



HAL
open science

Facteurs limitant la prescription du “sport sur ordonnance” de Caen et pistes d’amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes

Lucie Dubois

► **To cite this version:**

Lucie Dubois. Facteurs limitant la prescription du “sport sur ordonnance” de Caen et pistes d’amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02472839

HAL Id: dumas-02472839

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02472839v1>

Submitted on 10 Feb 2020

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 18 septembre 2019

par

Madame DUBOIS Lucie

Née le 23 décembre 1988 à Coutances (*Manche*)

**FACTEURS LIMITANT LA PRESCRIPTION DU « SPORT SUR ORDONNANCE » DE
CAEN ET PISTES D'AMÉLIORATION : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE
13 MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Président : Madame le Professeur DOLLFUS Sonia

Membres : Monsieur le Docteur BESNARD Stéphane

Madame le Docteur DE JAEGHER-NOEL Sophie

Madame le Docteur LIETOT Nathalie, directrice de thèse

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M. AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M. ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M. AOUBA Achille	Médecine interne
M. BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M. BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M. BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M. BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M. BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M. BROUARD Jacques	Pédiatrie
M. BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M. COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M. DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M. DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
M. DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUCZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M. LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M. LOBBEDEV Thierry	Néphrologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIADER Fausto	Neurologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François	Addictologie
---------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
--------------------------	---------

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire

M. REPESSÉ Yohann	Hématologie
M. SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M. LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Sonia DOLLFUS

Vous me faites l'honneur de présider le jury et de juger ce travail.
Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Stéphane BESNARD

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Sophie DE JAEGHER-NOEL

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nathalie LIETOT

Pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour tout le temps que vous m'avez accordé pendant ce travail, un très grand merci.
Que ce travail soit la sincère marque de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A ma famille, un grand merci pour avoir été là toutes ces années

A mes formidables parents. Je ne sais pas si les mots seront assez forts pour vous dire toute ma reconnaissance. Merci pour tout. Merci de m'avoir accompagnée depuis le tout début, merci pour votre amour, votre confiance, votre soutien...merci. Sans vous je n'y serais pas arrivée. Il sera difficile de vous égaler en tant que parents.

A ma sœur, à mon frère. Je suis tellement fière d'être votre sœur. Je vous aime fort. Sans vous non plus, je n'en serais pas là.

A mes neveux et nièce d'amour pleins de vie : Hugo, Ethan, Louise et Gabin. Tata Lulu espère qu'elle sera à la hauteur de son rôle.

A mon beau-frère, merci pour ton aide précieuse en informatique. **A ma belle-sœur,** merci d'être là.

A mes grands-parents. A vous deux qui êtes encore présents, merci pour votre affection. A vous deux partis trop tôt, j'espère vous rendre fière là où vous êtes.

A ma famille toute entière. Merci pour votre accompagnement toutes ces années. Spéciale dédicace à Peggy et Pilou, thanks for your english !

Sans oublier, **Moumoune.** Merci pour ta présence (très) matinale pendant tous ces week-end de révisions en P1 !

A mes ami(e)s, d'ici, d'ailleurs, d'hier, d'aujourd'hui et j'espère de demain

Je n'oublie pas tout ce que vous représentez pour moi. Merci pour ces moments de rires, parfois de pleurs. Je vous souhaite plein de nouvelles aventures.

A toutes les personnes qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce travail

Madame Meslin, Direction des sports de Caen, merci de m'avoir transmis les connaissances et les documents nécessaires sur le dispositif « sport sur ordonnance » de Caen et de m'avoir reçue tout au long de ce travail.

A la ville de Caen, merci d'avoir accepté la réalisation de mon étude.

Merci aux médecins qui ont accepté de me répondre, sans qui, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

A tous les médecins rencontrés tout au long de mon cursus

Un merci tout particulier à **Dominique, Céline, Véronique, Alexis et Patrice** pour m'avoir montré le chemin et le goût de la médecine générale. Merci au **Docteur Digeon-Rouxel** pour sa confiance renouvelée. C'est avec bonheur que j'ai rejoint votre équipe soignante.

Et enfin, à mon amoureux, JB

Merci pour ton amour, ta présence et ta patience. Merci pour tes tentatives (réussies ou non) pour me déstresser. Avec tout mon amour. À nous la nouvelle vie !

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

APAS : Activité physique adaptée et santé

APS : Activité physique et sportive

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

BDNF : *Brain-Derived Neurotrophic Factor*

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CCAS : Caisse centrale d'activités sociales

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COREQ : *Consolidated criteria for reporting qualitative research*

CV : Cardiovasculaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DRDJSCS : Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

efFORMip : Effort et Forme en Midi-Pyrénées

ENNS : Étude nationale nutrition santé

ERET : Espace régional d'éducation thérapeutique

ERS : *Exercise referral schemes*

ESTEBAN : Étude de Santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

ETAPS : Éducateur territorial des activités physiques et sportives

FITT : *Frequency, Intensity, Time and Type*

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HTA : Hypertension artérielle

IFOP : Institut français d'opinion publique

INVS : Institut de veille sanitaire

IMAPAC : Initier et maintenir une activité physique avec un cancer

IMC : Indice de masse corporelle

INCA 3 : Troisième étude individuelle nationale des consommations alimentaires

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MET : *Metabolic equivalent task*

MSA : Mutualité sociale agricole

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNAPS : Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive

PNNS : Plan national nutrition santé

PNSSBE : Plan national sport santé bien-être

PRSSBE : Plan régional sport santé bien-être

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SF-36 : *The Short Form (36) Health Survey*

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Index des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques de la population de l'échantillon (F = femme et H = homme)	29
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Index des figures

Figure 1: Sous-domaines de l'activité physique : le sport et l'exercice physique	3
-----------------------------------------------------------------------------------------------	---

Figure 2: Schéma de l'Inserm sur les effets bénéfiques de l'activité physique adaptée dans les maladies chroniques	11
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Figure 3: Pourcentage d'adultes passant trois heures et plus devant un écran par jour, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015.....	13
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Figure 4: Pourcentage d'enfants de 6-17 ans passant trois heures et plus devant un écran par jour, selon le sexe et l'âge, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015	13
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Figure 5: Arbre thématique des pratiques des médecins généralistes et opinions positives sur le "sport sur ordonnance".....	40
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Figure 6: Arbre thématique des facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance » par les médecins généralistes	60
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Figure 7: Arbre thématique des pistes d'amélioration de la prescription du « sport sur ordonnance ».....	69
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS	1
INTRODUCTION	2
1. Rappel des terminologies	2
2. Poids de l'inactivité physique et de la sédentarité sur la santé	4
3. Les recommandations actuelles	5
3.1. Recommandations mondiales d'activité physique pour la santé	5
3.2. Lutte contre la sédentarité	6
4. Bénéfices de l'activité physique sur la santé	7
4.1. En prévention primaire	7
4.1.1. Chez les enfants	7
4.1.2. A tous les âges chez l'adulte	8
4.1.3. Chez le sujet âgé	9
4.1.4. Chez la femme enceinte et en post-partum	9
4.2. En prévention secondaire ou tertiaire	9
5. Épidémiologie de l'activité physique et de la sédentarité en France	12
6. Stratégies de promotion de l'activité physique à des fins de santé en France	13
6.1. Une thérapeutique non médicamenteuse validée	14
6.2. L'émergence du sport-santé	14
6.3. L'exemple du dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance »	15
6.4. Loi et décret d'application du sport sur ordonnance	16
7. Le médecin généraliste et la prescription d'activité physique	17
7.1. Une place de choix	17
7.2. Des freins et difficultés à la prescription d'activité physique	18
8. Le dispositif « sport sur ordonnance » caennais	20
8.1. Critères d'admission	20
8.2. Qui peut prescrire ?	20
8.3. Description du parcours	21
8.4. Premiers résultats	22
9. Problématique	23
MATÉRIELS ET MÉTHODES	24
1. Type d'étude	24
2. Population étudiée et constitution de l'échantillon	24
2.1. Population cible	24
2.2. Constitution de l'échantillon	24
2.3. Échantillon diversifié	25
3. Recueil des données	25
3.1. Guide d'entretien	25
3.2. Éthique	26
3.3. Réalisation des entretiens	26
3.4. Retranscription des données	26
4. Méthode d'analyse	27

RÉSULTATS.....	28
1. Données de la réalisation des entretiens.....	28
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	28
3. Analyse thématique.....	29
3.1. « Sport sur ordonnance » : pratiques des médecins généralistes et impressions positives.....	30
3.1.1. Promouvoir l'activité physique, une préoccupation importante.....	30
3.1.1.1. Un sujet d'actualité.....	30
3.1.1.2. Le rôle du médecin généraliste réaffirmé.....	30
3.1.1.3. Les médecins convaincus des bénéfices sur la santé.....	31
3.1.2. Modalités de prescription.....	33
3.1.2.1. Primauté du conseil oral.....	33
3.1.2.2. Une prescription du « sport sur ordonnance » encore timide.....	34
3.1.2.3. L'ordonnance comme renfort du conseil verbal.....	35
3.1.3. « Sport sur ordonnance » de Caen, un dispositif pertinent.....	35
3.1.3.1. Des pathologies prioritaires.....	36
3.1.3.2. Une structure où orienter.....	36
3.1.3.3. Une prise en charge adaptée.....	36
3.1.3.4. Un encadrement par des professionnels.....	37
3.1.3.5. Prise en charge financière.....	37
3.1.3.6. Simplification de la prescription.....	38
3.1.3.7. Pratique en groupe, entre pairs.....	38
3.1.3.8. L'évaluation du patient.....	38
3.1.3.9. Communication entre professionnels.....	39
3.1.3.10. Rapidité de la prise en charge.....	39
3.2. Les facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance ».....	40
3.2.1. Freins inhérents au médecin.....	40
3.2.1.1. Une carence d'information.....	40
3.2.1.2. Un dispositif nouveau et récent.....	41
3.2.1.3. La problématique du temps.....	42
3.2.1.4. Manque de rémunération.....	44
3.2.1.5. Un cadre légal imprécis.....	44
3.2.1.6. Expérience professionnelle et réseaux de santé.....	45
3.2.1.7. État de santé du patient.....	46
3.2.2. Facteurs limitants liés au dispositif.....	46
3.2.2.1. Critères d'admission des bénéficiaires.....	46
3.2.2.2. La capacité d'accueil.....	48
3.2.2.3. Le lieu d'accueil.....	49
3.2.2.4. La durée du parcours.....	49
3.2.2.5. La communication sur le dispositif.....	50
3.2.3. Des freins perçus intrinsèques au patient.....	52
3.2.3.1. Manque de motivation.....	52
3.2.3.2. Manque de connaissance.....	53
3.2.3.3. Manque de confiance.....	55
3.2.3.4. Manque d'autonomie.....	56
3.2.3.5. Manque d'observance.....	56
3.2.3.6. Contraintes physiques.....	57
3.2.3.7. Prise en charge médicale lourde.....	58
3.2.3.8. Mode de vie.....	58

