDLc)(14)
- Baisse du poids, diminution de la masse grasse (notamment abdominale) au profit de la masse maigre
- Aide au sevrage tabagique
- Amélioration de l'alimentation (fréquemment associé dans le cadre d'un changement du mode de vie)

D'autre part, l'AP semble également avoir une action directe sur le système cardiovasculaire en améliorant la compliànce des artères (normales comme pathologiques) et ralentit ainsi l'altération des artères liée au vieillissement. L'AP agirait également en modulant l'expression de certains gènes responsables de la performance et de la fatigue musculaire(15).

Diabète :

En prévention primaire l'AP a démontré un effet protecteur sur le risque de développer un diabète de type 2 : une AP régulière (2,5h de marche/semaine) permettrait de diminuer ce risque de 30%(16). Ce constat est également valable chez les populations à risque : Knowler et al. ont suivi dans le cadre de l'étude Diabete Prevention Program une cohorte de 2766 individus présentant un état de prédiabète. L'AP montre même une efficacité supérieure à la metformine en terme de réduction de l'incidence du diabète (34% pour l'AP contre 18% pour la metformine à 10 ans du début de l'étude)(17).

Chez le diabétique de type 2, la marche régulière permet de diminuer le risque de survenue d'évènements cardiovasculaires, ainsi que la mortalité liée à ce type d'évènement et la mortalité globale(18). L'AP régulière améliore également l'équilibre glycémique, ce qui se traduit par une diminution de l'HbA1c en moyenne de 0,66%(19).

Encore une fois, les mécanismes expliquant l'influence de l'activité physique sur le diabète de type 2 sont multiples. L'AP engendre une consommation accrue du glycogène musculaire; le glucose sanguin est donc capté par les muscles, entraînant une diminution de la glycémie qui sera compensée par une libération de glycogène hépatique pour compenser cette baisse. Il s'agit d'un mécanisme non insulino-dépendant, qui fait intervenir les récepteurs GLUT-4 qui participent au transport du glycogène du plasma vers le muscle. L'activité physique augmente également la sensibilité à l'insuline, entraînant une captation accrue du glucose plasmatique par les cellules musculaires jusqu'à 48h après la fin de l'exercice.

L'activité physique régulière entraîne une modification de la composition musculaire, avec une augmentation de la masse musculaire et de la proportion de fibres oxydatives. Elle permet ainsi une consommation accrue de glucose, une augmentation de GLUT-4, une augmentation de la capillarisation et du débit sanguin musculaire, mais également une diminution de la masse grasse, ainsi qu'une augmentation de l'activité des enzymes hexokinases et glycogènes synthétase(20).

Concernant l'effet de l'AP sur le diabète de type 1, les études sont plus rares et ne semblent pas montrer un meilleur contrôle glycémique.

Pathologies respiratoire chroniques :

Pour la bronchopneumopathie chronique obstructive dans le cadre de la prévention primaire, Garcia-Aymerich et al. ont démontré dans leur étude de cohorte, portant sur 7000 individus suivis sur 10 ans, un effet protecteur d'une activité physique régulière, y compris chez les fumeurs(21).

l'AP régulière fait également partie intégrante de l'éducation thérapeutique en complément de la réhabilitation respiratoire(22).

La population des patients atteints de BPCO est fortement fragilisée. 30% de cette population n'atteint pas les 30 minutes de marche quotidienne, avec une marche en moyenne 25% plus lente que la population générale. Or, une diminution de l'AP est associée à une diminution de la capacité respiratoire(23).

Young avait décrit en 1983 cette spirale du déconditionnement à l'effort. Chez un patient déconditionné on retrouve une diminution des fibres musculaires oxydatives de type I. En cas d'effort ce sont donc les fibres de type II, qui appartiennent au système anaérobie lactique, qui prennent le relais. En résulte une production accrue et précoce d'acide lactique qui augmente la ventilation et donc la dyspnée. Une dyspnée musculaire en lien avec la production d'acide lactique s'ajoute donc à la dyspnée respiratoire (effort, obstruction pulmonaire) et ce, même pour des efforts légers ou modérés selon le degré de déconditionnement(24). Aux difficultés respiratoires s'ajoute l'anxiété induite par la dyspnée, qui incite le patient à diminuer son activité physique et donc aggrave le phénomène. On retrouve ce phénomène dans la plupart des maladies respiratoires chroniques (BPCO, asthme, mucoviscidose et bronchectasies).

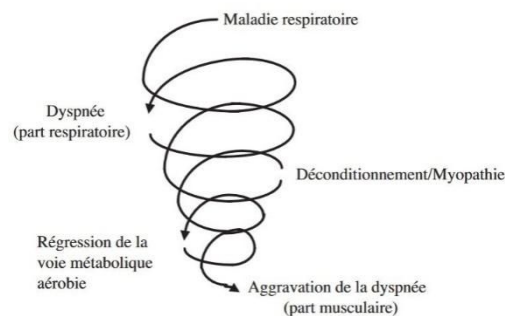


Figure 4- Spirale de la dyspnée chez le malade respiratoire chronique (d'après Young, 1983)

En plus d'avoir un effet positif sur la qualité de vie des patients atteints de BPCO(25), l'AP régulière est associée à une diminution du risque d'hospitalisation et de la mortalité(23).

En ce qui concerne l'asthme, si l'AP n'a pas démontré d'amélioration des fonctions pulmonaires, Carson et al. montrent, dans leur méta-analyse de 2013 portant sur 772 individus, qu'il y aurait un effet positif sur l'absorption d'oxygène et sur la qualité de vie des patients. L'exercice physique semblait par ailleurs bien toléré chez cette population(26).

Cancer :

Les deux types de cancer, pour lesquels l'influence d'une activité physique régulière a été le plus étudiée et pour lesquels ses effets positifs ont été clairement démontrés, restent à ce jour le cancer du côlon et le cancer du sein.

Dans le cadre de la prévention primaire, l'AP diminue le risque de survenue de cancer du côlon(27) et de cancer du sein(28).

Concernant la prévention secondaire et tertiaire, l'AP revêt également un intérêt en termes de diminution de la mortalité induite. Dans leur méta analyse datant de 2014, Schmid et Leitzmann retrouvent une diminution de 24% de la mortalité par cancer du sein et de 28% de la mortalité par cancer du côlon chez des patients préalablement traités, pour un niveau d'activité correspondant aux recommandations actuelle de l'OMS, avec une relation dose-effet selon le niveau d'activité physique(29). On retrouve également des effets positifs portant sur : la force, la qualité de vie, l'anxiété, l'humeur et l'estime de soi(30).

Concernant les autres types de cancer, l'AP a démontré un effet protecteur pour le cancer de l'endomètre, de la vessie, l'adénocarcinome de l'œsophage, le cancer de l'estomac, le cancer du rein(31).

D'un point de vue physiopathologique, les mécanismes pouvant expliquer l'influence de l'activité physique sur les cancers sont sans doute multiples, avec des effets au niveau systémique. En modulant par exemple la concentration plasmatique de certaines hormones sexuelles et facteurs de croissance (IGF-I), associée également à une diminution de la masse grasse et des effets au niveau local (notamment dans le cadre du cancer du côlon) : tel qu'une augmentation de la motilité intestinale (diminue le temps de contact de la muqueuse avec d'éventuels cancérigènes) et une action sur les concentrations de prostaglandine (augmentation des prostaglandines PGF qui inhibent la prolifération des cellules de la muqueuse colique).(32)

Pathologies Rhumatismales et Inflammatoires :

Il ne semble pas avoir été mis en évidence d'effet protecteur de l'AP sur le développement d'une spondylarthrite ou de la polyarthrite Rhumatoïde. L'AP est toutefois recommandée dans ces deux pathologies, en raison de son effet préventif sur la survenue de pathologies associées (notamment cardiovasculaires et l'ostéoporose), de son effet positif sur la qualité de vie et la fatigue. Elle permet de lutter contre l'amyotrophie, l'enraidissement articulaire et les douleurs qui peuvent en découler(33).

Pathologies Neurologiques :

Dans leur méta analyse de 2015, portant sur un échantillon de 20.000 individus de 65 ans et plus, Beckett et al. mettent en évidence qu'une activité physique régulière réduirait le risque de développer une démence de type Alzheimer de près de 40%(34).

L'activité physique serait également bénéfique chez les patients atteints par cette maladie : en ralentissant le déclin des fonctions cognitives, en diminuant la

morbi-mortalité de la maladie, en améliorant l'état physique des patients et en diminuant les troubles du comportement (anxiété, troubles du sommeil, agitation)(35).

Concernant l'influence de l'AP sur la maladie de parkinson, les études sont plus rares, mais semble démontrer qu'elle diminue son risque de survenue. Par contre son effet sur les symptômes de la maladie semble modéré. L'accent est donc plutôt mis sur l'amélioration de la qualité de vie induite par l'activité physique(35)

Pour la sclérose en plaque on retrouve cet effet sur l'amélioration de la qualité de vie associée à une amélioration des capacités physiques de l'individu, une amélioration de la mobilité ainsi qu'une diminution de la fatigue(36).

Pathologies psychiatriques :

Dans le cadre de la dépression l'AP serait un facteur protecteur et ce, quelque soit le niveau d'activité physique(37). D'un point de vue thérapeutique, si elle n'a pas démontré sa supériorité par rapport aux traitements antidépresseurs et à la psychothérapie(38), l'AP permet de réduire les symptômes de dépression et constitue donc un outil intéressant dans la prise en charge des patients.

Bien que le niveau de preuve soit moins élevé car moins étudié, on retrouve également ses effets positifs dans le cadre de la schizophrénie avec une diminution des symptômes de la maladie, de l'anxiété, de l'état de détresse psychologique associée à une amélioration de la qualité de vie(39).

Chez les individus atteints de troubles psychiques, elle permet, quand elle est associée à une prise en charge classique, de réduire les symptômes de la maladie, d'améliorer leur qualité de vie, en diminuant le stress, d'éviter les effets secondaires de certains traitements (lutter contre prise de poids par exemple), d'éviter la survenue de nouvelles pathologies et d'élaborer des stratégies actives de coping et d'adaptation(40).

3.3 Les risques liés à l'activité physique

Bien que rare, le risque de mort subite induite par l'activité physique reste la complication la plus redoutée. On dénombre **4,6 cas par million d'habitants** sur la période 2005-2010, il concerne dans 95% des cas des hommes et l'âge moyen de survenu est de 46 ans.

Le fait de pratiquer une activité physique intense et d'avoir un passé de comportement inactif, semblent être les principaux facteurs de risque de survenue. Il est à noter que dans 13% des cas, les victimes avaient présenté des signes d'alerte dans les jours précédents la survenue de cette complication(4).

L'intensité de l'AP, plus que la durée ou la fréquence de l'effort semble être la cause principale de la mort subite. La survenance de ce phénomène révèle bien souvent une

pathologie cardiovasculaire méconnue. Il est donc important de rechercher, par le biais d'un interrogatoire, les antécédents personnels et familiaux ainsi que les facteurs de risque cardiovasculaire. Dans cette situation, l'ECG de repos est bien souvent peu contributif, tout comme l'épreuve d'effort. Cette dernière est effectivement peu performante pour dépister les plaques d'athérome peu sténosantes mais instables, qui semblent être en cause dans la majorité des cas(3).

Concernant les blessures musculo-squelettiques induites par une activité physique de loisir, leur incidence semble difficile à évaluer en raison de la diversité des recours aux soins (services d'urgences, médecine de ville). Cependant, dans l'enquête menée en 2010 par la direction des sports et l'INSEP sur la pratique physique et sportive des plus de 15 ans, 9% des interrogés déclaraient avoir été victimes d'un accident dans le cadre d'une activité physique ou sportive (APS) nécessitant dans 19% des cas, une hospitalisation et dans 28% des cas, un arrêt d'activité. Les personnes pratiquant une APS pour leur santé, le plaisir ou l'entretien physique étaient moins victimes d'accident que les personnes motivées par la compétition, la performance ou la prise de risque (9 à 10% contre 15 à 20%)(41).

Certaines APS sont plus accidentogènes que d'autres :

	Taux de pratique (en % de la population des 15 ans et plus)	Part des accidents (en % des pratiquants)
Marche de loisir	53 %	1 %
Natation de loisir	24 %	≈ 0 %
Marche utilitaire	24 %	2 %
Vélo de loisir	22 %	1 %
Baignade	15 %	≈ 0 %
Ski alpin	11 %	2 %
Pétanque	10 %	≈ 0 %
Football	10 %	13 %
Randonnée pédestre	9 %	1 %
Footing	9 %	4 %
VTT de loisir	8 %	2 %
Musculation	8 %	3 %
Jogging	7 %	3 %
Pêche	7 %	≈ 0 %
Tennis de table	7 %	≈ 0 %
Randonnée en montagne	6 %	2 %
Tennis	6 %	6 %
Vélo utilitaire	6 %	6 %

Source : enquête pratique physique et sportive 2010, CNDS / direction des sports, INSEP, MEOS.

Figure 5 - Les accidents sportifs parmi les APS les plus déclarées

On retrouve d'autres risques inhérents à la pratique d'une APS tels que :

- La **dépendance au sport** : concernerait 2 à 3% des pratiquants réguliers et se retrouve principalement chez les sportifs très entraînés.
- La **chaleur** : peut être vecteur de crampes, d'épuisement, voir de coup de chaleur d'exercice (hyperthermie sévère grave) et peut être prévenue par des règles de gestion de l'exercice physique et l'hydratation.
- La **pollution atmosphérique** : est toxique pour l'appareil pulmonaire et cardiovasculaire. Il est donc déconseillé de pratiquer l'activité physique à proximité des grands axes routiers et lors des pics de pollution.
- Les **troubles hormonaux** : l'AP n'induit pas de troubles hormonaux à condition que les apports alimentaires compensent les dépenses énergétiques(4).

Les risques liés à l'AP semblent avant tout dépendre de son intensité : si l'inactivité physique expose le sujet à plusieurs pathologies, comme vu précédemment, l'extrême inverse peut également avoir des conséquences sur la santé, notamment d'un point de vue cardio-vasculaire et musculo-squelettique. Il semble donc essentiel d'accompagner les patients dans leur projet de reprise ou de maintien d'une activité physique.

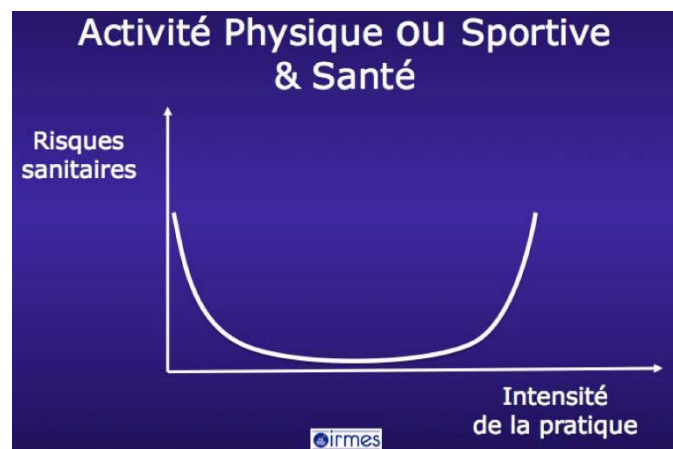


Figure 6 - Relation entre intensité de l'AP et risque sanitaire (source: Rapport PNAPS, 2008)

3.4 L'inactivité physique et pathologies chroniques : aspect économique

L'augmentation du nombre de patients en ALD s'associe également à une augmentation des dépenses de santé liées à la prise en charge de leur pathologie (augmentation en moyenne de 3,8% par an entre 2011 et 2016). Un patient en ALD a des **dépenses de santé en moyenne sept fois plus élevées** par rapport au reste des assurés et la prise en charge des patients en ALD représente à elle seule 57% des dépenses de santé pour le régime général(9).

il n'existe à ce jour, aucune étude visant à évaluer le niveau d'activité physique des patients bénéficiant d'une déclaration en ALD. Mais le rapport Esteban datant de 2016(10) qui porte sur un échantillon représentatif de 2678 adultes et 1182 enfants français montre que 70% des hommes et 53% des femmes atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Près de 90% des interrogés déclaraient 3h ou plus de comportement sédentaire par jour (et 41% plus de 7h).