3.2.3.9. Conditions climatiques.....	59
3.3. Pistes d'amélioration	61
3.3.1. Communication autour du dispositif	61
3.3.1.1. Information et formation des médecins généralistes	61
3.3.1.2. Information des patients	63
3.3.1.3. Campagnes de santé publique	63
3.3.2. Investissement de la Sécurité sociale	64
3.3.2.1. Intégrer cette thérapeutique dans le parcours de soins des ALD.....	64
3.3.2.2. Consultation dédiée « sport sur ordonnance ».....	64
3.3.2.3. Cotation spécifique de cet acte.....	64
3.3.3. Pistes d'évolution du fonctionnement du dispositif	65
3.3.3.1. Augmenter la capacité d'accueil.....	65
3.3.3.2. Élargir la population bénéficiaire	65
3.3.3.3. Rôle d'un médecin coordonnateur	66
3.3.3.4. Retour de l'information par messagerie sécurisée	66
3.3.4. L'évaluation du dispositif	67
3.3.4.1. Les bénéfices sur la santé	67
3.3.4.2. Une évaluation coût/efficacité	67
3.3.4.3. Une évaluation épidémiologique	67
3.3.5. Perspectives des politiques publiques de santé	67
3.3.5.1. A l'échelon local.....	67
3.3.5.2. A l'échelon régional/national	68
DISCUSSION	70
1. Principaux résultats	70
2. Forces et faiblesses de l'étude	71
2.1. Points forts de l'étude.....	71
2.1.1. Méthodologie adaptée aux objectifs.....	71
2.1.2. Sujet pertinent.....	71
2.1.3. Saturation des données	72
2.2. Limites de l'étude	72
2.2.1. Un chercheur novice	72
2.2.2. Biais de sélection	73
2.2.3. Biais d'information et de mémorisation.....	73
2.2.4. Biais d'interprétation.....	74
3. Discussion des résultats et corrélation avec la littérature	74
3.1. Le médecin généraliste et la prescription d'APA.....	74
3.2. Des facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen et des leviers	76
3.2.1. L'information et la communication	76
3.2.1.1. Sur le dispositif « sport sur ordonnance » de Caen.....	76
3.2.1.2. Sur les enjeux de l'activité physique pour la santé	79
3.2.1.3. Campagnes de santé publique	79
3.2.2. La problématique du temps.....	80
3.2.2.1. Du côté des médecins	80
3.2.2.2. Du côté des patients.....	81
3.2.3. La motivation du patient	82
3.2.4. La valorisation financière de la prescription	83

3.2.5. Les modalités du dispositif de Caen.....	84
3.2.5.1. La gratuité du dispositif pour les bénéficiaires.....	84
3.2.5.2. Les critères d'admission	85
3.2.5.3. La durée du parcours.....	88
3.2.5.4. L'observance au sein du parcours	89
3.2.6. La législation du sport sur ordonnance	90
3.2.7. D'autres freins cités.....	91
3.3. Les perspectives à l'issue de notre étude.....	92
3.3.1. A l'échelle locale.....	92
3.3.1.1. Évaluations du dispositif	92
3.3.1.2. Des évolutions du dispositif prévues.....	94
3.3.1.3. L'aménagement du territoire	94
3.3.2. A l'échelle nationale.....	95
CONCLUSION	96
BIBLIOGRAPHIE	98
ANNEXES	108
Annexe A :Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une ALD selon Professeur Bigard	109
Annexe B :Tableau des interventions des professionnels en fonction du niveau de limitation fonctionnelle	110
Annexe C :Flyer « sport sur ordonnance » de Caen pour les médecins.....	111
Annexe D :Poster salle d'attente	113
Annexe E :Support de prescription « sport sur ordonnance » de Caen.....	114
Annexe F :Courrier à l'attention des médecins pour participer à la thèse.....	115
Annexe G :Guide d'entretien version finale	116

AVANT PROPOS

L'ère de l'industrialisation au XIX^e siècle suivie par l'explosion des progrès technologiques du XX^e siècle ont conduit à une dépense énergétique humaine qui n'a jamais été aussi faible. Les occasions d'être actif physiquement sont devenues rares. Ainsi, l'inactivité physique est aujourd'hui le quatrième facteur de risque de mortalité dans le monde, derrière l'hypertension artérielle (HTA), le tabagisme et l'hyperglycémie (1). Il s'agit d'un facteur de risque évitable pour les maladies chroniques non transmissibles, telles que les pathologies cardiovasculaires, les cancers et le diabète. La pratique d'une activité physique (AP) contribue à prévenir ces maladies chroniques et participe à leur prise en charge. C'est un enjeu de santé publique majeur. À l'échelle mondiale, un adulte sur quatre n'est pas assez actif, pendant que plus de 80 % de la population adolescente est insuffisamment active physiquement (2). Des politiques visant à remédier à l'inactivité physique sont opérationnelles dans 56 % des États Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont la France. Ils ont convenu de réduire l'inactivité physique de 15 % d'ici 2030, s'inscrivant dans le cadre du Plan global d'action sur l'AP 2018-2030 de l'OMS.

INTRODUCTION

1. Rappel des terminologies

La définition de l'**activité physique**, qui est largement retenue dans la littérature, est celle émise par Caspersen en 1985 : « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos » (3). Elle ne se résume pas aux seules activités sportives, mais inclut aussi les activités de la vie quotidienne et l'exercice physique. Elle peut se dérouler dans différents contextes qui sont, les loisirs, les activités domestiques (le jardinage, le bricolage et les tâches ménagères), le transport et le travail (3) (4).

On caractérise l'AP par sa fréquence, son intensité, sa durée (temps) et le type d'activité pratiquée (acronyme FITT) (5). Et, selon les fonctions physiologiques sollicitées, on décrit des activités cardio-respiratoires, musculaires, d'équilibre ou d'assouplissement.

Elle est classée en cinq catégories en fonction de son intensité, estimée en MET (Metabolic Equivalent Task). Il s'agit d'une unité de mesure qui exprime le coût énergétique de l'activité en tant que multiple de la dépense énergétique de repos (6) (7):

- activité sédentaire : $\leq 1,5$ MET
- activité de faible intensité : 1.6-2,9 MET
- activité d'intensité modérée : 3-5,9 MET
- activité d'intensité élevée : 6-8,9 MET
- activité d'intensité très élevée : ≥ 9 MET

L'**exercice physique** se réfère à un mouvement corporel planifié, structuré et répété afin d'améliorer ou maintenir une ou plusieurs composantes de la condition physique (3). Tandis que **le sport** représente toutes formes d'AP 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 (8).

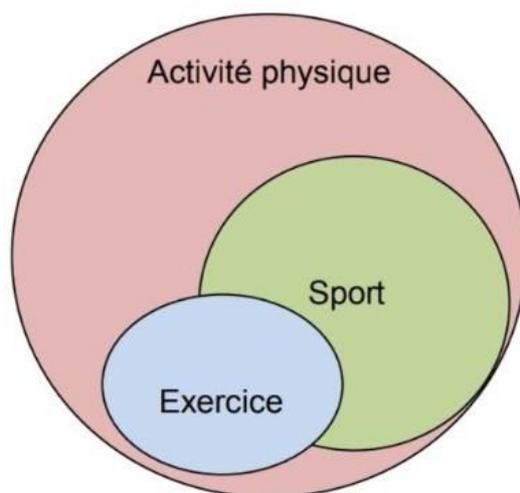


Figure 1: Sous-domaines de l'activité physique : le sport et l'exercice physique(6)

L'AP s'oppose à la sédentarité et à l'inactivité physique. Ces deux notions doivent elles-mêmes être différenciées du fait de leurs impacts distincts sur la santé. Ainsi, **l'inactivité physique** correspond à un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP recommandé par l'OMS (9). Alors que **la sédentarité** se définit par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos, en position assise ou allongée (soit inférieure ou égale à 1,5 MET). Elle est estimée par différents indicateurs, tels que le temps quotidien passé devant un écran sur son temps de loisir ou le temps total passé assis au cours d'une journée (10).

Ces différents facteurs influent sur **les maladies chroniques**, caractérisées par le Haut Conseil de santé publique comme un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer ; ayant une ancienneté minimale de trois mois ou supposée telle ; et ayant un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants (11):

- une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
- une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle

- la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Plus récemment, nous avons vu émerger la notion d'**activité physique adaptée (APA)**. Elle fait référence à la pratique d'AP basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires, telles que les personnes atteintes de maladies chroniques (12). Elle est planifiée et encadrée par des professionnels de l'APA ou des professionnels de santé, selon leur niveau de vulnérabilité.

L'APA peut désormais être prescrite par le médecin traitant. On entend par **prescription**, la recommandation thérapeutique qu'émet formellement un médecin dans le but de soigner un patient à l'issue de la consultation (13). Par métonymie, la prescription désigne aussi le document écrit sur lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin : l'ordonnance. Elle peut donc prendre diverses formes : protocole thérapeutique écrit sur une ordonnance, conseils énoncés oralement, remise de brochures d'information ou orientation du patient vers un professionnel de santé spécialisé (14).

2. Poids de l'inactivité physique et de la sédentarité sur la santé

On parle aujourd'hui de l'inactivité physique comme une pandémie impactant la morbi-mortalité mondiale. Elle est à l'origine de 9 % de la mortalité prématurée dans le monde, soit plus de 5,3 millions de décès en 2008. Quant à la morbidité, on considère qu'elle est responsable de 6 % des coronaropathies, 7 % du diabète de type 2 et 10 % des cancers du sein et du côlon (15). Cela la positionne en facteur de risque comparable à ceux bien établis comme l'obésité ou le tabagisme. Sur le plan économique, on estime que les problèmes de santé résultant d'une AP insuffisante ont coûté 67,5 milliards de dollars au monde en 2013, dont un coût direct de 53,8 milliards de dollars pour les systèmes de santé (16).

La sédentarité est, elle aussi, coupable d'effets néfastes pour la santé. Une méta-analyse d'études portant sur l'adulte a conclu que, pour chaque heure

supplémentaire passée assis au-delà de sept heures par jour, le risque de mortalité toutes causes confondues augmentait de 5 %, après ajustement sur l'AP (17). Le fait de passer plus de trois heures par jour en position assise serait responsable de 3,8 % de la mortalité toutes causes confondues (18). Or, la population passe en moyenne cinq heures quotidiennes en position assise (19). Le temps sédentaire, indépendamment de l'AP, est associé positivement à un risque accru de mortalité par maladie cardiovasculaire ou par cancer, et à une augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires, de certains cancers (sein, ovaire, endomètre, côlon) et du diabète de type 2 (20) (21).

On voit que l'inactivité physique et la sédentarité sont largement impliquées dans les pathologies chroniques. Les personnes peuvent atteindre les recommandations en matière d'AP mais présenter un comportement sédentaire le reste du temps, et inversement. Même si la pratique de plus de 60 minutes par jour d'AP modérée semble éliminer le risque de surmortalité liée à la sédentarité, adopter un mode de vie actif est un véritable challenge et nécessite d'agir conjointement sur les deux paramètres (22).

3. Les recommandations actuelles

3.1. Recommandations mondiales d'activité physique pour la santé

Les premières recommandations ont été publiées à partir des années 1990. Il s'agissait de fournir un message de santé publique « clair et concis » pour favoriser l'adoption d'un mode de vie plus actif, à des populations majoritairement sédentaires (23). L'OMS a émis ses dernières recommandations en 2010. Elles sont essentiellement orientées sur la prévention primaire envers les pathologies chroniques (24):

- Pour les enfants et jeunes gens âgés de 5 à 17 ans : il est recommandé de cumuler au moins 60 minutes par jour d'AP d'intensité modérée à soutenue, se caractérisant essentiellement par une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, qui renforcent le système musculaire et osseux, doivent être incorporées au moins trois fois par semaine.