Par ailleurs, l'inactivité physique constitue un des principaux facteurs de risque de survenue de pathologies chroniques corrigeables, au même titre que le tabagisme, la consommation d'alcool et une mauvaise alimentation. En janvier 2019, un rapport de l'INSERM estimait le **coût de l'inactivité physique en France à 1,3 milliard d'euros** répartis en coûts directs (75%) et indirects (25%)(11). L'enjeu de la promotion de l'activité physique n'est donc pas seulement intéressant sur le plan de la santé publique, mais également d'un point de vue économique.

4. La promotion de l'activité physique en France

4.1 Un cadre légal à la prescription

Dans le cadre de la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, l'article 144 précise que dans le cadre du parcours de soin des patients en Affection de Longue durée (ALD), le médecin traitant du patient peut prescrire une activité physique adaptée au patient(42).

Cette loi ajoute que les modalités d'application de cette loi seront précisées par décret.

La même année, le 30 décembre 2016, le **décret n° 2016-1990**, 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 (5) est publié. Il précise tout d'abord la définition d'activité physique adaptée (APA) :

« On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. »

L'objectif de l'APA est d'agir sur les facteurs de risques liés à la pathologie et sur les limitations fonctionnelles inhérentes à cette dernière, via des activités physiques et sportives, ce qui distingue l'APA des actes de rééducation.

Ce décret précise également qui sont les intervenants habilités à dispenser cette activité physique. Il s'agit de professionnels de santé : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, mais également de professionnels issus du domaine du sport, sous certaines conditions précisées par le décret.

Il précise également une liste de limitations fonctionnelles considérées comme sévères, ce qui permet au médecin généraliste qui souhaite prescrire de l'APA de déterminer le profil fonctionnel de son patient.

(La liste des limitations est disponible en Annexe 1)

Enfin, le 3 mars 2017 est publiée l'**instruction interministérielle DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81**(43). Ce document s'adresse aux services de l'état à l'échelle régionale, telles que les Agences régionales de Santé (ARS) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR-D-JSCS) ainsi qu'aux professionnels de santé et du sport.

Il annonce la possibilité de création de comités de pilotage sous l'égide des ARS et des DR-D-JCS visant à chapoter, coordonner et développer ces réseaux. Il donne également pour mission aux ARS et aux DR-D-JSCS, de recenser les dispositifs associant activité physique et santé et de leurs apporter également un soutien dans leurs développements.

Il est cependant précisé que, ni la prescription, ni la dispensation d'une activité physique ne feront l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Les modalités de prescription à destination d'un patient atteint d'une ALD sont rappelées dans ce texte : la prescription doit être faite par le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soin, au moyen d'un formulaire spécifique téléchargeable sur le site du ministère de la santé, sur les sites des DR-D-JCS (formulaire disponible en annexe 2). Il peut être demandé au médecin de fournir un certificat de non contre-indication au sport.

L'instruction définit également quatre niveaux d'altération fonctionnelle (sévère, modéré, minime et sans limitation) et les champs d'activités pour chaque intervenant, en fonction du profil fonctionnel du patient. (annexe 3)

4.2 Des campagnes d'information

On note une volonté des pouvoirs publics, de promouvoir l'activité physique dès les années 1980 avec la mise en place de plusieurs campagnes de communication : « Votre santé dépend aussi de vous » (1980), « bougez-vous la santé » (1984) et enfin « bouge ton cœur » (1985-1986). Ces campagnes reposent sur la diffusion de slogans et de spots télévisuels afin d'informer le public cible.

En 2001 est lancé le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et son fameux slogan « mangez, bougez ». En 2004, le site mangerbouger.fr voit le jour, avec pour objectif de rendre accessible au plus grand nombre, de l'information et des conseils en matière d'activité physique(44).

Toujours dans une logique d'information et de promotion de l'activité physique une nouvelle campagne de sensibilisation du public portant sur les précautions à prendre en cas d'activité sportive voit le jour en 2013. Soutenue par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF), elle s'appuie sur les 10 règles d'or du sportif édictées par le club des cardiologues du sport. Cette recommandation repose sur 3 principes : faire attention à sa santé, respecter certaines consignes simples et de bon sens, surveiller les signaux et ne pas hésiter à aller consulter son médecin traitant(45).

(Les 10 règles d'or sont disponibles en annexe 4)

4.3 Des plans nationaux de santé publique en cours

Depuis 2001, plusieurs PNNS se sont succédés. Nous en sommes actuellement à la quatrième itération du programme. Elaboré tous les 5 ans, à la demande du premier ministre et sous la coordination du ministère de la santé, il s'appuie sur le rapport de 2016 de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES) et définit les objectifs de santé publique, en termes de politique nutritionnelle et les moyens mis en place pour les atteindre. Le PNNS actuel doit se poursuivre jusqu'en 2021 et intègre une partie consacrée à la promotion de l'activité physique.

Partant du constat que l'environnement dans lequel nous évoluons influe sur notre niveau d'activité physique, il préconise de favoriser à la fois, les politiques d'urbanisme intégrant la problématique de l'activité physique et le développement des transports actifs et des transports en communs, que ce soit pour les entreprises, le milieu scolaire ou l'espace public(46).

La **Stratégie nationale de Santé publique 2018-2022**, définie par le gouvernement et qui constitue un cadre à la politique de santé actuelle, aborde également la problématique de l'activité physique et définit trois objectifs : encourager la pratique de l'activité physique à tout âge, lutter contre la sédentarité et accompagner le développement de l'activité physique adaptée (APA)(47).

Dernier plan de santé publique en date à l'échelle nationale, le **plan stratégie nationale sport santé 2019-2024** prévoit la mise en place de plusieurs actions afin de promouvoir l'APA auprès des patients porteurs de pathologies chroniques :

- Mise en place d'outils d'aide à la prescription, à destination des médecins se basant sur les recommandations de l'HAS (2019)
- Création d'une plateforme en ligne, recensant l'offre d'APA (2021)
- Inscription de l'APA dans le protocole de soins des femmes atteintes de cancer du sein (2020)(48)

On voit également se développer à l'échelle régionale, des plans de santé publique s'intéressant à la problématique. A titre d'exemple, la région Haute Normandie bénéficie depuis 2013 d'un **plan « sport, santé, bien-être » (SSBE)** réalisé par la DR-D-JSCS, en partenariat avec l'ARS. Ce plan s'intéresse notamment à la population des patients atteints de maladies chroniques et entend favoriser la pratique et la promotion de l'AP auprès de cette population par plusieurs moyens :

- En recensant l'offre d'activités physiques adaptées disponibles à l'échelle locale et en constituant un annuaire des structures proposant ce service.
- En repérant les initiatives locales, en les soutenant et en favorisant leur développement.
- En mutualisant les offres d'éducation thérapeutique des patients tout en y intégrant une offre d'activité physique.
- En informant, sensibilisant et formant les différents professionnels qui seront amenés à prendre en charge cette population(49)

En 2015, en parallèle de ces politiques de santé publique et sous l'impulsion du ministère en charge des sports et du Centre National du Développement du Sport (CNDS) est créé l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS). Les objectifs de cet observatoire sont, d'une part de rassembler les études évaluant le niveau d'activité physique et de sédentarité de la population française, et d'autre part de recenser et d'évaluer les dispositifs français mis en place pour promouvoir l'activité physique(50).

4.4 Des outils de formation mis à disposition des médecins

Le guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes est paru en 2018. Il fait suite au rapport de l'HAS de 2011 relatif à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Ses objectifs sont :

- favoriser le conseil et la prescription d'AP par les médecins, en prévention et en thérapeutique.
- faciliter le développement de l'AP sur ordonnance, à l'échelle locale et nationale.

Pour cela le guide fait le point sur les connaissances actuelles concernant les effets de l'AP, propose une méthode d'évaluation médicale du patient, en fonction profil du patient et de l'AP envisagée, enfin il détaille le déroulement d'une consultation de prescription d'activité physique(3).

Parallèlement à la publication de ce guide, l'HAS a sorti plusieurs référentiels de prescription de l'AP pour des pathologies ciblées:

- Surpoids et obésité de l'adulte
- Diabète de type 2
- Bronchopneumopathie chronique Obstructive
- Hypertension artérielle
- Maladie coronarienne stable
- Accidents vasculaires

L'objectif est encore une fois de proposer aux médecins des outils, afin de faciliter la promotion de l'exercice physique auprès de patients atteints de pathologies, pour lesquelles l'effet positif de l'activité physique est connu.

En 2017 avait également été publié le Médicosport-santé. Ce dictionnaire, rédigé par la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) a pour objectif d'aider les professionnels de santé dans leur prescription d'activité physique et sportive. Il détaille pour plusieurs activités sportives :

- L'intérêt de la discipline sportive sur la santé de l'individu
- Les risques et contres indications
- Les publics cibles
- Les objectifs prophylactiques ou thérapeutiques
- Les adaptations ou précautions à mettre en place ainsi que leurs modalités
- Des exemples de protocoles sport santé(51)

4.5 Quelques exemples de dispositifs proposant de l'activité physique adaptée sur ordonnance

Le dispositif sport santé, sur ordonnance de la ville de Strasbourg est historiquement l'un des premiers à avoir vu le jour en France. En place depuis 2012, il s'adressait initialement aux patients porteurs de 5 types de pathologies chroniques :

- L'obésité (IMC>30)
- Le diabète de type 2
- Les maladies cardiovasculaires stabilisées
- L'hypertension artérielle stable
- Les cancers du sein et du colon en rémission depuis 6 mois

Il s'est ouvert aux patients atteints du VIH en 2016 et aux personnes âgées fragilisées, en 2017 dans le cadre de la prévention des chutes.

Les patients sont adressés par leur médecin traitant, après prescription sur ordonnance d'activité physique et sont reçus par un éducateur sportif formé qui, après bilan, leur propose deux types d'activité physique adapté à leur mode de vie et leur état de santé. Les patients sont ensuite revus à intervalles réguliers pour faire le point. L'inscription aux APS est gratuite la première année, puis soumis la 2^e et 3^e année à une tarification adaptée, calculée en fonction du quotient familial (20, 50 ou 100 euros).

Fin 2016 on dénombrait 455 patients actifs intégrés au dispositif et 1445 patients avaient bénéficié du dispositif.

Au niveau du havre et de son agglomération, un dispositif similaire a vu le jour en 2018 à Gonfreville l'orcher, à l'initiative de la mairie. Sur prescription médicale écrite, un éducateur sportif effectue un bilan, lors d'un entretien et oriente les patients vers une activité physique adaptée à leur état de santé. Les patients sont revus toutes les 10 séances pour évaluer les progrès et un compte rendu est envoyé au médecin traitant. Actuellement quatre types d'activité sportive sont disponibles : aviron, gymnastique, marche nordique et natation. 24 patients atteints de pathologies chroniques bénéficient du dispositif. Financé en partie par la mairie et par l'ARS, l'inscription au dispositif et aux clubs sportifs adhérents est gratuite pour les participants la première année, puis prise en charge à 50% à partir de la 2^e année.

Une partie de l'offre d'APA disponible en Haute Normandie est listée sur le site www.sportsantenormandie.fr. Développée par l'ARS et la DR-D-JSCS, elle s'inscrit dans le cadre du plan « sport, santé, bien-être » régional.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude de type qualitative pour ce travail.

Le choix de cette méthodologie nous paraissait pertinent. En effet, la recherche qualitative est particulièrement adaptée pour les études s'intéressant aux soins primaires. Elle ne cherche pas à quantifier ou mesurer, mais à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative(52). Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles.

L'idée n'est pas de savoir combien de médecins abordent le sujet de l'activité physique auprès de leurs patients en ALD, mais comment, en pratique, ils les conseillent.

D'autre part, le cadre légal de la prescription d'activité physique est assez récent et les habitudes de conseil et de prescriptions des médecins, hétérogènes. Les questions ouvertes qui caractérisent le guide d'entretien permettent une exploitation beaucoup plus exhaustive qu'un questionnaire à questions fermées. Dans le cas présent il est mieux adapté, car il met en évidence des idées qui ne seraient pas exprimées si on avait recours à une étude de type quantitative.

Sur le plan éthique et réglementaire, une demande a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'inscription a été validée sous la référence « 2019.010 ».

2. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de comprendre, comment les médecins généralistes de la région Havraise conseillent l'activité physique à leurs patients atteints d'Affection de Longue Durée.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'identifier les difficultés que rencontrent les médecins généralistes, dans le cadre du conseil et de la prescription d'activité physique.
- D'étudier le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des lois relatives à la prescription d'activité physique.

3. Constitution du guide d'entretien

Afin de structurer les entretiens, un guide d'entretien a été élaboré en collaboration avec mon directeur de thèse.

Il se compose, d'une introduction visant à « briser la glace ». Cette introduction présente le sujet de l'étude, le contexte législatif actuel et rassure les participants sur le caractère anonyme de l'étude. L'entretien ensuite est mené au travers de 7 questions ouvertes, associées parfois à des relances, qui permettent de rebondir sur les propos des médecins interrogés et d'approfondir le sujet.

Avant de débiter les entretiens, le guide d'entretien a été testé auprès deux médecins généralistes remplaçants. Cette étape avait pour objectif de vérifier qu'il répondait à la problématique de l'étude et que les questions étaient bien comprises, ce qui a permis d'ajuster certaines questions.

La version finale du guide d'entretien est disponible en annexe 5.

4. Constitution et caractéristiques de l'échantillon

L'ensemble des médecins généralistes interrogés appartenait au même territoire de santé : celui de la Co.D.A.H. Il nous paraissait intéressant d'étudier comment des médecins, qui ont accès aux mêmes ressources en termes de communication autour du sport-santé et d'offre d'activité physique adaptée, procédaient pour conseiller leurs patients en matière d'activité physique. Ce territoire est assez vaste et regroupe à la fois des zones urbaines et rurales.

Les médecins ont été sélectionnés de manière non probabiliste selon les caractéristiques suivantes :

- Le nombre d'années d'exercice
- Le sexe et l'âge
- Le mode d'exercice (urbain, rural)
- La formation en médecin du sport

L'objectif était d'avoir un échantillon diversifié de profils de médecins. Une caractéristique supplémentaire a également été renseignée lors des entretiens : le niveau d'activité physique du médecin généraliste interrogé, évaluée selon les recommandations de l'OMS de 2010 :

- Insuffisant, si inférieur aux recommandations actuelles de L'OMS
- Suffisant, si atteignant ces recommandations
- Important, si les dépasse

Les médecins ont été contactés par téléphone, via leur secrétariat ou par mail. Le sujet de la thèse était expliqué et un rendez-vous au cabinet était fixé si le médecin était d'accord pour participer à l'étude.

Le nombre d'entretien n'a pas été établi à l'avance. L'objectif était d'atteindre une saturation des données (absence de nouvelle idée ressortant des entretiens).

5. Recueil des données

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels, semi-dirigés, pour cette étude. Ce type d'entretien permet aux sujets interrogés de s'exprimer plus librement et évite les biais d'influence, propres aux entretiens en groupe. Tous les entretiens ont été effectués par le même investigateur.

Les caractéristiques relatives aux médecins interrogés étaient renseignées en fin d'entretien.

Les entretiens étaient enregistrés au dictaphone, après accord des médecins et retranscrits manuellement par la suite, à l'aide du logiciel Word. Après retranscription, les entretiens ont été anonymisés selon un ordre chronologique de déroulement des entretiens, allant de M1 à M12.

Pour chaque entretien, un consentement écrit a été signé. Il est disponible en annexe 6.

6. Analyse des données

Les retranscriptions des différents entretiens constituent les Verbatims. Pour chaque verbatim, il a été isolé plusieurs « unités de sens », illustrant une ou plusieurs idées. Il peut s'agir d'un mot, d'un groupe de mot, d'une phrase ou d'un paragraphe entier. C'est ce qu'on appelle le codage axial du verbatim(53).

Les différentes idées isolées ont ensuite été classées à l'aide du logiciel Excel, par thème ou sous thème, selon une analyse thématique visant à répondre à la problématique de l'étude.

III. RÉSULTATS

1. Description de la population médicale étudiée

1.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens ont eu lieu entre avril et juin 2019. Au total 12 médecins ont été interrogés. Les médecins étaient tous des médecins généralistes libéraux installés.

Sur les 12 médecins, trois avaient une formation complémentaire en médecine du sport.

La plupart des entretiens ont été effectués au cabinet des médecins interrogés, en début ou en fin de planning de consultation. Deux entretiens ont eu lieu au domicile du médecin interrogé.

Les entretiens ont duré entre 11 minutes 32 secondes et 46 minutes 56 secondes ; la durée moyenne des entretiens était de 21 minutes et 3 secondes.

La saturation des données a été atteinte au 11^e entretien et a été vérifié par un 12^e entretien.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Médecin généraliste	Sexe	Tranche d'âge	Type d'exercice	Formation en médecine du sport	Niveau d'activité physique selon les recommandation de l'OMS 2010	Nombre d'année d'exercice
M1	F	50-54	urbain	non	suffisant	22
M2	H	50-54	urbain	non	important	24
M3	H	45-49	urbain	capacité en médecine du sport	important	15
M4	F	35-39	urbain	capacité en médecine du sport	suffisant	6
M5	H	70-74	urbain	capacité en médecine du sport	insuffisant	42
M6	H	60-64	urbain	non	important	32
M7	H	55-59	semi rural	non	suffisant	22
M8	H	25-29	rural	non	insuffisant	1
M9	F	60-64	semi rural	non	insuffisant	25
M10	M	30-34	rural	non	suffisant	3
M11	F	50-55	semi rural	non	suffisant	20
M12	M	60-64	semi rural	non	insuffisant	31

Figure 7 - Caractéristiques des médecins interrogés

1.2 Des médecins conscients des bienfaits de l'activité physique

Plusieurs médecins interrogés ont souligné le fait que les bienfaits de l'activité physique avaient été **démontrés par la littérature scientifique**.

M2 : « maintenant on a un niveau de preuve qui est quasiment aussi élevé que pour les médicaments »

M5 : « on le savait confusément, mais après sont arrivés les travaux scientifiques »

L'AP permettrait ainsi d'**éviter le recours à certains traitements médicamenteux**.

M9 : « le sport c'est quand même un médicament en moins »

M6 : « Je crois beaucoup plus chez les anciens, à la rééducation de la marche que- la prescription de trucs thérapeutiques »

Pour certains médecins l'AP était aussi importante que les traitements médicamenteux.

M2 : « [dans le cadre du diabète] Tous les traitements sont aussi efficaces : l'alimentation hein, l'activité physique et le médicament. Et les trois sont à égalité »

M6 : « la marche est votre meilleur médicament »

Un médecin a insisté sur le **risque d'effets secondaires liés aux traitements médicamenteux**.

M1 : « on est quand même vachement iatrogène, hein ! Et à chaque fois qu'on prescrit un médicament il y a souvent le revers de la médaille »

2. Connaître ses patients

2.1 Identifier les patients pour lesquels l'activité physique pourrait être bénéfique

La plupart des médecins interrogés conseillent l'activité physique à leurs patients **diabétiques** ou présentant des **pathologies cardiovasculaires**.

M10 : « c'est vrai que c'est très centré patient diabétique ou artéritique... »

M7 : « les diabètes et puis ceux qui sont cardiovasculaire ça c'est mon plus grand pool de patients avec lesquels j'aborde le sujet »

M3 : « diabète aussi et maladies métaboliques où je pense que c'est aussi important que le régime. »

L'effet bénéfique de l'activité physique sur les **pathologies cancéreuses** et notamment du cancer du sein a été mentionné à plusieurs reprises.

M3 : « dans les pathologies cancéreuses en particulier les cancers du sein où clairement, le bénéfice a été clairement démontré »

M4 : « sur les cancers du sein ça marche pas trop mal et je sais qu'en médecine du sport à bois guillaume ils en font beaucoup »

Proposer de l'activité physique dans la prise en charge de **pathologies psychiatriques** et notamment la dépression semble une thérapie récurrente.

M2 : « la dépression c'est devenu la première euh... en première intention il faut prescrire du sport et un coach avant de mettre l'antidépresseur quasiment »

M12 : « souvent il y a un plus dans le cadre de la prise en charge de l'anxiodépresseur au sens large »

Certains médecins interrogés insistent sur l'importance de sensibiliser les **patients inactifs** sur les bénéfices de l'activité physique.

M4 : « faire passer le message, surtout ceux qui en font pas du tout »

M12 : « c'est plutôt certain terrain que certaines maladies. C'est-à-dire celui qui se retrouve à ne pas être actif : l'inciter à en faire, c'est plus ça plutôt que la maladie »

D'autres, soulignent le fait qu'il est important d'aborder le sujet avec **tous les patients**.

M7 : « je ne fais pas de distinguo ald et non ald. C'est plus en prévention en général... »

M11 : « j'aurais tendance à dire un petit peu tout le monde... »

2.2 Evaluation du niveau de risque

Plusieurs médecins ont insisté sur la nécessité de prendre en compte les **antécédents médicaux du patient** et son **état de santé** avant de conseiller de l'AP.

M7 : « quand je préconise du sport il me faut déjà l'état du patient, connaître ses antécédents, son état actuel »

Ils ont également insisté sur l'importance d'**évaluer le risque cardiovasculaire**.

M4 : « le poids, le tour de taille. Tu vois plutôt l'identification du syndrome métabolique et puis cardiovasculaire »

M10 : « dans l'examen clinique [...] le Ruffier je le fais même si ça n'a pas une grande valeur »

L'évaluation du patient nécessite parfois le recours à des **examens biologiques** comme a pu le faire remarquer un des médecins.

M4 : « il faut qu'ils aient une prise de sang qui soit à jour »

Cette évaluation préalable peut conduire au recours d'**avis spécialisés**.

M1 : « Souvent il faut peut-être l'avis du cardio pour des... voilà... épreuves d'effort »

M3 : « un patient... par exemple chez qui on vient de découvrir un diabète, euh... clairement je l'envoie chez le cardiologue pour faire un bilan cardiovasculaire avant de débiter son activité physique »

M4 : « Le patient insuffisant respiratoire qu'il ait quand même un bilan pneumo »

M10 : « je fais appel au médecin du sport [...] quand j'ai un examen sur lequel je me sens en difficulté »

2.3 Évaluer les habitudes du patient vis-à-vis de l'activité physique

Un des médecins interrogés faisait **systématiquement** le point sur l'activité physique avec ses nouveaux patients.

M10 : « Systématiquement, ALD ou pas, je vérifie l'activité déjà pratiquée... »

Il leur paraît également intéressant de s'intéresser au **niveau d'activité physique actuel et antérieur** des patients.

M6 : « il marche une heure par jour ouais mais c'était peut-être il y a 2 ans donc aujourd'hui c'est devenu quoi ? »

M3 : « Inciter quelqu'un à poursuivre son activité physique alors qu'il a toujours bougé au cours de sa vie, c'est beaucoup plus facile »

Faire le point sur l'**emploi du temps du patient** afin d'évaluer ses disponibilités et ses habitudes en termes d'activité physique peut également faire partie du bilan comme l'a souligné un des médecins.

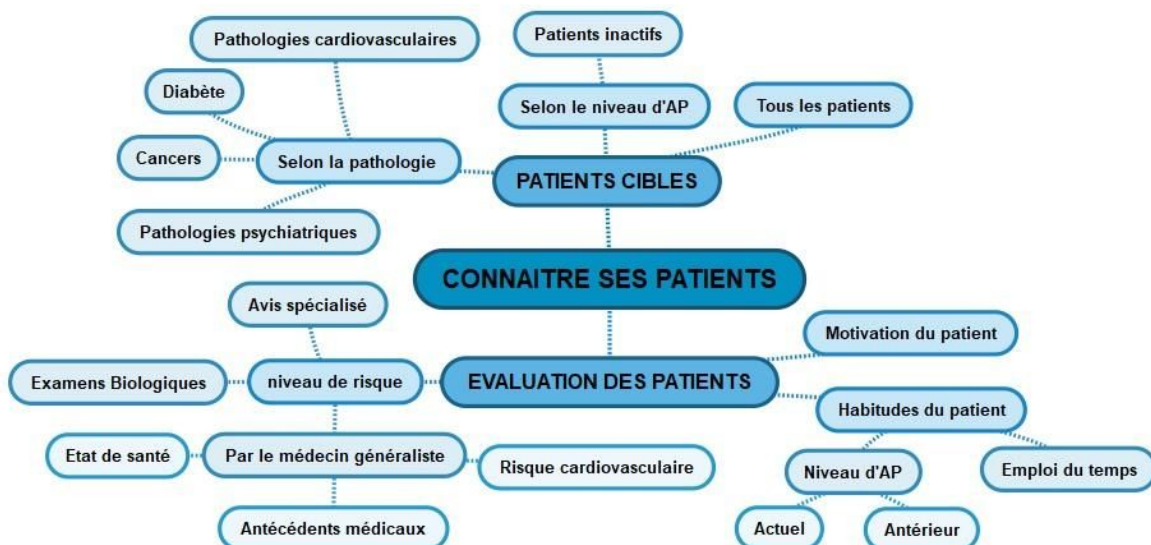
M5 : « Il faut lui demander son emploi du temps, tu lui demandes à quelle heure il se lève, qu'est-ce qu'il fait, comment il mange, à quelle heure, tu fais un agenda typique de la journée... de la semaine »

Enfin, évaluer la **motivation** du patient.

M6 : « ça suppose pour cette population, entre guillemet, un peu plus fragile, déjà lourdement impactée par la santé et qui à priori est déjà un petit peu distante de l'activité physique, d'évaluer assez finement [...] leur motivation psychologique »

M7 : « il y a la question mentalement est ce que c'est un compétiteur, un toujours plus ou... quelles sont les motivations quoi et quel est son caractère parce que ça influe »

2.4 Résumé



3. Stratégie motivationnelle

3.1 Des objectifs différents selon les médecins interrogés

On peut noter une **disparité en termes d'objectifs** de durée et de fréquence d'activité physique préconisée au patient.

M2 : « vous devez faire vos trente minutes d'activité physique par jour ou 45 minutes si je veux un peu plus de surplus »

M6 : « 30 minutes de marche par jour »

M8 : « au moins 30 minutes de marche trois à quatre fois par semaine »

M9 : « une fois par semaine, une heure une fois par semaine »

Cependant la plupart des médecins s'accordent sur la nécessité d'une **activité physique régulière**.

M5 : « l'activité physique, la meilleure, c'est celle qui est quotidienne. Un peu tous les jours c'est l'idéal »

M6 : « le problème, c'est de faire ça régulièrement et pas l'exploit de faire huit jours de ski par an »

Certains médecins abordent également la notion d'**intensité** d'activité physique.

M2 : « J'insiste beaucoup sur l'activité physique qui doit provoquer une légère sueur »

M3 : « Il y a des échelles d'équivalent métabolique en MET, comme ça j'essaye de quantifier comme ça »

Un seul des médecins interrogés a abordé le sujet de l'**entraînement fractionné**.

M5 : « il y a l'interval training qui limite un peu la casse, on peut [...] faire moins mais en faisant de l'intense avec du fractionné on aurait... Ouais, je pense que pour des gens qui ont des contraintes de temps c'est déjà mieux que rien »

3.2 Un Changement d'hygiène de vie

Conseiller de l'activité physique à un patient, c'est également promouvoir un changement global du mode de vie. La problématique de l'activité physique est fréquemment associée :

- à des **conseils nutritionnels**

M1 : « il n'y pas que le sport, ça va être aussi l'équilibre alimentaire et leur hygiène de vie qui va être le meilleur des médicaments »

M11 : « je ne le vends pas sans une prise en charge alimentaire »

- au **sevrage tabagique**

M6 : « pour moi ça doit être conjoint à l'arrêt du tabac »

- à des conseils en matière de **lutte contre la sédentarité**

M10 : « c'est important de se mobiliser, [...] de ne pas être sédentaire »

3.3 Informer les patients

3.3.1 Sur les effets de l'activité physique

Afin de sensibiliser leurs patients à la problématique de l'activité physique la plupart des médecins parlaient en consultation des **effets bénéfiques de l'AP sur la santé**.

M4 : « en leur expliquant [...] que l'on peut retirer la moitié des médocs sur l'ordonnance rien qu'avec une perte de poids et une activité physique »

M6 : « je leur dis de commencer à bouger un petit peu, ils vont commencer à être à la recherche de leur souffle, puis ils vont avoir plaisir à trouver le « troisième poumon » j'appelle ça »

Certains abordent les **conséquences de l'inactivité physique** afin de motiver leurs patients.

M9 : « Je leur dis toujours : si vous voulez mettre vos chaussettes toute votre vie et qu'il n'y ait pas un infirmier qui vienne vous les mettre à la maison, il faut marcher une demi-heure par jour ; ça en général ça marche »

M6 : « c'est vrai que les gens, quand ils ont infiniment peur de la mort, bah mine de rien il y en a qui vont vraiment se mettre à bouger »

Expliquer la physiopathologie de la maladie peut également aider le patient dans sa prise de décision.

M5 : « La physiopathologie c'est intéressant parce que, quand tu l'expliques au gens, ils adhèrent »

Le fait de **donner des exemples de patients** pour lesquels la pratique d'une activité physique a été bénéfique permet d'illustrer les propos tenus.

M4 : « Je leur donne des exemples de patients souvent et ça les motive »

Plusieurs médecins ont souligné qu'il est important que **le médecin montre l'exemple** en étant lui-même actif.

M3 : « aller travailler à pied ou en vélo par exemple... Ce que je pratique moi-même »

M6 : « monter à pied et de descendre à pied devant les gens, parce que je crois beaucoup en la pédagogie, c'est-à-dire que c'est pas la peine d'en parler si tu ne le fais pas toi-même »

M9 : « je leur dis que je vais à la piscine toutes les semaines, que je fais un kilomètre et qu'ils ont le temps de le faire... »

Le fait d'**avoir un discours positif** facilite l'adhésion du patient aux propos tenus.

M6 : « c'est pour chercher du plaisir qu'on fait ça, c'est pas pour en perdre »

3.3.2 Une information progressive et répétée

L'ensemble des médecins ayant participé à cette étude s'entendaient sur un point : la nécessité de **répéter l'information**.

M2 : « ça fait quinze fois qu'on leur sort le discours et tout d'un coup ça y est, ils agissent... »

M3 : « Souvent on répète à chaque fois »

M9 : « A force de marteler, ils y viennent je pense »

M11 : « C'est de la médecine, tu leurs dis toujours la même chose et un jour ils t'entendront »

L'information peut être **progressive** et répartie sur plusieurs consultations.

M6 : « je vais y aller toujours par petites touches de pinceau. Si tu veux, de temps en temps, j'en parle un petit peu »

M1 : « je pense que c'est pas forcément en une consultation »

Deux des médecins interrogés ont insisté sur la nécessité de **ne pas imposer son point de vue** et de **ne pas juger le patient**.

M10 : « je suis pas là pour imposer non plus, les gens ont leur libre arbitre »

M11 : « si tu te fâches et bah tu romps le contact et bah tu les revois plus jamais, ils sortent du circuit et c'est pire... »

M11 : « je les juge pas... j'attends pas d'eux qu'ils m'écoutent, je fais une recommandation, après chacun est libre »

3.4 Programmer l'activité physique

3.4.1 Adaptée aux capacités du patient

Si le patient est prêt à débiter, reprendre ou intensifier son activité physique, le médecin peut alors l'aider dans la planification. Il vaut mieux se fixer initialement des **objectifs raisonnables** et **majorer progressivement** le volume d'AP.