- Pour les adultes âgés de 18 à 64 ans : dans une semaine, il leur est conseillé de pratiquer une activité d'endurance pendant au moins 150 minutes en cas d'intensité modérée ou au moins 75 minutes si l'intensité est soutenue, ou une combinaison équivalente des deux. Elle doit être pratiquée par période d'au moins 10 minutes. En complément, des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires sont recommandés deux fois par semaine au minimum. Il est signalé que, pour des bénéfices supplémentaires sur la santé, l'adulte doit augmenter sa pratique pour atteindre, par semaine, au moins 300 minutes d'activité d'endurance modérée ou au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ou toute combinaison équivalente.
- Pour les personnes âgées de 65 ans et plus : les recommandations sont identiques à celles des adultes de 18 à 64 ans. Lorsque leur état de santé ne leur permet pas d'atteindre ce niveau de recommandation, l'OMS précise qu'elles devraient être aussi actives physiquement que leur état de santé et leurs capacités le leur permettent. Une activité améliorant l'équilibre doit être pratiquée au moins trois jours par semaine en prévention des chutes chez ceux dont la mobilité est réduite.

Selon une relation de dose-effet, toute AP additionnelle, au-delà de ces recommandations, apportera un bénéfice supplémentaire pour la santé.

3.2. Lutte contre la sédentarité

Dans son rapport de 2016, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) complète les recommandations en apportant des repères pour lutter contre les comportements sédentaires, et ce, dès le plus jeune âge (6).

Chez l'enfant, il est recommandé de limiter la durée quotidienne totale des activités sédentaires en période d'éveil et de limiter la durée de chaque activité sédentaire pour ne pas dépasser une heure en continu pour les moins de cinq ans et deux heures pour les 6-17 ans.

Chez l'adulte et les personnes âgées de plus de 65 ans, quel que soit le contexte (travail, transport, domestique, loisirs), il est recommandé de réduire le temps total quotidien passé en position assise dans la mesure du possible. Il est essentiel

d'interrompre les périodes prolongées passées en position assise ou allongée au moins toutes les 90 à 120 minutes par une AP de type marche de quelques minutes (trois à cinq minutes), accompagnée de mouvements de mobilisation musculaire.

4. Bénéfices de l'activité physique sur la santé

La pratique régulière d'une AP a des avantages reconnus pour la santé du sujet sain et du sujet malade ou en situation de handicap, quelque soit l'âge, le sexe ou l'ethnie. La littérature scientifique sur le sujet s'enrichit régulièrement et ses bénéfices font aujourd'hui l'objet de consensus scientifiques. Les gains sanitaires sont jugés supérieurs aux risques encourus. De façon globale, en plus de réduire le risque de survenue de diverses affections chroniques, les personnes actives physiquement déclarent constamment une meilleure qualité de vie, une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs, ainsi qu'un meilleur sommeil.

Récemment, The Physical Activity Guidelines Advisory Committee a publié un rapport comportant une actualisation des connaissances relatives à l'efficacité sur la santé de la pratique d'un niveau d'AP recommandé (25). Ces données ont été reprises et complétées par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son guide « promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes » publié en 2018 (26). Nous les exposons ci-dessous.

4.1. En prévention primaire

4.1.1. Chez les enfants

Chez les enfants de 3 à 5 ans inclus :

- Amélioration de la masse osseuse
- Meilleur statut pondéral

Chez les enfants âgés de 6 à 17 ans :

- Amélioration des fonctions cognitives (chez l'enfant de 6 à 13 ans)
- Amélioration des fonctions cardio-respiratoires et musculaires
- Amélioration de la masse osseuse
- Amélioration des paramètres des facteurs de risque cardiovasculaires
- Meilleur statut pondéral et diminution du tissu adipeux

- Diminution des symptômes dépressifs

4.1.2. A tous les âges chez l'adulte

Mortalité toutes causes confondues :

- Diminution du risque selon une relation dose-effet

Pathologies cardio-métaboliques :

- Diminution de l'incidence et de la mortalité liées aux pathologies cardiovasculaires (y compris les coronaropathies et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)), avec une relation dose-effet
- Diminution de l'incidence de l'HTA
- Diminution de l'incidence du diabète de type 2

Prévention des cancers :

- Diminution de l'incidence, selon une relation dose-effet, des cancers du sein, du côlon, de l'endomètre.
- Réduction du risque de développer un cancer de l'œsophage et du poumon (ce dernier est discuté d'après la HAS). Également, le Comité américain rapporte une réduction de l'incidence des cancers de la vessie, du rein et de l'estomac grâce à l'AP, non reprise par la HAS.

Effets sur le fonctionnement cérébral et la santé mentale :

- Réduction du risque de démence
- Amélioration des fonctions cognitives, notamment grâce aux AP aérobies
- Amélioration de la qualité de vie
- Amélioration du sommeil
- Diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez les patients sains
- Diminution de l'incidence de la dépression

Action sur le statut pondéral :

- Réduction du risque de prise de poids excessive
- Prévention de la reprise de poids après un amaigrissement initial
- Limitation de la perte de masse musculaire lors d'un amaigrissement
- Effet additif sur la perte de poids d'un régime alimentaire modéré associé
- Réduction de la masse grasse abdominale

4.1.3. Chez le sujet âgé

Bénéfices sur les chutes :

- Réduction de l'incidence des chutes
- Diminution du risque de blessure secondaire à une chute.

Statuts cognitif et fonctionnel :

- Amélioration des capacités fonctionnelles et de l'autonomie
- Amélioration de la qualité de vie
- Diminution des symptômes dépressifs et de l'anxiété
- Réduction du risque de démence

4.1.4. Chez la femme enceinte et en post-partum

Pendant la grossesse :

- Limitation du risque de prise de poids excessive
- Diminution du risque de diabète gestationnel
- Pas de risque foetal en cas de pratique d'une AP d'intensité modérée.

En post-partum :

- Réduction du risque de dépression du post-partum

4.2. En prévention secondaire ou tertiaire

Dans les cancers :

- Réduction du risque de mortalité, donc amélioration de la survie après un traitement pour un cancer du sein, colorectal ou de la prostate, avec une relation dose-effet (sauf pour le cancer de la prostate), et diminution du risque de récurrence
- Diminution du risque de mortalité toutes causes confondues pour ces trois cancers
- Amélioration globale de la qualité de vie, de la tolérance aux traitements
- Réduction de la fatigue

Dans l'arthrose du genou et de la hanche :

- Réduction des douleurs
- Diminution des limitations fonctionnelles
- Amélioration de la qualité de vie

Lors d'une fracture récente de la hanche :

- Amélioration de la marche, de l'équilibre et des activités de la vie quotidienne.

Dans l'HTA :

- Réduction du risque d'aggravation de l'HTA avec le temps
- Diminution du risque d'évolution de la pathologie cardiovasculaire.

Dans le diabète de type 2 :

- Réduction de l'incidence et de la mortalité liées aux maladies cardiovasculaires et toutes causes confondues
- Amélioration des marqueurs de progression de la maladie : baisse de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), amélioration du profil lipidique et tensionnel
- Contrôle de l'indice de masse corporelle (IMC) avec réduction du périmètre abdominal, limitation de la perte de masse musculaire

Dans les pathologies respiratoires chroniques :

- Meilleur contrôle de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de l'asthme
- Amélioration de la dyspnée et de la tolérance à l'effort
- Amélioration de la qualité de vie et des capacités d'exercice
- Diminution de l'anxiété et de la peur d'augmenter son niveau d'AP
- Pas de changement sur la fonction respiratoire chez l'adulte.

Dans la sclérose en plaque :

- Amélioration de la marche et de la force musculaire
- Amélioration de la condition physique.

Lors d'une lésion de la moelle épinière :

- Amélioration de la marche et des capacités en fauteuil roulant

Dans la démence :

- Amélioration des fonctions cognitives.

Dans la maladie de Parkinson :

- Amélioration des fonctions cognitives
- Amélioration de la marche, de la force musculaire et de l'équilibre

Dans les AVC :

- Amélioration des fonctions cognitives
- Amélioration de la marche.

Dans l'anxiété et la dépression :

- Réduction des symptômes d'anxiété et de dépression, avec une relation dose-effet

Dans la schizophrénie :

- Amélioration des fonctions cognitives
- Amélioration de la qualité de vie

Dans les troubles du déficit de l'attention et hyperactivité :

- Amélioration des fonctions cognitives

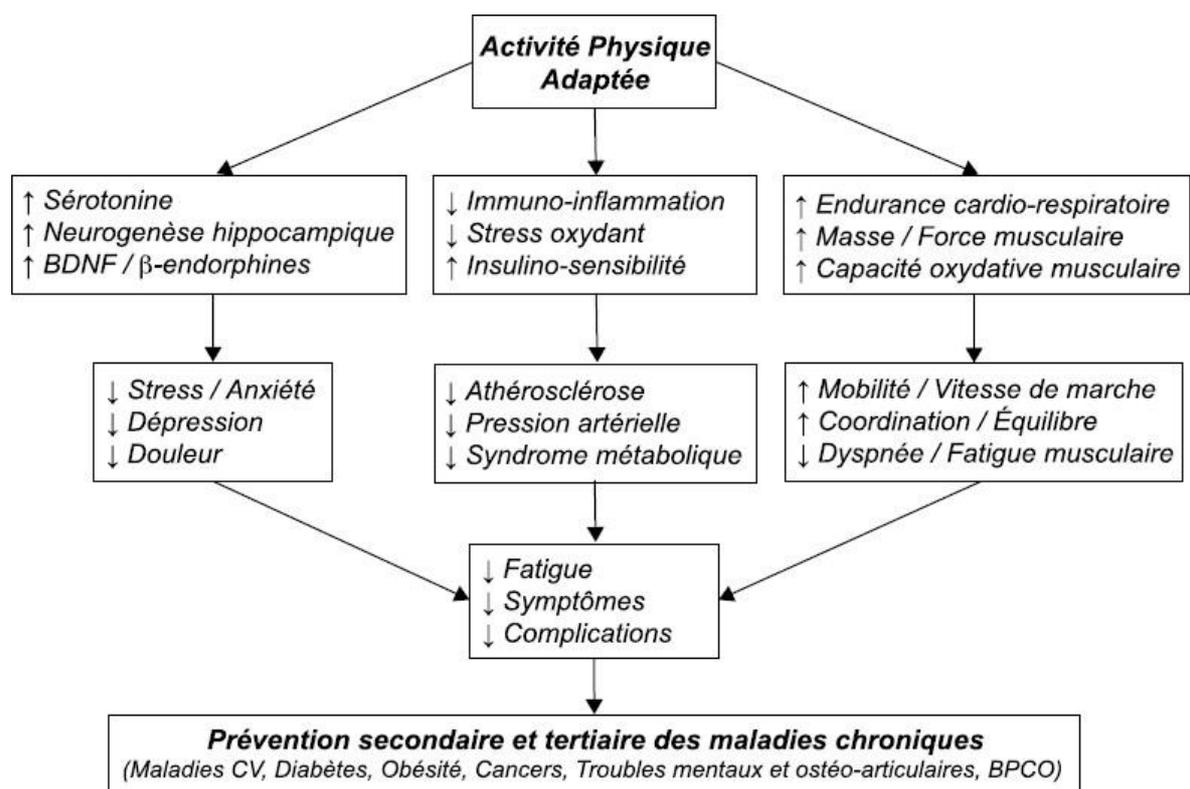


Figure 2: Schéma de l'Inserm sur les effets bénéfiques de l'activité physique adaptée dans les maladies chroniques (27)