M8 : « à une personne qui fait 150 kg pour 1m60, je vais pas lui demander de faire 30 minutes tous les jours ou d'aller courir 10 kilomètres »

M12 : « toujours donner un objectif atteignable »

M1 : « c'est pas la peine de faire des choses extraordinaires, ça peut-être tout simplement de la marche »

M11 : « ceux que tu vois qu'ils vont pas y arriver [...] tu leurs donnes un objectif qui est vraiment très très bas... et quand tu les revois le mois suivant ou euh... là tu augmentes »

Les patients atteints d'affection de longue durée constituent une population fragilisée, les médecins interrogés ont insisté sur l'importance **d'adapter le conseil à l'état de santé du patient**.

M3 : « faut déjà pas faire prendre de risque au patient, donc je vais pas dire au patient qui a jamais couru, qui est coronarien, d'aller courir des kilomètres »

Comme l'a fait remarquer un des participants, un peu d'activité physique est plus bénéfique qu'aucune activité physique.

M3 : « ça dépend des patients aussi, une fois par semaine c'est mieux que rien du tout »

3.4.2 Adaptée au mode de vie du patient

Afin de maintenir une activité physique sur la durée, il est important d'adapter le conseil aux **désirs du patient**.

M7 : « moi j'intègre les desideratas des patients dans l'orientation, après je leur dis pas uniquement ça, c'est eux qui choisissent selon... Je leur donne des profils d'activités sportives »

M11 : « j'essaye d'adapter en fonction des âges et des goûts de chacun ; les gens peuvent être assez compliants »

Il est possible de **partir de ce que le patient fait déjà** en majorant une habitude d'activité physique déjà établie.

M3 : « si il y a déjà une habitude d'activité physique, en général je rebondis plutôt sur cette activité là en l'intensifiant un petit peu, en la diversifiant »

On peut également l'intégrer à la vie quotidienne notamment via les **déplacements** ou des changements d'habitudes.

M5 : « l'idée c'est de transformer les temps de transports en temps de sport »

M4 : « je leur explique que ça peut être pour aller chercher leur pain »

M11 : « je leur interdis de remonter le courrier quand ils descendent la poubelle, je leur demande de faire les choses en deux fois à des heures différentes »

La marche a été systématiquement abordée spontanément par les médecins interrogés.

M1 : « Je leur dis qu'il n'y pas forcément besoin de beaucoup d'argent, une paire de basket et puis marcher »

M5 : « Nous on pense que la meilleure activité physique intégrée au quotidien c'est la marche, c'est encore supérieur au vélo »

M8 : « marche pour tous les patients »

Plusieurs médecins ont également mentionné le **jardinage** comme activité physique utilitaire.

M5 : « je leur demande surtout faire du jardin et pas du décoratif, du productif ! [...] donc t'as une activité physique sous maximale avec beaucoup d'assouplissement s»

M8 : « les personnes âgées qui disent : non je vais plus faire de jardin et tout. mais si ! il faut continuer ! »

3.4.3 La place du Sport

Deux des médecins interrogés ont tenu à distinguer Sport et Activité Physique.

M6 : « c'est pas le sport que je cherche c'est l'activité physique »

M7 : « Moi je distingue l'activité physique et le sport »

Le panel des activités sportives conseillées par les médecins est assez varié avec des activités visant à travailler la souplesse et l'équilibre (gymnastique, Tai chi) ou le renforcement musculaire et l'endurance (marche nordique, vélo, natation).

M10 : « la gym d'entretien ça m'est arrivé de conseiller »

M6 : « le tai-chi c'est très très impressionnant de qualité, de stabilité et d'activité physique au niveau des pattes »

M5 : « je suis très marche nordique, pas de contre-indication, c'est simple, c'est pas cher »

M1 : « La piscine c'est assez... c'est des choses assez simples à faire »

Le Médecin interrogé n°7 déconseillait en revanche à ses patients la pratique du sport en compétition.

M7 : « je leur déconseille le coté compétition effectivement, sur le côté délétère pour la santé d'un certain nombre »

3.4.4 Maintenir la motivation et accompagner les patients

Conseiller la pratique de l'**activité physique à plusieurs** peut permettre de maintenir la motivation.

M6 : « je crois aussi beaucoup à la dynamique du groupe. C'est-à-dire que des personnes, quand elles se retrouvent un petit peu régulièrement, elles peuvent avoir un petit peu plaisir à marcher que toute seule »

M11 : « à la résidence je leur demande d'aller jusqu'à la rivière, d'aller donner du pain au canard par bande de vieilles »

Il est également possible d'**impliquer l'entourage** du patient afin de prévenir un arrêt de l'activité physique.

M6 : « J'essaie de voir, dès que j'ai un petit temps avec le conjoint ou les enfants, qui pourra proposer un petit quelque chose »

Eviter la monotonie en variant les activités et les lieux est également un conseil prodigué par les médecins.

M11 : « Tu sais entre le parc, la forêt et le bord de mer, ils ont de quoi changer de paysage... Parce que ça peut être lassant aussi de tourner toujours autour du même endroit »

Il est également important d'**accompagner le patient** en cas de blessure ou de baisse de motivation.

M12 : « les conseiller si ils ont envie d'arrêter par rapport à un accident récent [...] les restimuler soit en prenant un autre sport »

3.5 Résumé



4. Utilisation d'outils à disposition des médecins : pratique et souhaits

4.1 Le recours aux professionnels de santé et du sport

Les kinésithérapeutes :

L'instruction interministérielle du 3 mars 2017 a précisé le spectre d'action des kinésithérapeutes dans le cadre de la prescription d'activité physique. Ils sont donc habilités à dispenser de l'activité physique, notamment auprès des patients en ALD présentant des limitations modérées à sévères.

Certains médecins adressent leurs patients dans le cadre de **reprise d'activité physique**.

M3 : « ça m'arrive de solliciter des kinés pour les réhabituer, parce qu'il y a des kinés qui ont aussi des... qui font des cours de gymnastique »

M4 : « ça m'arrive d'adresser ouais... pour une reprise d'activité physique »

L'expertise des kinésithérapeutes leur permet d'adapter l'activité physique à l'état de santé du patient.

M4 : « comme ça vous verrez en fonction de vos problèmes articulaires et de vos facteurs limitants, vous verrez ce que le kiné vous autorise et derrière vous pourrez le reproduire chez vous »

Les kinésithérapeutes participent à **l'éducation thérapeutique**.

M1 : « je me sers de la kiné de façon un peu... pas détournée mais je me sers de la kiné pour qu'ils comprennent »

Infirmière Asalée :

Le médecin N°8 bénéficie des services d'une infirmière Asalée au sein de la maison santé où il exerce. Il lui adresse des patients pour de **l'éducation thérapeutique** et notamment celle relative à l'activité physique.

M8 : « nous avons une infirmière Asalée qui est justement un peu dédié sur les prises en charges tabac, alcool, exercice physique, rééquilibrage alimentaire [...] je leur dis d'aller voir l'infirmière Asalée justement »

Professionnels du sport :

Peu de médecins interrogés adressent leurs patients à des clubs de sport ou des coachs sportifs : le médecin N°5 oriente ses patients vers un club de marche nordique, le médecin N°6 se sert de l'offre gratuite d'activité physique proposée par la mairie.

M5 : « j'envoie sur les centres qui font de la formation à la marche nordique »

M6 : « Je me sers, entre guillemet, de l'offre de la mairie, [...] il y a des trucs, entre guillemet, niveau zéro, de remise en jambe dans les quartiers les fabriques, des activités de loisirs de plein air, sur la plage, tout au long de l'année »

4.2 Les réseaux proposant de l'activité physique adaptée

Trois dispositifs proposant de l'activité physique adaptée à l'échelle locale ont été cités lors des entretiens : l'association cœur et santé, la Cami sport et cancer et le dispositif sport santé sur ordonnance de Gonfreville l'orcher.

M6 : « Cœur et santé peut être, c'est du pratique, cardiologique, médicalisé mais associatif [...] c'est une bonne assoc' qui a dix ou quinze ans »

M4 : « les seuls que je connais c'est plus les assos pour les cancers, ce genre de truc... [...] la Cami »

M11 : « à Gonfreville et pour les gens qui y habitent, il y a des prises en charge par la mairie de séances, de licence »

Les médecins interrogés étaient dans l'ensemble plutôt favorables à ce genre d'initiative.

M3 : « moi je pense que ça ne peut pas être négatif. Tout ce qui est aide, qui peut inciter les patients à bouger, est positif »

M4 : « c'est une bonne chose, il faut que ça se réalise un peu »

M5 : « Moi je pense que c'est bien que ça existe. Tout ce qui va dans ce sens-là moi je suis pour »

Mais seul le médecin N°9 avait eu l'occasion d'adresser à ce type de dispositif par prescription écrite. Ses retours sur la prescription d'activité physique adaptée étaient positifs.

M9 : « Ça leur fait rencontrer des gens malades, des fois plus malades qu'eux, donc ils sont moins focalisés sur leur pathologie [...] et ça leur fait des nouvelles connaissances »

4.3 Des outils facilitant l'information des patients

Supports écrits explicatifs à destination des patients :

Un seul des médecins remettait des fiches explicatives à destination des patients, un autre déplorait le fait de ne pas avoir de fiches de conseil à remettre à ces patients.

M5 : « j'ai des petits dépliants sur la marche nordique »

M2 : « Alors sur l'alimentation [...] j'ai pas mal de fiches conseil [...] Mais sur l'activité physique euh... il y a pas grand-chose »

Internet :

Le médecin N°5 tient un blog abordant le sujet de l'activité physique et oriente régulièrement ses patients vers son site internet ou vers des tutoriels.

M5 : « J'oriente souvent sur mon blog »

M5 : « regarder sur internet un bon tutoriel... parce qu'il y a pas besoin de sortir de polytechnique pour apprendre à marcher »

Événements sportifs :

Plusieurs médecins ont insisté sur le fait que les événements sportifs accessibles au grand public ont un rôle pédagogique vis-à-vis de l'activité physique.

M10 : « la course de l'amazone, c'est un truc qui ouvre un peu les esprits. Je sais qu'il y a des patientes qui ont eu un cancer du sein qui participent à cette course. Donc ça c'est une des choses qui peut, je pense rendre plus populaire et plus habituel l'activité physique »

(La course de l'amazone est un parcours de 6km organisée une fois par an au Havre et visant à récolter des fonds pour la lutte contre le cancer du sein)

M9 : « j'aurai préféré des gros évènements : le dimanche après-midi, une marche des familles ou je sais pas moi... On ramasse tous des déchets ou on fait les virades de l'espoir, on fait des petits footings, marche/vélo des trucs comme ça quoi ! »

(les virades de l'espoir sont un événement sportif organisé par l'association vaincre la mucoviscidose)

Les campagnes de communication :

Les avis étaient assez partagés sur les campagnes de communication axées sur la problématique de l'activité physique.

Si certains médecins reconnaissent un effort de la part des pouvoirs publics sur la communication autour de l'activité physique, d'autres se posent la question de l'impact réel de ces campagnes sur la modification des comportements de la population cible.

M6 : « il y a effectivement une vraie campagne bien orchestrée au niveau national sur une thématique relativement simple. Euh... on commence à le voir, l'histoire du manger bouger »

M11 : « Toutes les campagnes pour la grippe ça n'a jamais marché... Est-ce qu'on a des campagnes qui... Je ne sais pas si des campagnes fonctionneraient »

4.4 Appareils de mesure de l'activité physique (podomètre, applications mobiles, cardiofréquence-mètre)

Le recours à des appareils permettant de mesurer l'activité physique a fait débat. Certains médecins les trouvant peu fiables, alors que d'autres les utilisent en pratique courante.

M6 : « Les podomètres, les trucs qui mesurent des vitesses mais à quoi ça sert ? [...] Est-ce que j'en ai fait plus que la veille ? est ce que je me sens plus en forme que la veille ? c'est pas écrit dans le téléphone ces trucs-là »

M7 : « Ouais, le côté gadget non... L'essentiel c'est l'effort et l'activité en elle-même quoi »

M3 : « il y a de plus en plus de patients qui ont des montres connectées et c'est vrai que ça c'est un outil qui peut être intéressant »

M8 : « toutes les applications où on peut voir le nombre de pas par jour et je leur dis, bon il faudrait que vous fassiez au moins 6000 pas par jour »

L'utilisation de ces appareils peut toutefois être compliquée pour les patients âgés.

M8 : « je vais pas demander à un patient de 85 ans d'utiliser une application ça c'est sûr ! »

4.5 Outils propres au cabinet médical

Le dossier médical du patient :

Renseigner dans le dossier médical du patient le fait d'avoir dispensé des conseils sur l'activité physique, permet de penser à réaborder le sujet lors d'une consultation ultérieure.

M3 : « je le note systématiquement dans le dossier, je marque : conseil d'activité physique, je marque le type d'activité que je conseille, [...] de façon en reprenant le dossier antérieur à dire : ah oui je vous avais parlé d'activité physique qu'est-ce qu'il en est ? De façon à pouvoir rebondir sur la prochaine consultation »

M6 : « j'essaie de l'écrire sur chaque dossier. Donc c'est noté c'est-à-dire que c'est noté et c'est daté »

L'aménagement du cabinet médical :

L'environnement de travail des médecins permet de sensibiliser les patients à la problématique de l'activité physique, par exemple via l'affichage de posters de prévention ou la mise à disposition d'un hangar à vélo aux patients.

M6 : « Et à l'entrée du cabinet t'as une affiche [...] il y a un vélo qui est accroché en salle d'attente, alors les mecs, si ils ont pas compris qu'il fallait bouger... »

M2 : « Mon collègue a insisté pour qu'on ait un local à vélo pour nos patients »

5. Des freins malgré des retours positifs des patients

5.1 Des freins inhérents aux patients

Il existe plusieurs facteurs limitants à la pratique de l'activité physique, propres aux patients. Il semble important de les prendre en compte afin de mieux y faire face.

Tout d'abord, un patient n'ayant **jamais pratiqué une activité physique** est plus difficile à motiver qu'un patient antérieurement actif.

M1 : « surtout quand il n'y a pas la culture aussi personnelle de... du sport »

M3 : « ça fait pas partie de leurs habitudes de vie donc c'est des grosses modifications de leurs habitudes de vie à faire et c'est difficile »

M6 : « ceux qui n'ont jamais fait... ça devient compliqué hein ! »

Certains patients **sous-estiment** leurs capacités physiques.

M4 : « ils sont pas sportifs donc ils te disent qu'ils se voient pas faire du sport »

M8 : « il y a des patients ils vont dire : oh c'est plus de mon âge ! »

Le **manque de motivation** est un frein qui a été fréquemment évoqué, un des médecins interrogés parlait même **d'addiction à la sédentarité**.

M3 : « Mais les patients actifs qui arrivent à la retraite et qui finalement font pas beaucoup plus, donc je pense que c'est plus une excuse on va dire. Moi je pense que c'est avant tout la motivation »

M5 : « la sédentarité c'est comme... mine de rien c'est une forme d'addiction... c'est très difficile d'en sortir »

Il semble exister des **éternels réfractaires** à la pratique de l'activité physique, qui ne changeront pas leurs habitudes malgré les efforts des médecins.

M1 : « leur faire comprendre qu'il faut changer de mode de vie et c'est ça qui leur sera bénéfique, mais il y en a qui y arrivent jamais hein ! »

M5 : « il y a des gens, on y arrive pas, c'est absolument hallucinant »

M8 : « Bon il y a toujours les réfractaires qui vont te dire : ce que vous m'avez conseillé ça n'a servi à rien »

Le coût de l'activité physique peut également être un facteur limitant pour certains patients.

M1 : « pour eux ça peut être un frein, justement le fait qu'il faut aussi acheter un équipement, [...] Le sport c'est quand même pas donné »

M3 : « Je pense qu'il y a en effet un côté financier qui intervient pour certains »

La pratique d'une activité physique régulière peut être chronophage. **Le manque de temps** peut constituer un frein notamment pour les patients ayant une activité professionnelle.