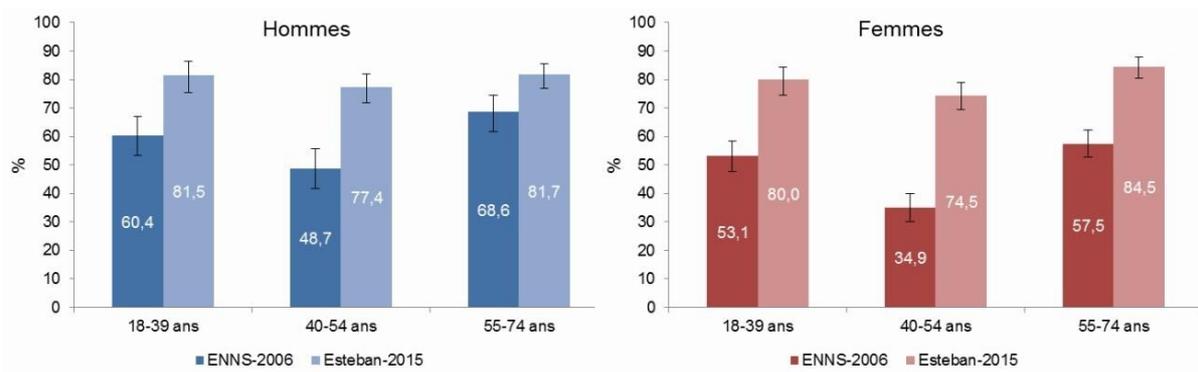
5. Épidémiologie de l'activité physique et de la sédentarité en France

On estime que 31 % de la population mondiale ne répondent pas aux recommandations concernant l'AP (28). L'enquête Esteban 2014-2016 (Étude de Santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) a réalisé une étude épidémiologique auprès de la population française (29), dont les résultats sont corroborés par ceux de l'étude INCA 3 menée en 2014-2015 (Troisième étude individuelle nationale des consommations alimentaires) (30).

En 2015, 61,3 % des adultes de 18 à 74 ans déclaraient remplir les recommandations de l'OMS. Cette proportion variait en fonction du sexe et était plus importante chez les hommes. 9 adultes sur 10 rendaient compte d'un niveau de sédentarité « modéré » ou « élevé » (avec trois heures ou plus d'activités sédentaires par jour) et 41 % atteignaient un niveau de sédentarité « élevé » (soit plus de sept heures par jour). Parmi ces derniers, 60 % des hommes et 44 % des femmes parvenaient cependant aux recommandations d'AP. 20 % des adultes réunissaient à la fois les deux facteurs de risque.

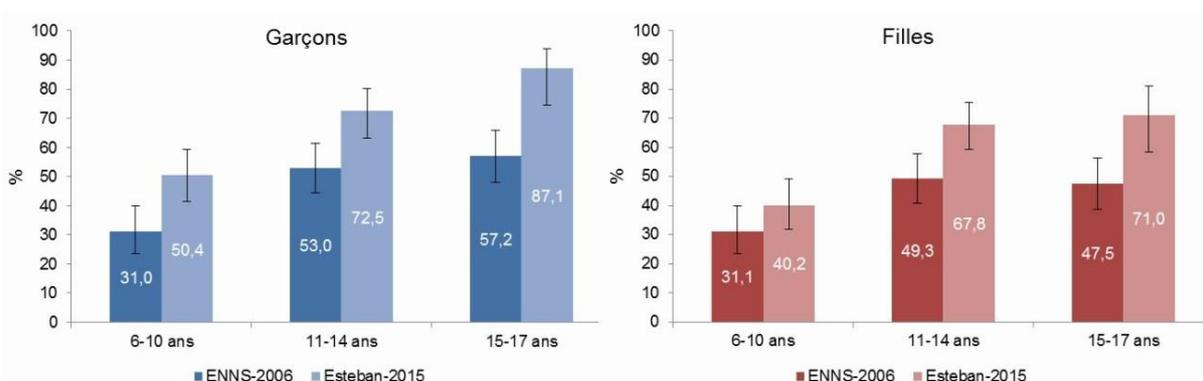
Chez les enfants, 59 % des garçons et 51 % des filles, âgés de 6 à 17 ans, déclaraient un niveau d'AP « modéré » ou « élevé ». En revanche, seuls 28 % des garçons et 18 % des filles atteignaient les recommandations de 60 minutes d'AP par jour (niveau « élevé »). Les plus jeunes étaient globalement plus actifs que les adolescents de 11 à 17 ans. 61 % des enfants et adolescents déclaraient passer trois heures ou plus devant un écran chaque jour.

Il est important de noter que l'inactivité physique et la sédentarité semblent progresser en France. Ces indicateurs se sont dégradés par rapport à l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) en 2006, surtout concernant la sédentarité (31). Le temps d'exposition aux écrans a nettement augmenté chez les adultes comme chez les enfants en 10 ans.



* incluant le temps de télévision, ordinateur et console de jeux en dehors d'une activité professionnelle.

Figure 3: Pourcentage d'adultes passant trois heures et plus devant un écran par jour, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015 (29)



* cumulant le temps de télévision, ordinateur et console de jeux.

Figure 4: Pourcentage d'enfants de 6-17 ans passant trois heures et plus devant un écran* par jour, selon le sexe et l'âge, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015 (29)

6. Stratégies de promotion de l'activité physique à des fins de santé en France

Si les différentes autorités sanitaires s'accordent à recommander activement la pratique d'une AP à des fins de santé, il n'existe pas, à ce jour, de consensus clairement établi pour la mise en œuvre de ces recommandations. Plusieurs stratégies ont néanmoins vu le jour ces dernières années, en associant le milieu médical et politique à cet enjeu.

6.1. Une thérapeutique non médicamenteuse validée

Faisant état d'un faible recours à la prescription d'AP en France malgré ses bénéfices connus, la HAS a publié en 2011 un rapport réaffirmant la place de l'AP comme traitement non médicamenteux (14). Elle recommande sa prescription et rappelle qu'il s'agit du traitement de fond de première intention pour certaines pathologies chroniques, en association ou non au traitement médicamenteux. Elle cite comme exemple la prise en charge de l'HTA, des dyslipidémies, du diabète de type 2 ou encore de l'insomnie.

6.2. L'émergence du sport-santé

C'est surtout au début du XXI^e siècle que la thématique de l'AP pour la santé a surgi auprès des pouvoirs publics. Antérieurement, les préoccupations de ces deux composantes, sport et santé, étaient plutôt tournées vers la santé des sportifs (23).

Des actions publiques de sensibilisation et d'incitation à l'AP ont émergé à l'aube des années 2000 avec le développement du premier Programme national nutrition-santé (PNNS 2001-2005) porté par le slogan « manger bouger » (32). Ses objectifs visaient à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition, entendue comme un équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses énergétiques engendrées par l'AP. Il ambitionnait une augmentation de 25 % de la part des personnes pratiquant au moins l'équivalent de 30 minutes de marche active par jour. Depuis lors, de nombreux autres plans nationaux de santé publique comportent un volet désireux d'encourager la pratique de l'AP en fonction des populations concernées.

La notion de sport-santé est apparue en 2008 dans le Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS), suite au rapport de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur les effets de l'AP sur la santé (33). Une des missions était de favoriser l'APA pour les personnes atteintes d'une maladie chronique à des fins thérapeutiques, préventives et d'éducation pour la santé, puis de soutenir, par l'accompagnement, un projet d'AP régulière en autonomie, de façon à modifier durablement les comportements sédentaires. Le sport-santé se définit comme un réseau dont l'objectif est d'établir les conditions de pratique d'une discipline sportive pour maintenir ou améliorer la santé en prévention

primaire, secondaire ou tertiaire ou dans un but de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes ayant une vulnérabilité (34). Il repose donc sur un travail d'équipe pluridisciplinaire, avec des acteurs venant des milieux sportifs, médicaux, paramédicaux, économiques et politiques. La finalité est de s'approcher de la définition de la santé décrite par l'OMS comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (35).

En 2012, le développement du sport-santé se poursuit avec la mise en place du Plan national sport santé bien-être (PNSSBE), décliné secondairement en plans régionaux (PRSSBE) par les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) (36). Les ministères chargés des sports et de la santé souhaitaient promouvoir les activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé publique pour tous et à tous les âges de la vie, en mettant un accent particulier en direction d'un public prioritaire : les personnes âgées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques ou en situation de précarité. Cette politique engageait les médecins et les professionnels de santé à s'investir dans ce sens.

Dans ce contexte, des initiatives locales ont été créées dans plusieurs villes françaises. Il s'agit, via une prescription médicale, d'orienter les patients porteurs de pathologies chroniques vers des structures sportives labellisées pour bénéficier d'APA, encadrée par des professionnels sportifs qualifiés. Y préfigurent les expérimentations « efFORMip » (Effort et Forme en Midi-Pyrénées) depuis 2005 et le « sport santé sur ordonnance » de Strasbourg depuis 2012 (37) (38).

6.3. L'exemple du dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance »

A l'image de plusieurs pays d'Europe depuis les années 1990, Strasbourg s'est positionnée en pionnière en France et a expérimenté en 2012 un dispositif « sport-santé sur ordonnance ». Cette initiative, inscrite dans le cadre de son Contrat local de santé, est issue d'une collaboration avec les partenaires locaux, l'ARS, la DRDJSCS et l'assurance maladie (38). L'objectif est de favoriser la pratique d'une AP régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des personnes atteintes d'affections

chroniques. Initialement, le dispositif se destinait aux adultes strasbourgeois présentant des maladies cardiovasculaires stables (infarctus du myocarde, AVC) ou des facteurs de risque cardiovasculaires (diabète de type 2, obésité et HTA stable). L'année suivant son lancement, il a élargi les indications aux cancers du sein et du côlon en rémission depuis six mois. En 2016, les personnes vivant avec le VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) ont pu intégrer le parcours. Et plus récemment, ce sont les personnes âgées fragilisées qui ont été admises, dans un objectif de prévention des chutes.

Lors d'une consultation, un des 300 médecins généralistes signataires de la Charte d'engagement « sport-santé sur ordonnance » peut prescrire de l'APA à un patient qui remplit les critères d'inclusion. Après un premier rendez-vous d'accueil avec un éducateur sportif, le patient est orienté vers deux activités. L'inclusion peut durer trois ans. La première année est gratuite puis une participation sur la base d'une tarification solidaire en fonction du coefficient familial est demandée pour les deux années suivantes. Des rendez-vous d'évaluation sont prévus à un mois puis tous les six mois. Un médecin coordinateur est en charge de la coordination, du suivi médical et de l'évaluation médicale.

Fin 2016, 1445 bénéficiaires étaient inclus depuis le lancement du projet. 71,3 % étaient des femmes. Une étude a été menée au sein du dispositif en 2013-2014 (39). Après six mois de suivi, le score d'AP du test de Ricci et Gagnon et le score de qualité de vie SF-36 (The Short Form (36) Health survey) étaient significativement améliorés. La distance parcourue au test de marche 6 minutes avait augmenté. Une perte de poids de 2 kg était mesurée. À un an, même si les résultats étaient moins souvent statistiquement significatifs, ils constataient un maintien de l'amélioration des critères d'évaluation, y compris du poids.

6.4. Loi et décret d'application du sport sur ordonnance

En réponse à ces différentes initiatives, le sport sur ordonnance a progressivement fait son apparition dans les textes de loi français, dans les suites de l'amendement dit Fourneyron adopté en deuxième lecture par l'Assemblée nationale (40). Il positionne dès lors le médecin traitant en acteur clé. En effet, l'article 1172-1 du Code de la santé publique, énoncé par la loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016, prévoit que « dans le cadre du parcours de soins des

patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient » (41).

Le décret d'application n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 en précise les conditions de dispensation et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant (12). Une instruction ministérielle, parue le 3 mars 2017, fournit des outils au médecin pour faciliter la prescription de l'APA (42). Ce dernier peut donc prescrire, sur un formulaire spécifique, une AP à son patient atteint d'une affection de longue durée (ALD). L'AP doit être personnalisée, progressive et adaptée à ses capacités physiques au sens de ses capacités fonctionnelles. Un compte-rendu périodique réalisé par le professionnel de l'APA est transmis au médecin prescripteur pour assurer le suivi, si le patient l'accepte. Quatre principaux phénotypes d'altération fonctionnelle ont été recensés suite au travail du Professeur Bigard, classés, par ordre décroissant, en sévère, modéré, minime et sans limitation. Ils sont définis en fonction des niveaux d'atteintes des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles, et de la perception de la douleur (Annexe A). Après avoir évalué les capacités et l'état de santé de son patient, le médecin traitant peut l'orienter vers un professionnel de l'APA habilité à le prendre en charge selon son niveau de limitation fonctionnelle (Annexe B). Il est spécifié que ni la prescription ni la dispensation de l'AP ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

7. Le médecin généraliste et la prescription d'activité physique

7.1. Une place de choix

Parmi les différentes stratégies d'encouragement à l'AP pour la santé, le médecin généraliste est souvent considéré comme un intervenant central. Plusieurs missions lui sont attribuées. Il est appelé à contribuer à l'offre de soins ambulatoires de premier recours, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Il doit veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et participer au suivi des maladies

chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui interviennent dans les soins du patient (43).

Environ 80 % de la population française consulte au moins une fois par an un médecin généraliste, avec en moyenne 4,75 consultations par an par patient (44). Ces contacts réguliers lui offrent une place de choix pour une prise en charge globale grâce à sa connaissance de leurs conditions de vie psychologiques, socio-économiques et familiales. Il peut ainsi personnaliser le message préventif et inciter son patient à modifier son comportement. Son expertise dans la gestion des pathologies chroniques et son influence le positionnent idéalement pour promouvoir la pratique d'une AP. Le médecin généraliste est une source crédible d'information pour les patients, et ils préfèrent se référer à eux pour recevoir des conseils de prévention pour la santé, y compris en matière d'AP (45). Une étude a montré une augmentation du niveau d'AP des patients et de la qualité de vie 12 mois après avoir reçu des conseils sur l'AP par les médecins généralistes (46).

En parallèle, la majorité des médecins généralistes pensent qu'il s'agit de leur rôle de promouvoir l'AP auprès des patients (47). La prescription prend, la plupart du temps, la forme d'un conseil oral, avec un plus faible recours à la prescription écrite. Mais un sondage IFOP (Institut français d'opinion publique) réalisé en 2015, montrait une adhésion importante des médecins généralistes au projet de loi les autorisant à prescrire l'APA sur ordonnance (48). 82 % pensaient que c'était une bonne idée. Pourtant, dans une autre étude, ils étaient près de 40 % à s'estimer insuffisamment compétents pour cet acte (49).

7.2. Des freins et difficultés à la prescription d'activité physique

Dans son rapport, la HAS a fait un état des lieux des freins à la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses (14). L'insuffisance d'information et de formation des médecins sur les modalités de prescription de ces traitements ou la méconnaissance des compétences et de la disponibilité des professionnels sont des obstacles. Un manque d'adhésion des médecins et surtout des patients sur les recommandations est cité. Les médecins rencontrent des difficultés à engager activement le patient dans une thérapeutique qui remet en jeu son mode de vie. De plus, le mode de rémunération à l'acte des médecins libéraux ne favorise pas la prise

de temps nécessaire pour convaincre le patient à modifier son comportement. Les inégalités socio-économiques et géographiques peuvent entrer en ligne de compte, notamment par le coût restant à la charge du patient, comparativement au traitement médicamenteux.

De nombreuses études ont aussi analysé les freins des médecins à la prescription d'AP, qu'elle soit écrite ou orale. Une revue systématique de la littérature internationale sur le conseil d'AP en soins primaires énumère, en premier lieu, le manque de temps, l'insuffisance de connaissance ou d'expérience et l'échec pour faire changer les comportements des patients (50). Cette étude retrouve aussi le manque d'indemnisation financière, le manque de protocoles clairement établis sur l'AP et le manque de soutien des pouvoirs publics. Enfin, le manque de structure relais ou de professionnels où orienter les patients se révèlent être une problématique. Les médecins sont également confrontés au manque de motivation et manque d'intérêt des patients pour cette thématique.

Des enquêtes françaises ont été menées après la promulgation de la loi (49) (51). Les résultats rapportent d'abord le manque de motivation des patients, suivi du manque de temps des médecins et de l'absence de prise en charge financière. Du point de vue des médecins généralistes, ils manquent d'informations et de connaissances à ce sujet, pendant que quelques-uns manquent de motivation. L'absence de structure où orienter, le manque d'observance et de temps des patients, ainsi que leurs capacités réduites et leur crainte du jugement sont d'autres facteurs limitants. La connaissance des patients sur les bénéfices de l'AP fait aussi défaut.

Des formations sur la prescription, l'existence de structures ressources, qui soient connues et référencées dans un annuaire et une possibilité d'encadrement, de suivi et d'évaluation sont des pistes évoquées pour aider à la mise en œuvre de la prescription écrite d'AP, tout comme la prise en charge financière (51) (52).

Aussi, le médecin fait souvent face à des obstacles et des réticences de la part des patients. L'Eurobaromètre 2017 a étudié les raisons empêchant les Français d'être plus actifs (53). On retrouve, par ordre décroissant, le manque de temps, le manque de motivation ou d'intérêt pour les AP, le handicap ou la maladie, le coût financier, le manque d'attrait pour la compétition et la peur de se blesser.

8. Le dispositif « sport sur ordonnance » caennais

Comme d'autres membres du réseau français des Villes-santé de l'OMS, la ville de Caen s'est mobilisée pour la lutte contre la sédentarité, afin d'améliorer la santé de ceux pour qui elle est fragilisée, en créant son programme « Sport sur ordonnance, une activité physique prescrite par votre médecin ». Il a été élaboré en lien avec différents partenaires issus du milieu médical, sportif et institutionnel, et déployé le 1^{er} septembre 2017, après une phase expérimentale de trois mois. L'objectif est d'extraire de la sédentarité les bénéficiaires en leur facilitant l'accès à la pratique d'une AP régulière, adaptée et encadrée par des professionnels. Par cet accompagnement, il ambitionne de pérenniser cette pratique en autonomie par la suite.

8.1. Critères d'admission

Le dispositif s'adresse actuellement aux patients, domiciliés à Caen, identifiés comme étant sédentaires par le médecin, et atteints de l'une des cinq pathologies chroniques suivantes, définies comme prioritaires par le groupe de travail :

- Diabète de type 2
- Troubles psychotiques
- Dépression
- Affections de l'appareil locomoteur
- Obésité infantile (enfants âgés de 6 à 16 ans)

L'entrée dans le parcours est aussi conditionnée par leurs capacités physiques. Les professionnels de l'APA, ici, peuvent encadrer des personnes aux limitations fonctionnelles qui sont non sévères, telles que précisées dans le décret du 30 décembre 2016 (12). Cette évaluation incombe au médecin. La pathologie nécessite d'être stabilisée et le patient doit être en mesure de poursuivre la pratique d'une AP en autonomie à la fin du programme.

8.2. Qui peut prescrire ?

Une phase de lancement avait été mise en place en mai 2017 auprès de 20 médecins prescripteurs. En septembre 2017, le dispositif a été étendu à un réseau

de 350 médecins libéraux et hospitaliers de Caen et de la première couronne de son agglomération, qui interviennent dans l'une des cinq pathologies définies. Ils ont donc la possibilité de prescrire de l'APA sur ordonnance et d'orienter vers le programme les patients qui répondent aux critères d'admission.

Après avoir été conviés à une réunion d'information, les médecins concernés ont reçu par voie postale un kit de prescription. Il comprend un courrier, une brochure de présentation pour les professionnels médicaux (Annexe C), une autre à destination des patients ainsi qu'un poster à afficher en salle d'attente (Annexe D). Un formulaire de prescription spécifique est également inclus (Annexe E).

8.3. Description du parcours

Le dispositif propose un parcours d'APA personnalisé, de 30 séances, à raison de deux séances hebdomadaires d'1 h à 1 h 15 sur une durée de quatre mois. Des horaires adaptés aux patients ayant une activité professionnelle sont prévus. Le bénéficiaire peut choisir deux activités parmi une quinzaine proposées (activités nautiques, aquatiques, gymnastique douce, arts martiaux (taïso par exemple), sports de raquettes, d'opposition (tennis de table, escrime) et AP de pleine nature (randonnée, trottinette)). L'ensemble des activités sont encadrées par 12 éducateurs sportifs, dont 4 ETAPS (éducateur territorial des activités physiques et sportives), formés spécifiquement pour le dispositif en novembre 2016 et mai 2017, puis par le biais de formations continues annuelles.

Muni de son ordonnance, le patient est reçu dans un délai de sept jours au complexe sportif de la Haie-Vigné à Caen, lors d'un rendez-vous d'accueil avec une éducatrice sportive. Au cours de cet entretien initial, les motivations et les objectifs du patient sont abordés. Une série de six tests physiques est réalisée (test de marche 6 minutes, time up and go, stand up chair, unipodal, gratte dos, distance main-sol). A son terme, ils conviennent des deux AP pratiquées. Le patient se voit remettre un carnet de suivi et d'accompagnement. Il comprend des questionnaires d'auto-évaluation standardisés sur l'AP, la qualité de vie et le bien-être psychologique, à renseigner par le patient en début et en fin de parcours. Chacun d'entre eux dispose d'un accompagnement personnalisé et structuré par un éducateur sportif référent, afin d'assurer le suivi individuel de l'évolution de la pratique et du ressenti. Dans le cadre d'un partenariat avec Orange Labs, le bénéficiaire peut, via une application

smartphone, intégrer à son agenda un rappel personnalisé des séances d'APA et recevoir une incitation à la pratique autonome le week-end.

Deux bilans intermédiaires ont lieu à la 10^{ème} et 25^{ème} séances. Sont évalués l'assiduité, le plaisir de la pratique de l'APA et le mieux-être. Dès trois absences consécutives non justifiées, le patient reçoit un appel de la Direction des sports et si une baisse de motivation est décelée, un rendez-vous lui est proposé pour travailler sur les leviers de motivation. A la 25^{ème} séance, le projet de la pratique d'une AP en autonomie est discuté plus spécifiquement. Il peut être aidé, orienté vers des clubs conventionnels ou encore obtenir une intervention sur le coût de la licence si l'aspect financier est un obstacle à la poursuite de l'AP. Un bilan à la fin du programme a lieu avec l'éducatrice sportive qui a mené le bilan initial. Il reprend le parcours du patient, l'élaboration de la pratique autonome et la réalisation des six mêmes tests physiques pour évaluer l'évolution à l'issue des quatre mois de pratique.