M3 : « souvent le manque de temps, surtout chez les patients actifs »

M4 : « le temps, ils te sortent toujours l'excuse du temps »

M10 : « il y a ceux qui vont dire : bah j'ai pas le temps à cause du travail »

Les activités physiques sportives nécessitent également un **apprentissage**, ce qui peut décourager certains patients.

M5 : « Pour être efficace sur un vélo, il faut être détendu... c'est angoissant parce qu'on peut pas mettre le pied par terre, dans la circulation c'est compliqué, faut savoir changer les vitesses et freiner, faut anticiper »

La survenue d'une **blessure** peut également être un frein à la poursuite d'une activité physique.

M2 : « ils ont été marcher mais ils ont trop marché et là ils se font une tendinite du moyen fessier, ils se font une fracture de fatigue et là... et là bah voilà.... Pendant 6 mois ils sont bloqués et puis ils remettent pas ça »

Les **conditions météorologiques** influent également sur la motivation des patients à débiter ou poursuivre une activité physique.

M5 : « les objections c'est : il fait froid, il pleut »

M8 : « les beaux jours reviennent donc forcément... ça joue beaucoup »

Certains facteurs limitant la pratique d'une activité physique sont spécifiques aux patients atteints de maladies chroniques.

En effet, certaines pathologies peuvent générer des **douleurs** à l'effort.

M10 : « il y a ceux qui vont dire [...] je peux pas à cause des douleurs »

Certains patients peuvent également redouter des **complications de leur pathologie**, induites par l'effort physique.

M9 : « Au niveau cardiaque [...] les patients cardiaques ils ont peur »

A contrario, il est possible que le malade ne voit pas l'intérêt d'une activité physique régulière et des effets bénéfiques sur sa santé pour plusieurs raisons :

- Parce qu'il n'accepte pas encore sa maladie

M2 : « face à une maladie il faut passer des stades, dont le stade dépressogène, pour pouvoir évoluer et accepter »

- Parce qu'il n'envisage pas les conséquences futures de l'évolution de la maladie

M2 : « Convaincre quelqu'un que pour... Qu'il faut qu'il fasse ça parce que dans vingt ans ça va lui... C'est difficile »

- Parce qu'il ne présente pas de symptôme lié à sa maladie

M2 : « le patient diabétique [...] c'est le plus difficile parce qu'il souffre de rien, l'artéritique il commence à souffrir de quelque chose »

- Parce que pour lui sa maladie est un problème secondaire

M2 : « le patient lui, il a un énorme problème avec sa femme, il a des problèmes avec ses enfants, euh avec son grand père, avec son boulot... euh... c'est peanuts le petit problème diabétique »

5.2 Freins liés à l'environnement

Le manque d'infrastructures adaptées et d'aménagement de l'espace public, propice à la pratique de l'activité physique a fréquemment été évoqué lors des entretiens.

M3 : « il y a beaucoup de patients qui me disent : mais j'aurais peur d'aller sur la route, et même si le réseau cyclable de la ville c'est déjà pas mal développé, je pense qu'il y a encore des progrès à faire pour les patients qui ne sont pas cyclistes à la base »

M9 : « ça manque de pistes cyclables aussi »

Par ailleurs, comme l'a fait remarquer un des médecins, nous vivons dans une **société sédentaire** où les déplacements sont facilités par l'automobile et où les écrans occupent une place de plus en plus prépondérante.

M6 : « honnêtement notre monde d'aujourd'hui n'aspire pas beaucoup à ça, la puissance des écrans, cette promotion à tout crin de la bagnole »

5.3 Freins liés aux médecins

Aborder la problématique de l'activité lors d'une consultation **prend du temps**, ce qui peut amener le médecin à renoncer à aborder le sujet.

M1 : « puis ça prend du temps, euh... à expliquer ça aux gens, leur faire comprendre l'intérêt »

M3 : « Au sein de la consultation, et ça fait souvent des consultations qui prennent un peu de temps du reste. »

Quelques médecins ont admis qu'ils **oubliaient d'aborder le sujet** avec certaines catégories de patients, alors que la pratique d'une activité physique pourrait avoir un effet bénéfique sur leur pathologie.

M4 : « je l'aborde le plus souvent chez les gens qui ont besoin de perdre du poids... Qui ont des pathologies. Parce que les autres, j'avoue que je les dépiste pas trop »

M7 : « C'est vrai qu'en cancéro même si on est en cancéro rémission euh... là je fais pas passer le message là... parce que je zappe »

Les médecins sont débordés et n'ont **pas forcément le temps** de se renseigner sur les modalités de prescription de l'activité physique et vers quelle structure adresser leurs patients.

M7 : « Non pas parce que je suis pas partant pour, mais par un nombre de sollicitations absolument phénoménal dans tous les domaines... En gros généraliste il faut être présent partout... »

M11 : « c'est vrai que pour l'instant je suis beaucoup plus préoccupé par l'installation de ma petite nouvelle, etcetera... Je m'en suis pas occupé »

Chaque médecin généraliste a des **centres d'intérêts différents**, des domaines touchant à son activité qu'il aura tendance à approfondir de façon préférentielle, parfois au détriment d'autres sujets.

M7 : « on a tous des sensibilités et des dadas différents, il y en a qui sont plus gériatrie, plus prévention, il y en a qui sont ultra pédiatre, d'autres qui font que la pathologie gynéco »

Deux des médecins interrogés, les plus jeunes, ont confié parfois **manquer de connaissance et d'expérience** en matière de conseil de l'activité physique.

M8 : « je n'ai pas encore un assez grand retour justement par rapport à mon début d'installation et d'exercice »

M10 : « Il y a une dame qui [...] me demandait si il valait mieux qu'elle prenne un vélo d'appartement ou un vélo elliptique pour mettre chez elle, honnêtement j'en savais trop rien »

Le Havre et son agglomération sont victimes d'un **manque de médecins spécialistes**, ce qui se traduit par un allongement des délais de rendez-vous pour consultation et peut retarder un projet d'activité physique, notamment quand un avis spécialisé préalable est nécessaire.

M1 : « ça peut retarder certains projets peut être parce que c'est pas forcément facile d'avoir accès facilement à une épreuve d'effort assez rapidement »

M2 : « qu'ils aient leur EFR, l'interprétation du cardiologue pour pouvoir ensuite rentrer dans un protocole qui de toute façon attendra six mois »

5.4 Les réseaux proposant de l'activité physique adaptée

De l'avis unanime des médecins, les structures proposant de l'activité physique adaptée aux patients atteints d'affection de longue durée souffrent d'un manque de communication

M1 : « Pour la Haute Normandie y'en a ? »

M2 : « Nous on a jamais eu une association qui nous a proposé quoique ce soit »

M4 : « personnellement je trouve qu'on est pas bien informé sur : quels sont les réseaux et à qui on peut les adresser »

M8 : « je ne savais pas que ça existait ce genre de structure dans le canton... dans la région »

Ils ne savent pas comment adresser à ces structures.

M4 : « qu'on soit un petit peu plus épaulé sur : comment le prescrire et comment contacter les gens qui s'occupent de ça »

Il existe une disparité en termes de répartition de ces structures au niveau régional.

M4 : « [à propos d'une autre ville de Normandie] ils ont beaucoup de réseaux par rapport à nous où ils ont réellement des activités bien programmées »

Le médecin N°9, qui avait eu l'occasion d'adresser quelques patients à une structure proposant gratuitement de l'activité physique adaptée sur ordonnance, a relevé quelques freins au développement et au recours à ce genre de dispositif :

- Le nombre de place limité

M9 : « le problème c'est que les places sont un petit peu limité »

- Le coût du dispositif

M9 : « ça doit coûter cher le truc... ça coûte 700 euros par personne ! »

- L'absentéisme des patients aux séances proposées

M9 : « je pense que les gens devraient participer un tout petit peu financièrement, au moins un euro par séance parce que sinon il y a des gens qui ne viennent pas aux séances »

5.5 Résumé



5.6 Effets positifs de l'AP rapportés par les patients

Malgré les freins rencontrés, les retours des patients pratiquant une activité physique sont positifs.

M4 : « le retour, il est toujours plutôt toujours positif »

M6 : « Ceux qui en parlent, ils en sont contents »

Des bénéfices psychologiques et sociaux:

Les médecins interrogés ont constaté le développement d'un **sentiment de fierté** chez les patients ayant débuté ou intensifié leur activité physique. La pratique d'une activité physique leur renvoie une image positive d'eux même.

M1 : « Et puis après ils sont fiers d'eux, ils sont contents d'eux »

M2 : « l'activité physique est un truc intéressant parce que [...] ça joue sur le renforcement de l'image de soi »

M4 : « ils y voient un bénéfice parce qu'ils ont l'impression d'avoir réussi quelque chose »

Le patient devient alors **acteur de sa santé**.

M1 : « Ils se l'approprient »

Ils peuvent ressentir un **sentiment de bien-être**.

M1 : « ils en retirent un bénéfice, un mieux-être »

M4 : « ils te rapportent se sentir mieux, même psychologiquement, physiquement »

M6 : « ils mesurent le bien être supérieur à faire ça »

L'activité physique peut également avoir un **rôle sociabilisant**, ce qui contribue à ce sentiment de bien-être.

M5 : « ça tisse énormément de lien social un potager »

M9 : « Ils ont changé de vie parce qu'ils sont plus isolés. Ils se sont fait des amis et sont beaucoup moins dépressifs, pour ça c'est génial. Sur le plan social c'est génial »

Bénéfices sur les symptômes et paramètres physiques :

Les patients rapportent également une **amélioration de leur condition physique**.

M6 : « c'est un type qui, par le biais de la danse, s'est mis à faire de l'activité physique. Et bon, il a pas maigri mais il a arrêté de grossir et il a retrouvé une condition physique qu'il n'avait plus »

M10 : « il commençait à ressentir des effets bénéfiques sur l'essoufflement et... un gain de qualité de vie »

Cela peut également s'accompagner d'une **perte de poids** et d'une **amélioration de la tension artérielle**.

M8 : « qu'en l'espace de trois quatre mois, ceux que je commence à revoir ont perdu un peu de poids »

M11 : « quand ils maigrissent et qu'ils perdent du poids, je quantifie tout en pack d'eau [...] Ah bah je me sens mieux docteur ! Forcément, vous avez posé un pack d'eau »

M1 : « sur la tension artérielle on peut avoir un impact assez rapide et assez vite compréhensible »

Ainsi que d'une **diminution des douleurs**.

M12 : « si les douleurs reviennent bah reprenez le vélo et puis après ça va aller un peu mieux »

Effets sur les résultats des examens biologiques :

Le médecin qui conseillait parfois le recours à un bilan biologique dans le cadre du bilan pré conseil d'activité physique, a pu constater une **amélioration des résultats des prises de sang**.

M4 : « sur le plan médical, t'as le couperet qui tombe avec la prise de sang qui est meilleure »

Effets sur les traitements médicamenteux en place :

L'intensification de la pratique d'une activité physique a pu conduire à la **réduction ou à l'arrêt de traitements médicamenteux**.

M1 : « si ils voient qu'on peut diminuer, voir arrêter certains traitements, bah ils sont contents »

M9 : « il y a quand même beaucoup de médicaments qui sautent »

6. Loi santé et prescription d'activité physique en pratique

6.1 La prescription d'activité physique par les médecins généralistes

6.1.1 Prescription écrite ou conseils écrits ?

La définition de prescription peut différer selon le médecin interrogé.

Deux des médecins interrogés ont tenu à **distinguer conseil et prescription** d'activité physique.

M10 : « je suis attentif au sport ou à l'activité physique du moins, mais je ne la prescris pas, je la recommande »

M11 : « tu leur prescris pas parce que je l'écris pas sur une ordonnance, mais je recommande un changement du mode de vie et une prise de conscience de la vie à venir »

Pour certains médecins, la notion de **prescription implique un remboursement**.

M1 : « si c'était effectivement remboursé, là on pourrait faire effectivement une ordonnance, ce serait plus pris comme un acte médical »

M4 : « c'est pas vraiment mis en place de manière remboursé donc euh... ça limite un peu la prescription quand même... c'est plus un conseil qu'une prescription »

6.1.2 L'utilisation du support écrit

La majorité des médecins interrogés n'ont **pas recours à la prescription écrite**.

M1 : « Non, je ne les marque pas par écrit »

M11 : « de la prescription écrite, j'en fais pas »

Un des médecins s'est toutefois interrogé sur l'impact que pourrait avoir le recours à une prescription sur ordonnance.

M1 : « peut être qu'effectivement, le fait que ce soit marqué sur une ordonnance ça a plus d'impact »

Certains médecins ont toutefois recours au support écrit pour **appuyer des conseils oraux** ou **intègre systématiquement des conseils sur l'ordonnance** des traitements.

M3 : « Du reste, ça m'arrive d'écrire une ordonnance en disant qu'il faudrait faire telle ou telle activité, juste pour renforcer ce que je dis oralement »

M6 : « sur toutes mes ordonnances, c'est marqué que l'activité physique est essentielle »

L'activité physique est parfois inscrite sur l'ordonnance comme **thérapeutique à part entière**, à l'instar d'un traitement médicamenteux.

M2 : « Je prescris de l'activité physique comme un médicament »

M5 : « Quelquefois ça peut m'arriver de faire des ordonnances sèches de temps en temps : tous les matins faire le long de la plage ou prendre les bâtons : marche nordique »

6.2 Ressenti des médecins généralistes concernant les textes de loi

6.2.1 Des textes de loi mal connus

Les textes de loi relatifs à la prescription d'activité physique par les médecins généralistes sont **peu ou pas connus** par les principaux intéressés.

M3 : « j'avais pas entendu parler des textes de loi »

M8 : « J'en avais entendu parler, mais pas dans les détails »

M10 : « oui... Mais je ne les ai pas retenus... Je sais qu'on peut prescrire »

Ils ne connaissent pas les modalités de prescription décrite par la loi (indications, modes de prescription, interlocuteurs).

M7 : « je ne me souviens plus de la démarche... Euh je me souviens de rien en fait »

M12 : « j'en ai entendu parler, mais pas dans le cadre de l'ALD qu'on pouvait prescrire »

6.2.2 Une démarche louable de la part des pouvoirs publics...

Un des médecins a tenu à souligner le **caractère innovant** des textes de loi.

M7 : « C'est quand même la première fois qu'on intègre quelque chose de non médical, entre guillemets, dans la santé publique »

Les textes de loi ont permis de communiquer autour du rôle de l'activité physique, en tant que thérapeutique non médicamenteuse.

M6 : « il y a un encouragement national à faire quelque chose »

M5 : « la puissance publique est dans son rôle elle lance le truc ça fait du buzz, on en parle, c'est bien, c'est très très bien »

6.2.3 ...mais qui ne va pas assez loin ?

Les effets bénéfiques de l'activité physique en prévention primaire étant prouvés, plusieurs médecins trouvent dommage que la loi se focalise uniquement sur les patients en Affection de Longue Durée.

M3 : « Je trouve que l'activité physique quand on arrive dans l'ALD, il est presque trop tard. C'est-à-dire qu'en fait, on est en prévention secondaire alors qu'en fait, il faudrait faire de la prévention primaire »

M6 : « les dégâts ils sont déjà faits, ils ont déjà quelques stents, ils ont déjà nécrosé une partie de leur cœur. Bon... c'est mieux que rien mais voilà. Ce serait quand même bien plus intelligent qu'ils aient des stents 10 ou 15 ans plus tard que prévu »

Enfin, l'autre critique était : l'absence de prise en charge financière envisagée par les textes de loi qui pourrait, selon certains, favoriser l'adhésion des patients.

M2 : « c'est pas remboursé donc euh... c'est dommage »

M4 : « Je pense que c'est une bonne chose après, pour l'instant, c'est pas vraiment mis en place de manière remboursé »

M1 : « On le voit d'ailleurs pour le tabac hein ! Depuis que les patchs sont remboursés, il y a beaucoup de demandes et ça a donné un accélérateur à la prise en charge »

IV. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Les forces

Le choix d'une méthode qualitative pour explorer les habitudes de promotion de l'activité physique a permis une richesse dans la diversité des réponses : aborder le sujet de l'AP en consultation est complexe et les approches pour promouvoir l'activité physique sont multiples. Par ailleurs, les médecins pouvaient partager librement leur expérience sur le sujet ; le guide d'entretien constituant un outil souple, l'ordre des questions pouvait varier selon l'évolution de l'entretien.

Le concept de prescription d'activité physique est récent et peu de médecins sont formés à cette prescription, ce qui pouvait mettre les médecins interrogés mal à l'aise. Le fait de réaliser des entretiens individuels permet de conserver une certaine liberté de ton, sans crainte de jugement, ce qui n'aurait probablement pas été possible lors de focus groupe.

Les médecins participant à la thèse ont été sélectionnés de manière non probabiliste, permettant ainsi de constituer un échantillon diversifié en termes d'âge, de sexe, de formation et de mode d'exercice. En pratique, il n'existe pas un profil de médecin généraliste mais une multitude. Cette diversité a permis d'explorer des points de vue et des expériences variées sur le sujet de la promotion de l'activité physique.

Enfin nous sommes parvenus à saturation des données ce qui contribue à la validité interne de l'étude.

1.2 Les limites

N'étant pas entraîné aux entretiens semi dirigés, mon comportement non verbal et certaines de mes interactions orales ont pu influencer involontairement certains médecins interrogés dans leurs réponses. L'investigateur se doit de garder un comportement le plus neutre possible. J'ai cependant acquis plus d'expérience au fur et à mesure des entretiens. Ce biais est moins présent dans les derniers entretiens.

Par ailleurs, il existe probablement un biais de sélection : les médecins interrogés étaient informés du thème de l'entretien lors de la procédure de recrutement. Il est donc possible que les médecins qui ont accepté de participer à ce travail soient également ceux qui sont le plus à l'aise avec ce sujet.

On peut également retrouver deux biais de formulation concernant les termes « activité physique » et « prescription ». Selon les médecins interrogés, ces deux termes pouvaient revêtir des significations différentes. Il a cependant été décidé de ne pas les

expliciter car il est intéressant d'explorer comment les médecins appréhendent ces deux concepts.

La problématique de l'activité physique ne concerne pas uniquement les patients en Affection de Longue Durée. Certains médecins avaient tendance à généraliser cette problématique à l'ensemble des patients. Quand cela se produisait, je veillais à repréciser le sujet de la thèse avec de nouvelles questions ou des relances pour éviter les hors sujets.

Il existe un biais d'interprétation. L'analyse qualitative du verbatim est subjective. Afin, de limiter ce biais il aurait été intéressant d'effectuer une analyse triangulée des résultats avec un deuxième analyste.

Cette étude s'intéresse à un territoire défini : la région havraise. Les ressources en termes de formation, d'information, d'offre d'APA, d'équipements sportifs et de démographie médicale sont variables d'un territoire à l'autre. Les résultats ne sont pas généralisables au niveau national.

2. Comparaisons des résultats à la littérature

2.1 La Promotion de l'activité physique par les médecins généralistes

2.1.1 Un Public cible

Dans cette étude, les médecins généralistes citent avant tout, les patients atteints des pathologies ALD les plus fréquemment rencontrées : les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies psychiatriques (en particulier la dépression). Il s'agit également des pathologies pour lesquelles les bénéfices de l'AP ont été le plus clairement démontrés(31). Il est toutefois intéressant de voir que certains médecins ont tenu à insister sur le fait, qu'ils conseillent l'activité physique à tous leurs patients ou qu'ils préfèrent sensibiliser en priorité les patients inactifs.

2.1.2 Des Médecins conscients de leur rôle

Tous les médecins interrogés abordent soit régulièrement, soit systématiquement, le sujet de l'activité physique avec leurs patients. Dans son travail de thèse portant sur 105 patients interrogés en cabinet médical, N. SCOATARIU-THIEBAUT souligne que si pour un tiers des patients le sujet n'a pas été abordé en consultation, ils sont 83% à considérer leur médecin généraliste comme un interlocuteur important en ce qui

concerne la promotion de l'activité physique et attendent de leur médecin principalement un conseil minimal(54).

2.1.3 Des objectifs d'AP variables selon les médecins

Lors des entretiens, quand les médecins étaient interrogés sur les objectifs d'AP qu'ils préconisent à leurs patients les réponses étaient variées : allant d' « *une heure une fois par semaine* » (M9) à « *ce qu'on recommande maintenant c'est une heure... faudrait une heure par jour...* » (M5). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats : il est possible qu'une partie des médecins interrogés ne connaissaient pas les recommandations actuelles. Dans une étude qui interrogeait un panel de médecin généralistes sur leur habitudes de prescription d'activité physique, E. BARTHEL avait montré que près de 70% des médecins interrogés ne connaissaient pas les recommandations internationales d'activité physique(55). Par ailleurs, selon les sources, ces recommandations peuvent changer : si l'OMS préconise chez l'adulte, 30 minutes d'activité physique 5 jours par semaine(1), le message a depuis été simplifié par le PNNS 4 et conseille 30 minutes d'activité physique dynamique par jour(5).

Enfin, il est également possible que les médecins interrogés adaptent leur discours et donc les objectifs préconisés, au patient et à ses capacités physiques. Les patients bénéficiant d'une reconnaissance ALD constituent une population fragilisée et un peu d'exercice physique vaut mieux que pas d'exercice du tout.

La notion d'intensité de l'activité physique semble, en revanche, assez peu abordée par les médecins. Or, si l'activité physique d'intensité faible (comprise entre 1,6 et 3 METs) semble avoir des effets bénéfiques sur la santé et notamment sur le risque cardiovasculaire(56), la plupart des effets ont été démontrés pour des intensités modérées (entre 3 et 6 METs) et élevées (entre 6 et 9 METs). Le problème de cette échelle est, qu'elle a été développée dans le cadre de la recherche, afin d'assurer une reproductibilité des conditions d'étude et n'est donc pas appropriée à une utilisation en pratique courante.

Il existe toutefois des équivalents de cette échelle se basant sur l'effort perçu, telle que l'échelle de Borg modifiée ou l'échelle de pénibilité de l'OMS (le patient évalue alors l'intensité de l'activité physique en se basant sur son ressenti), ou encore des échelles portant sur les sensations physiques perçues(3). Ces échelles, plus faciles d'utilisation en pratique courante, étaient utilisées par le deuxième et troisième médecin interrogés.

Ces échelles sont disponibles en Annexe 7.

Autre outil potentiellement utile en consultation : le compendium 2011 des activités physiques. Il précise en METs l'intensité de plusieurs activités sportives et de la vie quotidienne (57).

2.1.4 Accompagner le patient

Le modèle transthéorique de changement des comportements, théorisé par Prochaska et DiClemente, peut être utilisé pour décrire le processus d'initiation d'une activité physique et de son maintien(58). Il se compose de 5 stades successifs, qui sont autant d'étapes nécessaires au passage à l'activité physique : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien.

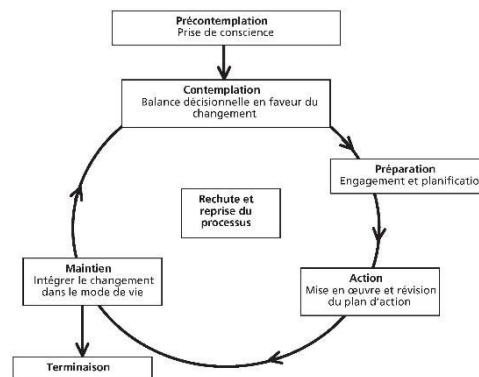


Figure 8 - Cercle de Prochaska et DiClemente

Ce modèle était initialement utilisé pour traiter les comportements addictifs. Comme l'a fait remarquer le 5^e médecin interrogé : « *la sédentarité c'est comme... mine de rien c'est une forme d'addiction... c'est très difficile d'en sortir* ».

Le rôle du praticien est alors d'accompagner le patient dans sa démarche de changement de mode de vie. On retrouve certaines stratégies mises en place par les médecins interrogés pour aider le patient à avancer dans ce processus décisionnel :

- Identifier à quel stade se situe le patient en évaluant son activité physique et sa motivation
- Favoriser une prise de conscience, puis une prise de décision en l'informant des effets de l'activité physique et en donnant des exemples (pré contemplation=> contemplation)
- Programmer une activité physique adaptée à son état de santé et à son mode de vie (préparation)
- Accompagner le patient en maintenant sa motivation et prévenir un retour à l'inactivité (maintien)

2.1.5 Un changement de mode de vie global

Il paraît en effet légitime d'associer promotion de l'activité physique et conseils nutritionnels, comme le fait remarquer le 7^e médecin interrogé : « *[la promotion de l'activité physique] ça peut être associé à des règles hygiéno diététiques* ». Bien que

l'effet sur la perte de poids initiale soit minime, l'association des deux favorise le maintien d'un poids stable de façon durable, en plus de ses effets bénéfiques sur le risque cardiovasculaire et sur la qualité de vie(59).

Dans le cadre de l'arrêt du tabac, la pratique d'une activité physique favorisera l'arrêt et la poursuite de l'abstinence, mais aurait également des effets positifs sur les symptômes liés au sevrage en nicotine et sur la prise de poids(60).

2.1.6 Une stratégie motivationnelle individualisée

Selon une revue de littérature de Cochrane, les entretiens individuels dans le cadre de la promotion de l'activité physique auraient un effet sur l'augmentation de l'activité physique et ce jusqu'à 12 mois sans risque accru d'événements indésirables(61). Le temps de la consultation médicale peut être l'occasion d'aborder la problématique de l'activité physique, particulièrement chez les patients en ALD qui bénéficient d'un traitement médicamenteux et qui sont amenés à revoir régulièrement leur médecin traitant, comme l'a fait remarquer le médecin du premier entretien : « *c'est souvent à l'occasion de ces consultations là tous les trois mois, c'est là qu'on peut vraiment faire de la prévention* ».

Un rapport de l'Inserm de 2019(62) propose un ensemble de techniques, applicables en entretien individuel, pour favoriser la motivation des patients:

- Informer le patient sur les effets bénéfiques de l'activité physique
- Créer des opportunités : en proposant différents types d'activité physique adaptées aux désirs et aux possibilités du patient
- Anticiper et gérer les barrières pouvant conduire à un arrêt définitif de l'AP
- Fixer avec lui des objectifs
- Monitorer l'AP : via un journal ou à l'aide d'outils technologiques (podomètre par exemple)
- Lui rappeler des expériences personnelles positives, en lien avec sa pratique de l'activité physique
- Le partage d'expériences : notamment d'autres patients
- Favoriser le soutien par l'entourage proche, mais également des intervenants médicaux, voir de professionnels du milieu sportif
- La réévaluation cognitive : travailler avec lui sur l'idée qu'il se fait de la pratique de l'AP
- L'entretien motivationnel : approche clinique visant à renforcer la motivation

La plupart de ces techniques ont pu être évoquées lors des entretiens réalisés pour cette étude.

2.1.7 Peu d'outils utilisés par les médecins généralistes en pratique

Ce constat rejoint les résultats mis en évidence par le C. LESAGE dans son travail de thèse : seul 15% des médecins interrogés s'aidaient d'outils pour quantifier le niveau d'activité physique de leurs patients(63).

Recours aux questionnaires :

Aucun des médecins interrogés n'utilisaient de questionnaire pour évaluer l'activité physique de leurs patients. En effet, si Vuillemin et al recensait en 2012 dix questionnaires validés disponibles en français(64), peu sont cependant utilisables en pratique professionnelle, la plupart ayant été développés pour la recherche.

On peut cependant citer le questionnaire de Ricci et Gagnon modifié qui explore les comportements sédentaires, les activités physiques de loisir et les activités quotidiennes en 9 questions (disponible en annexe 8) ou encore le questionnaire de Marshall qui a été développé pour les médecins généralistes et évalue en deux questions l'activité physique (disponible en annexe 9).

Recours au podomètre :

Concernant l'utilisation d'outils de mesure de l'activité physique et en particulier les podomètres, les avis sont partagés : si le 8^e médecin interrogé préconisait régulièrement à ses patients l'utilisation de ce type de dispositif, les autres médecins étaient pour la plupart, méfiants à l'égard de leur utilisation, leur reprochant d'être souvent peu fiables ou complexes d'utilisation. Ce constat rejoint les résultats de l'étude qualitative de Bellicha et al qui avait interrogé plusieurs praticiens hospitaliers sur leur ressenti concernant la prescription d'appareils de mesure de l'activité : le coût de l'appareil, le risque d'addiction du patient au dispositif, l'absence d'information concernant la confidentialité des données récoltées, le manque de connaissance des médecins vis-à-vis de l'interprétation des données et du choix du dispositif étaient également des freins à la prescription(65).

Certaines études suggèrent pourtant que l'utilisation du podomètre permettrait une augmentation de l'activité physique et aurait également des effets positifs sur l'indice de masse corporelle (IMC) et la tension artérielle(66). Conscient de la démocratisation de ce type d'appareil de mesure et des potentiels effets bénéfiques sur la santé, l'OMS recommande actuellement un objectif de 10 000 pas par jour.

Il semble également intéressant de préciser que le médecin N°8, qui faisait la promotion du podomètre auprès de sa patientèle, était également le benjamin de

l'échantillon de médecins interrogés. Peut être qu'un facteur générationnel entre en compte dans le fait d'avoir recours à ce type de dispositif ...

Aménagement du cabinet :

La promotion de l'AP via l'affichage dans la salle d'attente peut être également un outil intéressant. Ce point a partiellement été évoqué par le 6e médecin interrogé qui dans cette optique, avait accroché un vélo à un mur de son cabinet. Aucun des médecins n'a cependant évoqué l'utilisation de posters portant sur le thème de l'AP. Si la preuve de l'influence de l'affichage de posters de prévention en salle d'attente sur la modification de comportement des patients n'a pas été démontrée, ils permettent cependant d'informer le patient, de faciliter le dialogue et parfois de créer des opportunités d'aborder le sujet en consultation(67).

2.1.8 Des activités physiques intégrées à la vie quotidienne

La marche reste l'activité physique qui est majoritairement recommandée par les médecins, « *Nous on pense que la meilleure activité physique intégrée au quotidien, c'est la marche* » comme l'a souligné le 5^e médecin interrogé. Ce constat rejoint les résultats de l'étude réalisée par le C. JACQUES(68).

Dans son guide de promotion, consultation et prescription de l'activité physique et sportive pour la santé(3), l'HAS préconise de mettre l'accent sur la promotion de l'AP intégrée à la vie quotidienne et notamment les déplacements actifs. La marche présente l'avantage de pouvoir être pratiquée à n'importe quel âge, avec un risque pour la santé limité. Son coût est restreint et l'observance sur le long cours pour cette activité est bonne.

2.1.9 Des médecins parfois en difficultés

Manque de temps en consultation :

L'un des principaux freins à la promotion de l'AP inhérents aux médecins est le manque de temps. Cette constatation rejoint les résultats d'autres études(55)(63). Avec des consultations médicales d'une durée de 17 minutes en moyenne(69), il est parfois complexe d'aménager du temps pour aborder le sujet de l'activité physique.

Manque de formation :

Le temps peut venir à manquer quand il s'agit de la formation continue, comme l'a exprimé le médecin N°7 quand il expliquait ne pas connaître les modalités de prescription de l'AP : « *Non pas parce que je suis pas partant pour, mais par un nombre de sollicitations absolument phénoménal dans tous les domaines... En gros, généraliste, il faut être présent partout* ». Du fait de son approche globale, la médecine générale nécessite des connaissances dans des domaines divers et il est parfois difficile d'être à jour dans tous les domaines. Le manque de formation des médecins en matière de promotion et de prescription de l'AP, est également un des freins récurrents retrouvé dans les études s'intéressant au sujet (55)(63).