Un retour de l'information par mail auprès du médecin prescripteur est prévu après le rendez-vous d'accueil et après celui du bilan de fin de parcours.

Un suivi téléphonique est planifié à trois mois, six mois et un an après la sortie du dispositif. Si le patient a interrompu la pratique de l'AP à trois mois, un nouveau rendez-vous lui est proposé pour travailler sur les freins motivationnels ou envisager une réorientation vers une autre activité.

La capacité d'accueil du dispositif est de 300 patients par an.

Les séances d'APA et l'accompagnement sont gratuits pour les bénéficiaires. Le programme est géré et financé par la ville de Caen avec une participation de l'ARS à hauteur de 10 % du coût total.

8.4. Premiers résultats

Après un an de mise en place, ce sont 115 personnes qui ont pu intégrer le « sport sur ordonnance » de Caen. On dénombrait 65 femmes et 50 hommes. 85 % d'entre eux avaient plus de 40 ans. Les affections psychiatriques étaient les pathologies les plus représentées. On a recensé 79 médecins prescripteurs, dont 50 étaient des médecins généralistes¹. A deux ans, on compte 176 bénéficiaires².

1 : Données issues du bilan statistique réalisé au 1/09/2018 par la Direction des sports de la ville de Caen.

2 : Données issues de la Lettre d'infos N°3 de la ville de Caen sur le « sport sur ordonnance » parue en juillet 2019.

9. Problématique

Si le médecin généraliste est un pivot central auprès des patients porteurs d'affections chroniques pour les encourager à adopter un mode de vie actif, on a vu qu'ils évoquent en parallèle des freins et des difficultés à mettre en œuvre la prescription d'AP.

Nous sommes partis du postulat que le dispositif « sport sur ordonnance » de Caen, grâce à ses modalités, apporte certains leviers aux obstacles à la prescription d'AP décrits précédemment. Une hypothèse de recherche se dégage alors : la mise en place du « sport sur ordonnance » de Caen aide les médecins généralistes à prescrire de l'AP mais ils ont identifié des freins et des difficultés persistantes.

L'objectif principal de l'étude est donc d'identifier les facteurs limitant la prescription d'AP par les médecins généralistes au sein du dispositif caennais « sport sur ordonnance », afin de faire émerger des pistes d'amélioration. Les objectifs secondaires consistaient à recueillir l'opinion des médecins généralistes sur le sport sur ordonnance en général et évaluer son impact sur leurs pratiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Notre travail de recherche portant sur les pratiques, le point de vue et les attentes des médecins généralistes, nous avons réalisé une étude qualitative, par le biais d'entretiens semi-directifs et individuels.

La rédaction du chapitre méthodologique s'est appuyée sur la liste de contrôle des rapports de recherche qualitative COREQ (54)

2. Population étudiée et constitution de l'échantillon

2.1. Population cible

La population étudiée était celle des médecins généralistes, exerçant à Caen ou dans les communes de la première couronne de l'agglomération, concernés par la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen. Étaient exclus de l'étude les médecins généralistes n'assurant pas le suivi des patients tout au long de leur parcours de soins (angiologues, médecins urgentistes, médecins de la douleur) et les médecins généralistes remplaçants.

2.2. Constitution de l'échantillon

Le listing des 275 médecins généralistes concernés a été obtenu grâce à la Direction des sports de la ville de Caen, en charge du dispositif. Dans un premier temps, un courrier exposant l'objet de la thèse a été envoyé par voie postale aux 230 médecins répondant aux critères d'inclusion (Annexe F). Les médecins pouvaient faire part de leur volonté de participer à l'étude par mail ou par téléphone.

Secondairement, afin d'obtenir un nombre d'entretiens suffisant pour atteindre la saturation théorique des données, nous avons eu recours à des relances téléphoniques auprès des cabinets médicaux.

2.3. Échantillon diversifié

Pour s'assurer de la diversité de l'échantillon, celui-ci était raisonné selon certaines variables qui nous paraissaient pouvoir influencer l'attitude des médecins face à cette prescription :

- Âge
- Sexe
- Prescripteur ou non du « sport sur ordonnance »
- Formation complémentaire ou non en médecine du sport
- Pratique personnelle d'une AP recommandée (déclaratif)
- Lieu d'exercice

Dans la littérature, nous avons retrouvé que la pratique d'une AP régulière par les médecins généralistes influence positivement la prescription d'AP auprès des patients (55) (56). Une formation complémentaire en médecine du sport n'apparaît pas statistiquement associée à la prescription d'AP mais semble l'être avec la connaissance du cadre législatif (56) (57).

3. Recueil des données

3.1. Guide d'entretien

Afin de répondre à l'objectif de notre étude, nous avons élaboré un guide d'entretien, à partir des données de la littérature et après que l'enquêteur eût bénéficié d'une présentation détaillée du dispositif par la Direction des sports de Caen.

Le premier axe visait à évoquer les pratiques des médecins généralistes concernant la promotion de l'AP, de manière courante, auprès des patients. Dans un deuxième temps, nous échangeons autour de la prescription écrite d'APA et des nouvelles réglementations. Puis, les questions s'orientaient vers la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen.

Au cours de l'entretien, si le médecin interrogé manquait d'informations relatives au dispositif, l'enquêteur procédait à un exposé des grandes lignes, muni des brochures d'information présentées en annexes C et E. Un exemplaire pouvait lui

être laissé s'il le souhaitait. En fin d'entretien, nous invitons le médecin à s'exprimer librement s'il désirait poursuivre la discussion sur le sujet. Les caractéristiques personnelles des médecins interrogés, permettant de décrire l'échantillon, étaient recueillies à la fin de l'échange.

Pour nous assurer que le guide d'entretien était compréhensible et adapté à l'objectif de l'étude, un entretien exploratoire a été mené auprès d'un médecin volontaire, répondant aux critères d'inclusion. Une question jugée trop redondante a été supprimée et une autre a été reformulée. Puis, au fur et à mesure des entretiens, le guide pouvait évoluer selon le discours produit par les médecins, et au regard de notre question de recherche.

Un exemple du guide d'entretien final est présenté en annexe G.

3.2. Éthique

Le CIL (Correspondant Informatique et Libertés) a été consulté afin d'assurer l'anonymisation des données. Notre étude n'a pas eu besoin de faire l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

3.3. Réalisation des entretiens

L'ensemble des entretiens ont été réalisés par le même enquêteur. Au moment de l'étude, il était médecin généraliste remplaçant dans le département du Calvados.

Chacun des entretiens se déroulait à l'horaire et au lieu qui convenaient au médecin. Au début de l'interview, l'enquêteur se présentait de nouveau. Le thème de la discussion était rappelé, la garantie de la confidentialité et l'anonymisation des données recueillies lors de l'échange étaient assurées. Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique type OLYMPUS® WS-852, après accord verbal du médecin interrogé.

3.4. Retranscription des données

Chaque entretien a été retranscrit de manière littérale sous forme de verbatim à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®, selon les règles conventionnelles. Le non-verbal était également retranscrit. Des lieux ou noms

propres ont été retirés afin de préserver l'anonymat des répondants. Chaque médecin s'est vu attribuer un code pour l'anonymisation des données allant de M1 à M13. La numérotation correspondait à l'ordre dans lequel ont eu lieu les entretiens.

La retranscription a été effectuée par le même chercheur que celui ayant mené les entretiens. Nous l'avons débutée dès le premier entretien afin de réaliser une analyse continue des données.

Nous avons choisi de ne pas joindre en annexe les verbatims, s'agissant de données personnelles, bien qu'anonymisées. Ils sont disponibles sur demande auprès de l'enquêteur.

4. Méthode d'analyse

Nous avons procédé à une analyse thématique des données du corpus. Plus précisément, nous avons eu recours à une démarche de thématization continue, manuelle. Il s'agit d'un processus de « réduction des données » (58).

Dans un premier temps, nous avons effectué une lecture flottante des verbatims de chaque entretien. La deuxième lecture permettait d'identifier des thèmes, consignés dans un relevé de thèmes linéaire. Au fur et à mesure de l'analyse, les ensembles thématiques saillants étaient regroupés et hiérarchisés dans un journal de thématization, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche. Ce travail, réalisé par le chercheur ayant mené les entretiens, a abouti à la construction d'arbres thématiques, répertoriant les thèmes et les sous-thèmes.

Une double analyse a été réalisée pour 4 des 13 entretiens, choisis au hasard, permettant une triangulation partielle des données.

RÉSULTATS

1. Données de la réalisation des entretiens

Le courrier adressé aux médecins généralistes de la population cible a été envoyé le 17 avril 2018. A la suite de ce courrier, sept médecins généralistes ont proposé volontairement de participer à notre étude. Les relances téléphoniques auprès des cabinets médicaux, en juin 2018, ont permis de recruter six médecins supplémentaires afin d'atteindre la saturation théorique des données.

Au total, ce sont 13 entretiens individuels qui ont été réalisés entre le 20 avril 2018 et le 22 juin 2018. Ils ont duré en moyenne 26 minutes, l'entretien le plus court ayant duré 13 minutes et le plus long 47 minutes.

Aucun participant ne s'est opposé à l'enregistrement de la discussion.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Nous nous sommes attachés à avoir un échantillon diversifié. Sept femmes et six hommes nous ont répondu. L'âge moyen était de 49 ans. La diversité sur le sexe et l'âge était respectée. En matière de diversité, la proportion de 4 médecins ayant une formation en médecine du sport sur 12 médecins interrogés était satisfaisante. En revanche, nous avons recueilli l'opinion de seulement deux médecins prescripteurs parmi notre échantillon. 11 des 13 médecins déclaraient remplir personnellement les recommandations concernant la pratique d'une AP. Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le Tableau 1, ci-après.

	Sexe	Âge (années)			Formation médecine du sport	Prescripteur « sport sur ordonnance »	Pratique personnelle AP recommandée	Lieu d'exercice	
		≤40	41-55	>55				Caen	1ère couronne
M1	F	X					X		X
M2	H			X			X		X
M3	H	X				X	X	X	
M4	H	X					X		X
M5	F			X			X	X	
M6	F		X			X		X	
M7	F		X		X		X	X	
M8	H			X	X		X		X
M9	H		X				X		X
M10	F		X		X		X		X
M11	H			X	X			X	
M12	F		X				X	X	
M13	F	X					X		X

Tableau 1: Caractéristiques de la population de l'échantillon (F = femme et H = homme)

3. Analyse thématique

L'analyse thématique a fait émerger trois grands thèmes pouvant influencer négativement la prescription du « sport sur ordonnance » : des freins liés au médecin, des facteurs limitants intrinsèques au dispositif et enfin des obstacles inhérents au patient selon la perception des médecins.

En marge de l'objectif principal de notre étude, nous avons pu mettre en évidence les pratiques des médecins généralistes en matière de prescription d'AP et un sentiment globalement positif du « sport sur ordonnance » caennais. D'autres thèmes, informatifs de manière générale, ont été relevés mais exclus de l'analyse principale car ils ne répondaient pas aux objectifs de l'étude.

Les résultats de l'analyse sont illustrés par des citations issues des verbatims, choisies pour leur pertinence ou leur représentativité. L'ensemble des citations recueillies n'ont pas été rapportées pour ne pas surcharger le propos. Le discours des médecins est résumé à la fin de chaque chapitre sous forme d'arbre thématique.