Certains outils de formation existent pourtant et pourraient constituer une aide à la prescription d'activité physique: le Médicosport-santé du CNOSF publié en 2017(51) et un guide publié par l'HAS en 2018(3). Ils sont en accès libre et ont été développés à l'intention des médecins généralistes. Aucun des médecins n'a pourtant évoqué ces deux documents, peut être en raison d'un manque de communication auprès des médecins généralistes...

Délais pour avis spécialisés :

Pour deux des médecins interrogés, les délais de rendez-vous pour des avis auprès de cardiologues peuvent constituer un frein à la prescription d'activité physique. Ce frein n'est pas retrouvé dans les autres études traitant de la prescription d'activité physique. Ce résultat est sans doute lié au fait que notre étude s'intéresse à la promotion de l'AP, chez les patients bénéficiant d'une prise en charge en ALD et qui présentent bien souvent un risque cardiovasculaire élevé.

Il est également possible que ce soit lié au manque de cardiologues sur la région havraise : avec 6,8 cardiologues pour 100.000 habitants, la région havraise présente une démographie faible (à titre de comparaison en Normandie leur démographie est de 8,5/100.000 et de 10,7/100.000 en France en 2018)(70).

Freins inhérents aux patients :

Si le manque de motivation du patient reste l'obstacle à la pratique de l'AP le plus fréquemment évoqué(55)(54), d'autres facteurs entrent également en compte comme le montre le M. JOUANJEAN dans son étude qualitative. L'étude porte sur des patients atteints de pathologie chronique dans le cadre d'un dispositif sport sur ordonnance. La peur d'être incapable de pratiquer, la peur de la douleur ou d'un programme inadapté, une condition physique trop dégradée, le manque d'information sur l'AP et des obstacles culturels, tels que l'absence d'éducation sportive familiale sont autant de freins qui ont pu être évoqués et qui méritent d'être pris en compte.

2.2 La prescription de l'activité physique

2.2.1 La notion de prescription d'activité physique

Dans son rapport de 2011 intitulé « développement de thérapeutiques non médicamenteuses validées », l'HAS élargit la définition de prescription, quand elle concerne les thérapeutiques non médicamenteuses. Elle peut prendre plusieurs formes, que ce soit par écrit, via l'ordonnance, ou sous forme de préconisations orales et peut être associée à la distribution au patient de brochures ou à la communication des coordonnées de professionnels spécialisés(72).

Le décret du 30 décembre 2016 et l'instruction interministérielle du 3 mars 2017 a par la suite codifié la prescription d'AP, en précisant les indications, les modalités et les intervenants dans le cadre de cette prescription et introduit la notion d'activité physique adaptée(73)(43).

Si certains médecins interrogés prescrivent l'activité physique selon la définition de 2011 de l'HAS, seul le 9^e médecin interrogé avait eu l'occasion de prescrire dans le cadre défini par les lois santé.

2.2.2 La prescription dans le cadre des lois santé

Une étude réalisée par l'IFOP en 2015 montrait que 82% des médecins interrogés étaient favorable à la prescription d'activité physique(74). Tout comme le panel de généralistes interrogés dans l'étude de 2015, les médecins ayant participé à notre travail sont plutôt favorables à l'idée de prescrire de l'activité physique adaptée. Cependant comme nous avons pu le voir, plusieurs éléments semblent constituer un frein à la généralisation de la pratique de prescription d'activité physique, adaptée aux patients aux ALD.

La plupart des médecins ne savent pas à qui adresser leurs patients :

Ces résultats concordent avec ceux de C. LESAGE qui montrait que 6 médecins sur 10 étaient dans cette situation(63). La plupart des médecins ne connaissaient pas l'offre d'APA sur la région havraise et les réseaux cités étaient, soit inaccessibles à une prescription de médecin généraliste (l'association cœur et santé dispense de l'APA aux patients ayant bénéficié d'un programme de réadaptation cardiaque), soit non référencés sur le site sportsanténormandie.fr, qui a pourtant pour vocation de répertorier l'offre d'APA de la région (la CAMI, le réseau sport sur ordonnance de gonfreville l'orcher).

Les modalités de prescription sont mal connues :

Les médecins ne savent pas toujours comment prescrire l'APA, comme l'a fait remarquer le médecin N°7 « *j'avoue n'en avoir jamais prescrit, je ne connais pas... je ne me souviens plus de la démarche* ». Les modalités de prescription sont détaillées dans les textes de loi, mais la majorité des médecins interrogés n'avaient pas ou peu entendu parler de ces textes.

L'instruction interministérielle du 3 mars 2017 précise que le médecin traitant doit remplir une ordonnance de prescription d'APA, accompagné si nécessaire d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive et adresse alors son patient à un professionnel habilité à délivrer de l'APA. Il appartient au médecin traitant de déterminer le profil fonctionnel du patient, selon ses limitations physiques. Les critères d'évaluation permettant de déterminer à quel phénotype appartient son patient et les spectres d'activités de chaque professionnel habilité à délivrer de l'APA, sont également précisés dans l'instruction interministérielle(43).

L'intégration de la prescription d'APA à la pratique de la médecine générale :

Il est parfois difficile de changer ses habitudes : « *je sais que ça existe [...] mais j'ai pas fait le lien avec ma pratique* » (médecin N°6), une étude qualitative canadienne portant sur la prescription écrite d'AP après mise à disposition d'un ordonnancier type, avait montré une réticence des médecins à modifier leurs habitudes de prescription(75).

L'offre d'APA sur la région havraise est actuellement insuffisante :

Le manque de place et une offre limitée au niveau local sont également des facteurs limitants, comme a pu le faire remarquer le médecin N°9. Malgré l'engouement des patients pour le dispositif sport sur ordonnance de Gonfreville l'orcher, il ne pouvait accueillir que 24 patients. Quant à l'offre, seuls 9 centres ou professionnels proposant de l'APA sur le territoire Co.D.A.H sont actuellement répertoriés sur le site sportsanténormandie.fr.

La question du financement de l'APA n'est pas résolue :

La question de la prise en charge financière de la prescription a fait débat. Si certains la voyait comme une mesure incitative, le médecin N°9 pensait qu'une prise en charge financière totale favorisait l'absentéisme (« *je pense que les gens devraient participer un tout petit peu financièrement, au moins un euro par séance parce que sinon il y a des gens qui ne viennent pas aux séances* »). Ce constat rejoint les résultats de l'étude de l'IFOP dans laquelle, 49% des médecins estimaient que le financement devait rester à la charge du patient (contrairement aux patients concernés, qui n'étaient que 15% à estimer que l'AP prescrite devait être financée par le patient lui-même).

Une prescription d'activité physique dans un cadre structuré peut toutefois être bénéfique : dans le cadre du programme « Green prescription » néozélandais, les patients sont adressés par leur médecin traitant à un centre sportif où ils sont pris en charge. Il a été démontré une augmentation du niveau d'activité physique des patients persistant à 3 ans de la prescription initiale(76).

2.2.3 La place du kinésithérapeute

Si l'on se réfère aux textes de loi portant sur la prescription d'activité physique, les kinésithérapeutes font partie des intervenants possibles quand il s'agit de dispenser de l'APA. Certains médecins leur adressent leurs patients dans le cadre d'une reprise d'activité : « *ça m'arrive d'adresser ouais... pour une reprise d'activité physique* » (M4). Le champ d'action du kinésithérapeute en termes d'APA reste toutefois les patients avec les limitations les plus sévères. Il est possible qu'une partie des médecins « détournent » leur prescription de kinésithérapie, faute de savoir à qui adresser ou afin que le patient bénéficie d'une prise en charge financière.

3. Perspectives d'évolution pour la promotion de l'activité physique : La Stratégie Nationale sport santé 2019-2024

Dernière politique publique en date concernant la promotion de l'AP, ce plan prévoit plusieurs mesures(48) :

-La création de Maisons Sport Santé qui ont pour objectif de répondre à plusieurs missions : informer le public sur l'offre locale d'APS et d'APA, sensibiliser et informer sur les bienfaits de l'AP, aider à l'élaboration d'un programme sport santé personnalisé, orienter les patients vers des professionnels qualifiés pour effectuer un bilan des capacités et les diriger vers une activité adaptée à leurs besoins.

Ces dispositifs joueraient donc le rôle de « guichet unique » en répertoriant l'offre d'activités physiques locales et assureraient un rôle de coordinateur des différents acteurs (professionnels du sports, acteurs sociaux et professionnels de santé). Ces dispositifs permettraient aux médecins d'avoir un seul interlocuteur auquel ils pourraient adresser leurs patients bénéficiant d'une prescription d'APA. Ces maisons n'ont cependant pas vocation à accueillir uniquement des patients en ALD, mais toute personne intéressée par la pratique de l'AP, le sport santé relevant de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

L'appel à projet a été lancé le 2 août 2019. L'objectif est de déployer 100 maisons sport santé sur l'ensemble du territoire d'ici fin 2019 et d'atteindre 500 maisons en 2022, en s'appuyant sur des structures déjà existantes (associations, structures de

soin ou sportives). Une partie du financement de ces dispositifs pourrait être pris en charge en partie par l'état, ce qui permettrait d'assurer la pérennité de certaines associations.

- la création d'une plateforme en ligne recensant l'offre d'APA et APS nationale d'ici 2021, à la manière du site www.sportsantenormandie.fr, la question du recensement et de la mise à jour des informations n'est cependant pas précisée.
- des campagnes de communication sur les bénéfices de l'AP auprès du public et notamment des plus jeunes et des seniors.
- la rénovation et la construction d'équipements sportifs.

Se pose toutefois le problème de la formation des médecins à la prescription d'activité physique. Si les maisons sport santé ont un rôle de coordinateur en organisant et simplifiant le parcours de soin du patient, le médecin traitant se doit toutefois de préciser sur sa prescription, les objectifs de l'APA, les éventuelles contre indications et déterminer quel est le phénotype fonctionnel du patient, ce qui déterminera par la suite auprès de quel professionnel sera adressé son patient. Si certains médecins interrogés louaient l'effort de communication sur la prescription d'AP fait auprès du public, ils déploreraient également qu'il n'y ait eu que peu ou pas d'information aux médecins généralistes, sur les indications et les modalités de prescription.

Si en 2016 a été intégré au programme de l'ecp l'item 247 intitulé « Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant » et traitant de la prescription de l'activité physique, l'information et la formation des médecins installés dépend de leur initiative personnelle. Cette formation des médecins pourrait par exemple être assurée par des formations médicales continues (FMC) ou des séminaires assurés par ces maisons sport santé : une des missions optionnelles de ces dispositifs serait la promotion de la pratique de l'APA auprès des professionnels de santé.

V. CONCLUSION

La littérature scientifique a permis de démontrer ces dernières années que l'activité physique a indéniablement des effets positifs sur la santé, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Si les médecins généralistes interrogés sont conscients de l'existence de ces effets bénéfiques, ils sont également conscients des difficultés à provoquer un changement des habitudes de vie chez leurs patients bénéficiant d'une prise en charge en ALD. Ils connaissent leurs patients et savent mettre en place une stratégie motivationnelle, puis accompagner leurs patients dans cette démarche vertueuse.

Cependant, bien qu'ils saluent l'initiative des textes de loi reconnaissant l'activité physique comme ayant un rôle thérapeutique, sa prescription dans le cadre défini par les textes de loi reste cependant rare. La loi du 26 janvier 2016 désignait pourtant le médecin traitant comme prescripteur principal de cette activité physique adaptée au patient. Mais en pratique, peu de médecins sont au courant des modalités de prescription. L'offre d'APA, en plus d'avoir une répartition hétérogène au niveau du territoire, reste également mal connue des médecins généralistes.

Un accompagnement du patient, en dehors du cadre de la consultation au sein de programmes sportifs structurés et animés par des professionnels formés, pourrait pourtant favoriser une augmentation durable de l'activité physique chez les patients bénéficiant d'une prescription d'activité physique.

La création sur l'ensemble du territoire français de Maisons Sport santé, comme le prévoit la stratégie nationale sport santé 2019-2024 permettra sans doute de faciliter la prescription d'AP en simplifiant l'orientation du patient. Il semble toutefois nécessaire de communiquer auprès des médecins pour les informer sur la prescription d'activité physique adaptée et sur les outils d'aide à la prescription disponibles.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. 2010 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
2. comité des ministres. Charte sociale européenne du Sport [Internet]. 2001 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/16804ca89a>
3. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet]. 2018 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins
4. ANSES. Actualisation des repères du PNNS- révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016.
5. Santé publique france. Rapport PNNS 4 - Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. 2019.
6. ameli.fr - Affection de longue durée (ALD) [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php>
7. Cnamts. Les bénéficiaires du dispositif des ALD en 2014 et les évolutions depuis 2005 [Internet]. 2016 [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-46-personnes-en-ald-en-2014.php>
8. CartoSanté [Internet]. [cité 29 juin 2019]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
9. Morris JN, Everitt MG, Pollard R, Chave SP, Semmence AM. Vigorous exercise in leisure-time: protection against coronary heart disease. *Lancet Lond Engl*. 6 déc 1980;2(8206):1207-10.
10. Li J, Siegrist J. Physical activity and risk of cardiovascular disease--a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(2):391-407.
11. Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med*. 1 avr 2008;42(4):238-43.
12. Richardson CR, Kriska AM, Lantz PM, Hayward RA. Physical Activity and Mortality across Cardiovascular Disease Risk Groups. *Med Sci Sports Exerc*. nov 2004;36(11):1923.
13. Fagard RH. Exercise is good for your blood pressure: effects of endurance training and resistance training. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. sept 2006;33(9):853-6.

14. Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. *Med Sci Sports Exerc.* juin 2001;33(6 Suppl):S502-515; discussion S528-529.
15. Depiesse F, Coste O. Chapitre 9: Maladies cardiovasculaires et activité physique et sportive. In: Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique. 2e édition. Elsevier masson; 2016.
16. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care.* mars 2007;30(3):744-52.
17. Diabetes Prevention Program Research Group, Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet Lond Engl.* 14 nov 2009;374(9702):1677-86.
18. Tanasescu M, Leitzmann MF, Rimm EB, Hu FB. Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type 2 diabetes. *Circulation.* 20 mai 2003;107(19):2435-9.
19. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA.* 12 sept 2001;286(10):1218-27.
20. Depiesse F. Chapitre 6: Diabète de type 2 et activité physique. In: Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique. 2e édition. Elsevier masson;
21. Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular Physical Activity Modifies Smoking-related Lung Function Decline and Reduces Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 mars 2007;175(5):458-63.
22. HAS. Guide du parcours de soins : Bronchopneumopathie chronique obstructive. 2014.
23. Araújo A. COPD and physical activity. *Rev Port Pneumol Engl Ed.* 1 sept 2016;22(5):299-301.
24. INSERM. chapitre 18: Maladies respiratoires. In: *Activité physique - contextes et effets sur la santé.* 2008.
25. Esteban C, Quintana JM, Aburto M, Moraza J, Egurrola M, Pérez-Izquierdo J, et al. Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD. *Eur Respir J.* août 2010;36(2):292-300.
26. Carson KV, Chandratilleke MG, Picot J, Brinn MP, Esterman AJ, Smith BJ. Physical training for asthma. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2013 [cité 5 juin 2019];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001116.pub4/full>

27. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee I-M. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 24 févr 2009;100(4):611-6.
28. Fournier A, Dos Santos G, Guillas G, Bertsch J, Duclos M, Boutron-Ruault M-C, et al. Recent recreational physical activity and breast cancer risk in postmenopausal women in the E3N cohort. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. sept 2014;23(9):1893-902.
29. Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 1 juill 2014;25(7):1293-311.
30. Speck RM, Courneya KS, Mâsse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv Res Pract*. juin 2010;4(2):87-100.
31. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/>
32. INSERM. Chapitre 17: Cancer. In: *Activité physique - contextes et effets sur la santé*. 2008.
33. Depiesse F. Chapitre 19: Rhumatismes inflammatoires et activité physique. In: *Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique*. 2e édition. Elsevier masson; 2016.
34. Beckett MW, Ardern CI, Rotondi MA. A meta-analysis of prospective studies on the role of physical activity and the prevention of Alzheimer's disease in older adults. *BMC Geriatr*. 11 févr 2015;15:9.
35. Depiesse F. Chapitre 18: maladies neurologiques et activité physique. In: *Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique*. 2e édition. Elsevier masson; 2016.
36. Latimer-Cheung AE, Pilutti LA, Hicks AL, Martin Ginis KA, Fenuta AM, MacKibbin KA, et al. Effects of exercise training on fitness, mobility, fatigue, and health-related quality of life among adults with multiple sclerosis: a systematic review to inform guideline development. *Arch Phys Med Rehabil*. sept 2013;94(9):1800-1828.e3.
37. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*. nov 2013;45(5):649-57.
38. Exercise for depression [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: /CD004366/DEPRESSN_exercise-for-depression
39. Vancampfort D, Probst M, Helvik Skjaerven L, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A, et al. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Phys Ther*. janv 2012;92(1):11-23.

40. INSERM. Chapitre 21: Santé mentale. In: Activité physique - contextes et effets sur la santé [Internet]. 2008 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: http://ipubli-inserm.inist.fr/bitstream/handle/10608/97/Chapitre_21.html#clicked
41. CNDS/Direction des Sports, INSEP, MEOS. Enquête pratique physique et sportive 2010. 2010.
42. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 144. 2016-41 janv 26, 2016.
43. 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. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique. mars 3, 2017.
44. Accueil | Manger Bouger [Internet]. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/>
45. Inpes - Actualités 2013 - Dix règles d'or à connaître par tous les sportifs [Internet]. [cité 16 juin 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/008-sport-sante.asp>
46. Haut Conseil de Santé Publique. Pour une Politique nationale nutrition santé en France - PNNS 2017-2021. 2017.
47. Ministère des solidarités et de la santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 15 juin 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
48. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie Nationale Sport santé 2019-2024 [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://normandie.drdjcs.gouv.fr/spip.php?article1656>
49. ARS Haute Normandie, DRDJCS Haute Normandie. Plan « Sport, Santé, Bien-Être »(SSBE) Haute Normandie 2013-2017. 2014.
50. Actualités - Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité [Internet]. [cité 15 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.onaps.fr/>
51. CNOSF. MEDICOSPORT-SANTE - Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. 2017.
52. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. janv 2008;19(84):142-5.
53. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013 mars. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>

54. 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.
55. Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
56. LaMonte MJ, Lewis CE, Buchner DM, Evenson KR, Rillamas-Sun E, Di C, et al. Both Light Intensity and Moderate-to-Vigorous Physical Activity Measured by Accelerometry Are Favorably Associated With Cardiometabolic Risk Factors in Older Women: The Objective Physical Activity and Cardiovascular Health (OPACH) Study. *J Am Heart Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis* [Internet]. oct 2017 [cité 5 sept 2019];6(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5721888/>
57. Compendia - Compendium of Physical Activities [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/compendiumofphysicalactivities/compendia>
58. Inserm. chapitre 6 - Stratégies de promotion de l'activité physique. In: *Activité physique – Contextes et effets sur la santé*. 2008.
59. Inserm. Chapitre 19 - Obésité. In: *Activité physique – Contextes et effets sur la santé*. 2008.
60. Bernard P. Bénéfices de l'activité physique dans le cadre du sevrage tabagique. *Courr Addict*. mars 2014;(1):14-5.
61. Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 11 sept 2019];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010392.pub2/full?highlightAbstract=activity%7Cadvice%7Cwithdrawn%7Cactiv%7Cadvic%7Cphysical%7Cphysic>
62. Inserm. *Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. EDP Sciences. 2019. (Expertise collective).
63. Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance: enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. [Tours, France]: SCD de l'université de Tours; 2016.
64. Vuillemin A, Speyer E, Simon C, Ainsworth B, Paineau D. Revue critique des questionnaires d'activité physique administrés en population française et perspectives de développement. *Cah Nutr Diététique*. 1 nov 2012;47(5):234-41.
65. Bellicha A, Macé S, Oppert J-M. Prescribing of Electronic Activity Monitors in Cardiometabolic Diseases: Qualitative Interview-Based Study. *J Med Internet Res*. 23 2017;19(9):e328.

66. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA*. 21 nov 2007;298(19):2296-304.
67. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? the general practitioner's point of view. *BMC Res Notes*. 18 sept 2012;5(1):511.
68. Jacques C. La prescription d'activité physique par les médecins généralistes: étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. [Lyon, France]; 2017.
69. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
70. ARS Normandie. Étude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie. 2018.
71. Jouanjean M. Vécu des patients participant au dispositif « bougez sur ordonnance »: facteurs influençant leur adhésion et leur observance. [France]; 2018.
72. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011.
73. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Legifrance [Internet]. 30 décembre 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>
74. Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques [Internet]. IFOP. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-medecins-generalistes-et-la-prescription-dactivites-physiques/>
75. Bélanger M, Phillips EW, O'Rielly C, Mallet B, Aubé S, Doucet M, et al. Longitudinal qualitative study describing family physicians' experiences with attempting to integrate physical activity prescriptions in their practice: « It's not easy to change habits ». *BMJ Open*. 13 juill 2017;7(7):e017265.
76. Hamlin MJ, Yule E, Elliot CA, Stoner L, Kathiravel Y. Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. *Public Health*. nov 2016;140:102-8.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie définies par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016

1) Fonctions locomotrices

- Fonction neuromusculaire : Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
- Fonction ostéoarticulaire : Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
- Endurance à l'effort : Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
- Force : Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
- Marche : Distance parcourue inférieure à 150 m

2) Fonctions cérébrales

- Fonctions cognitives : Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
- Fonctions langagières : Empêche toute compréhension ou expression
- Anxiété /Dépression : Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression

3) Fonctions sensorielles et douleur

- Capacité visuelle : Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
- Capacité sensitive : Stimulations sensibles non perçues, non localisées
- Capacité auditive : Surdité profonde
- Capacités proprioceptives : Déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
- Douleur : Douleur constante avec ou sans activité

Annexe 2 : Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants (source : INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017)

Tampon du Médecin	
--------------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

¹ 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 ALD

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

Annexe 3 : Tableau d'intervention des professionnels et autres intervenants (source : INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017)

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs	+++	+++	+	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	+++	++	+ ¹	non concernés

¹ Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

Annexe 4 : Les 10 règles du Sportif (source : www.clubcardiosport.com)

- 1/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort *
- 2/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort *
- 3/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort *
- 4/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
- 5/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 6/ J'évite les activités intenses par des températures extérieures < - 5° ou > +30° et lors des pics de pollution
- 7/ Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent ou suivent ma pratique sportive
- 8/ Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- 9/ Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 10/ Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes

* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

Annexe 5 : Guide d'entretien

Éléments relatifs au médecin interrogé :

Sexe, Nombre d'années d'exercice, Type d'exercice (urbain, semi urbain, rural), Formation en médecine du sport, Niveau d'activité physique

« Bonjour,

Tout d'abord merci d'accepter de participer à ce travail. Je m'appelle Thomas Lecoq et je suis actuellement remplaçant en médecine générale, j'effectue mon travail de thèse sur le conseil et la prescription d'activité physique par les médecins généralistes à destination des patients en affection de longue durée.

En janvier 2016, dans le cadre de la modernisation de notre système de santé est paru un texte de loi permettant au médecin traitant de prescrire de l'activité physique adaptée à la pathologie dans le cadre du parcours de soin de patient en ALD.

Le texte de loi a depuis, été complété par un décret en décembre 2016 ainsi que par une instruction interministérielle en mars 2017 qui précise les modalités de prescription de l'activité physique.

Votre participation à cette étude est totalement anonyme. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse et tout élément d'expérience personnelle est la bienvenue pour l'enrichir au maximum».

1/ Avez-vous entendu parler de ces textes de loi ? Qu'en pensez-vous ?

2/En pratique, comment procédez-vous pour conseiller ou prescrire de l'activité physique à un patient porteur d'une pathologie chronique ?

-Comment abordez-vous le sujet ? à quelle occasion ?

- pour quelles pathologies (ALD) préconisez-vous préférentiellement de l'activité physique ?

-Avez-vous recours à des outils dans le cadre du bilan et/ou de la prescription ?

-Quels conseils formulez-vous ? Par oral ? Par écrit ?

-Donnez-vous des objectifs à atteindre ? Lesquels ?

-Quel type d'activité physique ? Quelle fréquence ?

-Recours à d'autres intervenants (professionnels de santé, professionnels du sport) ? Dans quel but ?

3/ Avez-vous eu des retours de patients auxquels vous aviez conseillé de l'activité physique ?

-Quels retours positifs ?

-Quels retours négatifs ?

4/ Rencontrez-vous des difficultés quand vous conseillez de l'activité physique chez des patients atteint de maladie chronique? Lesquelles ?

-Quelles sont les objections qu'on vous oppose ?

5/ Qu'est ce qui pourrait, selon vous faciliter la prescription d'activité physique pour cette population ?

6/ Connaissez-vous des dispositifs ou des professionnels proposant de l'activité physique adaptée sur prescription ? Leur avez-vous déjà adressé des patients ?

- *Selon vous, pour les patients en ALD ce genre de dispositif devrait-il bénéficier d'une prise en charge à 100% ?*

-*Quels retours des patients ? (si a déjà eu recours à ce type de dispositif)*

7/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 6 : formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet : Conseil et Prescription d'activité physique à destination des patients en ALD

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de *médecins généralistes*

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par *LECOQ Thomas*, dans les locaux (*indiquer les locaux choisis*).....

Il durera de 20 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu et expérience*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par *LECOQ Thomas et en collaboration avec Dr LANDEL Stéphane*

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse *Prescription d'activité physique à destination des patients en ALD* auprès de la faculté de Rouen et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)_____

Signature
(investigateur)_____

Date_____

Date_____

Nom_____

Nom_____

Annexe 7 : l'échelle de Borg modifiée et l'échelle de pénibilité de l'OMS

L'échelle de Borg modifiée

Perception	Rien du tout	Très très facile	Très facile	Facile	Moyen	Un peu difficile	Difficile		Très difficile			Presque maximal
Cote	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intensité		Faible			Modérée			Élevée				

L'échelle de pénibilité de l'OMS de 0 à 10

Pénibilité	Légère	Modérée	Élevée	Très élevée
Cote	2-4	5-6	7-8	> 8

Intensité selon la valence affective

Intensité	METs	Valence affective
Légère	< 3	Respiration presque normale, pas d'essoufflement Conversation possible Battements cardiaques peu perceptibles
Modérée	3 -< 6	Respiration légèrement accélérée, essoufflement modéré Conversation possible Augmentation modérée de la fréquence cardiaque perçue
Élevée	6 - < 9	Respiration accélérée, essoufflement Conversation difficile, phrases courtes Augmentation importante de la fréquence cardiaque perçue
Très élevée	> 9	Respiration rapide, essoufflement important Conversation impossible, phrases très courtes Sensation de palpitations cardiaques au niveau du cou

Annexe 8 : questionnaire de Ricci et Gagnon modifié



EXAMEN PÉRIODIQUE DE SANTÉ

QUESTIONNAIRE RICCI & GAGNON

TEST D'AUTO-ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ

D'après J. Ricci et L. Gagnon, université de Montréal, modifié par F. Laureyns et JM. Séné.

Le questionnaire d'auto-évaluation permet de déterminer votre profil : Inactif, actif ou très actif ?

Calculez en additionnant le nombre de points (1 à 5) correspondant à la case cochée à chaque question.

(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	POINTS					SCORES	
	1	2	3	4	5		
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2h <input type="checkbox"/>		
Total (A)							
(B) ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIRS (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES	
	Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
	A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois / mois <input type="checkbox"/>	1 fois / semaine <input type="checkbox"/>	2 fois / semaine <input type="checkbox"/>	3 fois / semaine <input type="checkbox"/>	4 fois / semaine <input type="checkbox"/>	
	Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
Total (B)							
(C) ACTIVITÉS PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES	
	Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
	En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage, etc. ?	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
	Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>		
Total (C)							
Total (A) + (B) + (C)							

Questionnaire Ricci & Gagnon - novembre 2016

Moins de 18 : Inactif / Entre 18 et 35 : actif / Plus de 35 : très actif



Annexe 9 : Questionnaire de Marchall



3C1 - QUESTIONNAIRE DE MARSHALL

Date de passage du questionnaire :

Nom :

Prénom :

Consignes :

Remplissez le questionnaire. Pour chaque question, vous choisissez une seule réponse.
Vous répondez à toutes les questions.

A- Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ? Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide

plus de 3 fois par semaine (score : 4)

1 à 2 fois par semaine (score : 2)

jamais (score : 0)

B- Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double

plus de 5 fois par semaine (score : 4)

3 à 4 fois par semaine (score : 2)

1 à 2 fois par semaine (score : 1)

jamais (score : 0)

Lecture des résultats* :

Vous additionnez les scores obtenus à la question A et à la question B.
Reportez vous au tableau de résultats ci dessous

Résultats	Commentaires
Score → 4 = «suffisamment» actif	encourager le pratiquant à continuer
Score 0-3 = «insuffisamment» actif	encourager le pratiquant à en faire plus

*Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consulter la page 87 du livre « Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants », IFFEPGVI, Edition Amphora 2014.



RETROUVEZ TOUTES LES FICHES DE RÉSULTATS SUR NOTRE SITE : www.sport-sante.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, un article a été adopté qui permet aux médecins généralistes de prescrire de l'activité physique adaptée à leurs patients bénéficiant d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD). Si cela traduit une prise de conscience des pouvoirs publics des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé, comment les médecins généralistes abordent-ils le sujet avec leurs patients atteints de pathologies chroniques ?

Objectifs : comprendre comment en pratique les médecins généralistes conseillent leurs patients en ALD en matière d'activité physique, identifier les freins au conseil et à la prescription de l'activité physique et explorer le ressenti des médecins vis-à-vis des lois portant sur cette prescription.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative. Dans le cadre de ce travail, plusieurs médecins généralistes exerçant sur le territoire de la Communauté de l'agglomération havraise ont été interrogés en entretien individuel semi dirigé.

Résultats : douze médecins ont été interrogés. La saturation des données a été atteinte au onzième entretien. Les médecins sont conscients des bienfaits de l'activité physique sur la santé notamment dans le cadre des principales ALD. Ils élaborent une stratégie motivationnelle qui passe par l'information du patient, la programmation d'une activité physique et l'accompagnement dans son changement de mode de vie. Les conseils dispensés sont essentiellement oraux et peu d'outils sont utilisés en pratique. Ils sont parfois mis en difficulté par leurs patients en ALD : le manque de motivation, le manque de temps, la sous-estimation de ses capacités ou encore le vécu de la maladie peuvent constituer des obstacles à une modification des habitudes de vie. Par ailleurs, le manque de temps en consultation et le manque de formation des médecins à la prescription d'activité physique adaptée (APA) constituent les principaux freins à la promotion de l'activité physique chez cette population. Bien que les médecins saluent l'initiative des pouvoirs publics à reconnaître l'utilité de l'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse et leur volonté de développer la prescription d'APA, la plupart des médecins interrogés ne savaient pas comment prescrire de l'activité physique et à qui adresser leur patient pour de l'APA.

Conclusion : Bien que la problématique de l'activité physique soit complexe à aborder en consultation, la plupart des médecins généralistes préconisent facilement l'activité physique à leurs patients en ALD. Ils prodiguent au patient un conseil individualisé et les accompagne dans la mise place, la majoration ou le maintien d'une activité physique. Le recours à la prescription écrite comme décrit dans les lois santé reste rare. Un développement des dispositifs proposant de l'APA et une communication accrue auprès des médecins généralistes sur les modalités de prescription permettrait sans doute de favoriser le recours à cette thérapeutique non médicamenteuse.

Mots clés : Activité physique, conseil, prescription, médecins généralistes, affection de longue durée