3.1. « Sport sur ordonnance » : pratiques des médecins généralistes et impressions positives

3.1.1. Promouvoir l'activité physique, une préoccupation importante

Pour l'ensemble des médecins généralistes interrogés, la pratique d'une AP par leurs patients était une préoccupation importante. Sa promotion faisait partie de leur exercice quotidien. Certains déclaraient même le faire presque systématiquement.

M3 : « Alors une grande place, je le fais beaucoup. Euh pour ça, je suis un petit prescripteur médicamenteux, euh, un emmerdeur patenté, donc du coup euh je le fais quasiment systématiquement à chaque consultation ou au moins de façon quotidienne. (...) « Bougez-vous le cul » est une de mes phrases fétiches. »

M4 : « c'est un truc que je propose quasi systématiquement. (...) Tout le temps, tout le temps, tout le temps !! Je crois que mes patients vont me, probablement m'identifier à cause de ça parce que je les saoule tout le temps avec ça : activité physique. »

3.1.1.1. Un sujet d'actualité

Sa recommandation s'était inscrite dans la consultation de médecine générale depuis quelques années seulement. Des médecins exerçant depuis une vingtaine d'années notaient que ce thème n'était pas ou peu abordé auparavant. En partie, ce phénomène s'expliquait par l'évolution des connaissances sur les bénéfices quant à la santé, et l'émergence des nouvelles recommandations et directives.

M2 : « Alors, une place de plus en plus importante depuis quelques années, hein, euh, pour plein de raisons. Il y a les directives qui ont un petit peu changé. Maintenant on sait que c'est bénéfique pour la santé. (...) sur le plan de la santé, de la population générale, on en parle de plus en plus »

M6 : « c'est vrai qu'on ne le faisait pas. Euh, moi, moi ça fait quoi, 20 ans que j'ai commencé à bosser quoi, et c'est vrai qu'au début, on ne le faisait pas recommander du sport, beaucoup moins. »

3.1.1.2. Le rôle du médecin généraliste réaffirmé

Ils s'accordaient à dire qu'il s'agissait de leur rôle de médecin de promouvoir la pratique d'une AP. Cela s'intégrait à leurs missions de prise en charge thérapeutique, de suivi et de prévention auprès de leurs patients.

M4 : « je trouve que ça fait partie de mon rôle ouais, vraiment, je les bassine avec ça. Ils ne viennent pas pour ça à la base, mais ouais ouais. A 100 %. »

M6 : « Ouais, tu vois. Comme je te disais ça fait partie du traitement, donc dans la mesure où je les suis au long cours, oui c'est mon rôle. »

M9 : « Complètement, ça fait partie de la thérapeutique et de la prévention aussi. »

Ce rôle se justifiait aussi par la place qu'occupe le médecin généraliste dans le parcours de soins des patients, notamment atteints de pathologies chroniques. Pour beaucoup, les consultations de suivi régulières, par exemple, lors du renouvellement des traitements médicamenteux, leurs permettaient la répétition du conseil. L'information est distillée au fur et à mesure. C'était un des éléments qui pouvait favoriser l'adhésion du patient à leurs discours selon eux.

M2 : « quand je vois des patients régulièrement, (...) c'est des gens que je suis amené à voir trois fois, ou quatre fois dans l'année. Et à partir du moment où y'a de l'ordonnance à donner et du renouvellement euh euh c'est le fait de marquer à renouveler sur une ordonnance qui me fait évoquer avec eux, euh, de façon assez large, le mieux manger, le mieux bouger, le mieux vivre, le mieux dormir et l'hygiène de vie, hein. »

M7 : « Il faut rabâcher les choses, pour que les gens fassent les choses. (...) c'est vrai qu'il faut répéter, répéter, répéter. »

M8 : « c'est un cheminement qui peut être long mais que le médecin généraliste, bah, de par la multiplication des rencontres qu'on fait avec les patients, tu les vois souvent, donc bah peu à peu finalement, euh voilà, tu en remets une petite couche à chaque fois quoi »

3.1.1.3. Les médecins convaincus des bénéfices sur la santé

Les effets bénéfiques sur la santé étaient une conviction acquise. L'un d'eux n'hésitait pas à s'appuyer sur les preuves scientifiques pour recommander l'AP auprès de ses patients.

M1 : « Une place que j'essaye importante parce que je suis convaincue du bienfait sur la santé »

M3 : « Absolument convaincu et j'espère convainquant mais ça c'est autre chose »

M4 : « je les bassine pas avec les études mais je leur dis que c'est prouvé. »

■ En prévention secondaire et tertiaire

Ils plébiscitaient la pratique d'une AP surtout en prévention secondaire et tertiaire de certaines pathologies chroniques. Ils citaient essentiellement le diabète, les pathologies et autres facteurs de risque cardiovasculaires, les cancers, la dépression, les lombalgies et les troubles du sommeil.

M3 : « Donc systématiquement pour le diabète, systématiquement pour l'hypertension, systématiquement pour les lombalgies communes, euh, systématiquement pour euh, en prévention secondaire de tous mes patients avec des pathologies cardiovasculaires. Donc en gros, je le promeus pour 90 % de ma patientèle. Hmm. Et aussi, pour les troubles du sommeil où j'en parle, et aussi pour tous les troubles psy, donc euh tout le temps. »

M4 : « je vais cibler 100 % des diabétiques, 100 % des hypertendus, 100 % des obèses, 100 % des, de ceux qui ont de l'arthrose, euh 100 % des cardiopathies, AVC et cetera. Eux ça va être 100 %. »

M5 : « pour les problèmes de poids, pour les problèmes de diabète, pour les problèmes de, de, hmm, même les gens déprimés, même les cancéreux »

M10 : « surtout pour toutes les pathologies cardiovasculaires, métaboliques (...) euh douleurs chroniques, un peu euh, notamment sur les lombalgies euh (...) après dans la prise en charge de certaines maladies genre le cancer »

L'AP avait sa place comme traitement non médicamenteux de ces pathologies chroniques, au long cours. Le « sport sur ordonnance » était perçu comme une offre de soins supplémentaire pour la prise en charge médicale des maladies.

M1 : « on sait très bien que l'activité physique fait partie intégrante du traitement »

M2 : « que le patient ait le sentiment d'une vraie prise en charge en plus »

M5 : « Hein, les diabétiques si, s'ils se bougent un petit peu, et qu'il fait un régime, peut-être il n'y a pas besoin de médicaments. »

M10 : « Tu vois c'est, c'est comme pour toute thérapeutique à mon avis parce que, le sport sur ordonnance ça veut dire ça, c'est une thérapeutique qu'on met en supplément, alors on leur dit la thérapeutique euh, voilà c'est une thérapeutique qu'il faut continuer »

Un médecin (M3) précisait : « Je préférerais que tous mes patients soient inscrits à ce truc là et que je les vois deux fois moins et que je leur prescrive deux fois moins de médicaments, je serais ravi. (...) je trouve que d'une façon générale si tout le monde bougeait plus eh ben, on aurait moins de boulot »

■ En prévention primaire

Plus largement, ils encourageaient l'ensemble de leur patientèle à adopter un mode de vie physiquement actif. Ils l'intégraient de façon globale dans les règles d'hygiène de vie, dans un but de bien-être.

M7 : « Chez beaucoup de monde en fait. Chez beaucoup de monde, ça vient spontanément, euh, il faut bouger quoi ! »

M8 : « il n'y a aucun problème quoi, c'est 100 % hein, donc euh j'essaye d'inciter tout le monde à faire du sport. (...) Mais oui tous ces gens-là, les gens qui sont un peu trop sédentaires quoi hein (...) en prévention primaire (...) »

M9 : « de manière générale, que ça soit en prévention secondaire, primaire et puis même pour le bien être des patients... »

M13 : « Ça fait partie des règles d'hygiène de vie globalement. »

- **Expérience personnelle du médecin**

Les convictions vis-à-vis de la pratique de l'AP à des fins de santé s'appuyaient aussi sur leur propre expérience personnelle. Un interviewé apportait son témoignage à la fois en tant que médecin et patient. Un autre affirmait que son niveau d'AP en faisait une source crédible de conseils pour les patients, mais que l'inverse était moins évident, à l'image d'un médecin fumeur demandant à son patient d'arrêter de fumer.

M1 : « en plus je suis convaincue que ça fait du bien, je n'ai plus mal au dos. »

M4 : « j'ai perdu un peu de poids quand je me suis mis à courir (...) Mes patients le voient. J'ai énormément de réflexion par rapport à ça. « Vous avez maigri, ça ne va pas ? » « Si, si ça va très bien, ne vous inquiétez pas, je cours ». Et ça amène à des, à aborder le sujet, donc de ce côté-là ça me sert. Euh, « ah vous courez, na ni na na. » « Bah oui et vous devriez peut-être et cetera ». Donc de ce côté-là c'est vachement bien »

M11 : « Oui, en plus je suis concerné en tant que médecin et en tant que patient. Puisque j'ai été opéré du cœur »

3.1.2. Modalités de prescription

3.1.2.1. Primauté du conseil oral

L'ensemble des participants déclaraient prescrire l'AP à leurs patients sous forme orale plutôt qu'écrite sur une ordonnance.

M1 : « En pratique c'est sous forme de conseils, euh... je n'ai jamais fait encore de, de prescription dans le cadre du nouveau dispositif. »

M2 : « Alors attitude de prescription, peut-être pas attitude de prescription, mais au moins information, pas forcément écrite mais orale. »

M3 : « conseil oral parce que c'est ma façon de faire. De façon générale, j'aime bien causer. Je pense aussi que c'est euh, l'essentiel de notre job d'écouter nos patients et de discuter avec eux. »

M10 : « Ah c'est verbal, hein, ouais ouais. C'est verbal, je leur conseille comme ça. Je leur parle que ça serait bien de bouger un minimum, de faire de l'activité. »

A l'inverse du modèle paternaliste, certains se positionnaient en tant que conseiller avec des compétences d'expert technique afin d'accompagner les patients

sans les contraindre à modifier leurs comportements, car dans ce sens, cela se vouait souvent à l'échec.

M9 : « ce n'est pas moi qui vais leur imposer quel type d'activité, mais euh je suis là, dans leur raisonnement, pour les guider pour que euh, pour déterminer ce qui semblerait être le mieux, à la fois accessible pour eux, à la fois, une certaine motivation. (...) Ça ne fonctionne pas quand on leur impose. »

Ils utilisaient préférentiellement le terme « AP » par rapport au mot « sport ». L'utilisation de ce dernier pouvait être effrayante par sa connotation « compétition » encore présente chez les patients, et ainsi les décourager.

M1 : « J'évite le mot sport parce que c'est connoté un peu compétition et finalement il faut bouger juste, hein, même si c'est juste de la marche c'est de l'activité. »

M8 : « Euh, j'évite de parler de sport chez des gens qui ne sont pas sportifs ! Ça, ça me paraît important parce que tu les dégoûtes quoi. Enfin, j'ai l'impression que là « sport pfiou, qu'est-ce qu'il nous dit, on n'est pas sportif !! ». Enfin moi je parle d'activité physique plus tu vois, c'est mieux, et de loisir, de prendre du plaisir surtout. »

3.1.2.2. Une prescription du « sport sur ordonnance » encore timide

Sur l'ensemble des médecins interrogés, seuls deux d'entre eux avaient déjà eu recours à la prescription du « sport sur ordonnance » caennais. L'identification des facteurs limitants son utilisation était l'objectif principal de notre étude, dont nous avons détaillé les résultats dans une deuxième partie. Un seul autre médecin avait déjà orienté des patients vers une autre structure délivrant de l'APA mais il ne s'agissait pas d'une prescription sur ordonnance.

M3 : « Ça m'arrive aussi très fréquemment d'orienter vers les structures publiques gratuites (...) et puis bah au « sport sur ordonnance » où j'ai déjà adressé des patients (...) je sais que j'en ai parlé à plusieurs reprises, j'ai dû faire la prescription déjà, de mémoire, 3 ou 4 fois »

M6 : « Et puis euh on en est venu, elle me disait bah qu'elle n'était pas motivée, qu'elle n'avait pas, enfin, voilà, que le manque de temps faisait qu'elle ne le faisait pas et du coup, ben, on a parlé de ce système là et c'est là que j'ai dit « bah écoutez, je vous donne les coordonnées, je vous fais l'ordonnance et puis vous prenez contact avec le centre ». Voilà. »

3.1.2.3.

L'ordonnance comme renfort du conseil verbal

Plusieurs d'entre eux pensaient que la prescription écrite pouvait peut-être renforcer leur discours.

M5 : « moi, je pense qu'il faut le prescrire, que le fait de prescrire, ben, ça donne peut-être un petit peu plus de force que de le dire. Les gens ne le font pas parce que ça n'est pas marqué. Et là, comme c'est marqué (...) Ils vont peut-être plus dire oui hein. »

M7 : « le support visuel est capital pour faire passer le message et éduquer la personne. »

M11 : « peut-être effectivement que, en l'écrivant sur l'ordonnance euh, de pratiquer la marche régulière, peut-être que ça stimulerait ceux qui n'y pensent pas forcément. »

3.1.3. « Sport sur ordonnance » de Caen, un dispositif pertinent

A la lumière de notre analyse, il apparaissait que le sentiment global des médecins était positif concernant l'initiative de développement de ce type de dispositif ; comme en témoignent les extraits de verbatims suivants :

M2 : « Ah bah c'est une très bonne chose (...) là il y a tout dedans pour euh, bien prescrire quoi. C'est, ce serait difficile de refuser euh, de refuser ce concept-là, compte tenu de la façon dont c'est présenté et ce dont moi j'imaginai du sujet, je trouve que c'est super vendeur »

M3 : « Alors personnellement, je pense que c'est un excellent dispositif. Euh, moi j'y mettrais, ce qui correspond tout à fait aux choses que je crois, à mes propres croyances sur la prise en charge médicale de mes patients »

M4 : « Ah moi je trouve ça super, 'fin je trouve ça vraiment très adapté euh. (...) qu'il y ait euh la possibilité de prescrire du sport dans des lieux adaptés, avec des professionnels qui encadrent l'activité adaptée, oui, ça, ça moi j'en ai toujours été convaincu, je suis très content que ça se fasse. »

Que les médecins aient prescrit ou non l'AP au sein du dispositif, ils relevaient chacun des éléments pertinents qui pouvaient faciliter la prescription et favoriser l'adhésion des patients à ce programme. Leur sentiment était qu'il pouvait s'agir d'une nouvelle solution pour sortir les patients de la sédentarité et les amener à persévérer dans la pratique. La prise de conscience des bénéfices de l'AP grâce au dispositif en aurait été un des moteurs.

M6 : « Je pense que c'est ça en fait le but, c'est de pouvoir les remettre dans les rails et puis après, que voilà, ils deviennent indépendants et qu'ils s'aperçoivent qu'ils sont bien avec le sport, et qu'ils voient le bénéfice de ça, ouais. »

M10 : « moi je trouve que c'est un dispositif utile avec l'accompagnement tout ça parce que ça permet de remettre les gens, ça permet de leur mettre le pied à l'étrier »

3.1.3.1. Des pathologies prioritaires

Les pathologies visées par le dispositif étaient jugées comme étant des priorités.

M4 : « en fait, je trouve que ce qui est pris en charge c'est très bien, je pense que c'est vraiment des priorités »

D'ailleurs, les médecins ciblaient spontanément ces groupes de pathologies pour la promotion de l'AP. Systématiquement, le diabète était rapporté parmi les premières indications.

M3 : « si surpoids, obésité. Et, je le fais systématiquement pour tous mes patients diabétiques. (...) systématiquement pour l'hypertension, systématiquement pour les lombalgies communes, euh, systématiquement pour euh, en prévention secondaire de tous mes patients avec des pathologies cardiovasculaires. (...) aussi, pour les troubles du sommeil où j'en parle, et aussi pour tous les troubles psy »

Une spécificité du dispositif, ouvert aux enfants, était grandement appréciée.

M4 : « je prends encore l'exemple de (Ville) mais par exemple, il n'y a pas les enfants, ça je trouve ça dramatique. (...) Ça c'est un autre débat parce qu'à Caen ils le font. »

3.1.3.2. Une structure où orienter

La connaissance et la mise à disposition d'une structure où le médecin avait la possibilité d'orienter son patient semblait être un élément pouvant favoriser la prescription du « sport sur ordonnance ».

M8 : « On n'a pas effectivement de moyens institutionnels, sauf maintenant grâce à ça »

M10 : « Donc ça, ça je pense que je serais facilement prescripteur quoi parce que la structure et l'encadrement peuvent aider à remettre un pied à l'étrier »

M13 : « Et nous on sait maintenant où on peut les orienter. »

3.1.3.3. Une prise en charge adaptée

Ce dispositif permettait de proposer une AP qui soit adaptée et personnalisée aux patients, à leurs pathologies, dans le respect de leurs capacités physiques et de leurs douleurs.

M4 : « l'éducateur sportif va faire en sorte que euh ça puisse se faire sans risque pour la santé, sans trop de douleur »

M10 : « Donc euh, sport adapté euh, voilà, c'est au contexte individuel, euh, à la pathologie qu'ils ont, dans le contexte individuel et à leurs performances qu'ils peuvent donner à ce moment-là. »

Cette prise en charge adaptée était une donnée rassurante pour les patients selon les médecins.

M11 : « ça les, ils savent un petit peu jusqu'où ils peuvent aller quoi. (...) Il y a une surveillance qui rassure. (...) Voilà, motivant et rassurant hein. »

M13 : « Là, au moins c'est adapté donc ils auront sûrement moins de réticence à participer. Hmm. Ça peut les rassurer par rapport à ça. »

3.1.3.4. Un encadrement par des professionnels

Que l'AP soit encadrée par des professionnels était un autre élément rassurant pour la population ciblée. L'accompagnement aidait à la reprise de l'activité d'après eux.

M3 : « que ça soit accompagné par des gens dont c'est le travail ou qui ont eu la formation »

M5 : « Bon, si c'est coacher par quelqu'un ou s'il va quelque part, c'est peut-être plus facile »

M13 : « Pour moi c'est un peu pareil c'est encadré par des professionnels euh qui, qui connaissent les limites des patients. »

3.1.3.5. Prise en charge financière

La plupart des médecins s'accordaient à dire que la gratuité du parcours pour le bénéficiaire était une approche précieuse et incitative pour y adhérer.

M2 : « A mes yeux, le vrai facteur limitant c'est l'aspect financier, c'est l'aspect financier pour le patient j'entends. (...) Là, à partir du moment voilà, ce serait l'aspect limitant, mais maintenant qu'il n'est plus euh, hein, ça aide. »

M3 : « le fait que ça soit gratuit pour le bénéficiaire c'est pour moi non seulement, quasiment indispensable par rapport, encore une fois, au profil de ma patientèle (...) j'y vois un gros avantage, c'est la gratuité. »

M6 : « Parce que, après, il n'y a pas le côté financier donc du coup bah voilà déjà, c'est plus un frein parce que ça peut être un frein pour certains. »

3.1.3.6. Simplification de la prescription

La documentation et le modèle d'ordonnance mis à la disposition des professionnels de santé simplifiaient la prescription.

M2 : « La manière d'écrire l'ordonnance est très carré donc ça au moins c'est euh, enfin le cadre, le cadre est bien précis. Là quelque chose comme ça, carré, simplifié, ça aide. (...) je suis extrêmement surpris de la qualité des documents que tu me montres »

M3 : « il y a déjà des ordonnances pré-faites que j'ai eu en même temps que la plaquette, donc il suffit que je remplisse (...) De mon point de vu, la démarche est assez simple pour moi. »

M6 : « Euh, non, après ça a l'air quand même assez facile d'accès parce qu'on a juste besoin de faire l'ordonnance, ils prennent rendez-vous, donc, non pour l'instant moi ça me paraît bien. »

3.1.3.7. Pratique en groupe, entre pairs

Pour les médecins, les patients étaient réticents à bouger car ils n'étaient pas motivés à le faire seul. Proposer une pratique en groupe était un vecteur de motivation pour des personnes éloignées de la pratique d'AP.

M5 : « Ils aiment mieux faire en groupe que tout seul »

M11 : « Et puis là ils ne seront pas tout seul à y aller. C'est aussi plus facile de les motiver quand ils sont en groupe que tout seul. Ça peut aussi aider à y aller. »

M12 : « Je pense que ça va plus les intéresser de faire des séances en groupe dans une structure adaptée pour eux comme ça que quand je leur dis d'aller marcher. »

Au delà de la pratique en groupe, participer à des cours d'AP impliquant des personnes dans une situation médicale similaire pouvait réduire l'intimidation des gymnases, et augmenter la confiance et la motivation pour intégrer le parcours.

M5 : « s'ils sont tous gros en même temps c'est plus facile pour qu'ils y aillent ! »

M13 : « savoir qu'ils vont potentiellement rencontrer des gens qui ont plus ou moins des pathologies comme eux, ça peut lever aussi un frein »

3.1.3.8. L'évaluation du patient

Les évaluations du patient et bilans prévus par le dispositif étaient appréciés des médecins.

M9 : « Après c'est bien là, il y a des tests à l'entrée et à la fin. »

M13 : « le fait d'avoir des bilans et de les accompagner je trouve que c'est bien »

3.1.3.9. Communication entre professionnels

Un point positif relevé par les médecins, notamment par ceux ayant une expérience du programme était le retour d'information qui faisait suite à leur prescription.

M3 : « j'ai eu un retour de mail, chose qui est, soit dit en passant, appréciable parce que c'est très rare que l'on ait des retours (...) ça a été plutôt une bonne nouvelle (...) voilà, la communication ne me gênera jamais »

M6 : « c'est très bien fait parce que j'ai reçu des mails qui me disaient voilà qu'ils avaient été reçus tout ça »

M7 : « Euh, le retour par mail c'est bien. »

M3 précisait que ce retour d'information permettait au médecin d'assurer le suivi de la prescription et de réévaluer le patient : *« qu'il y ait des retours, au moins pour confirmer une inscription, et la deuxième étant si en plus on peut avoir une idée de euh, du fait que les patients continuent, enfin, ou qu'ils soient réorientés pour les évaluer dans un second temps ».*

3.1.3.10. Rapidité de la prise en charge

Un médecin prescripteur précisait que le délai court avant l'entrée dans le dispositif après la prescription était un point positif, évitant la retombée de la motivation dans le laps de temps d'attente.

M6 : « moi j'en ai prescrit qu'à deux personnes hein, et qui, bon, ont été prises tout de suite hein, donc j'étais très surprise. Agréablement. »

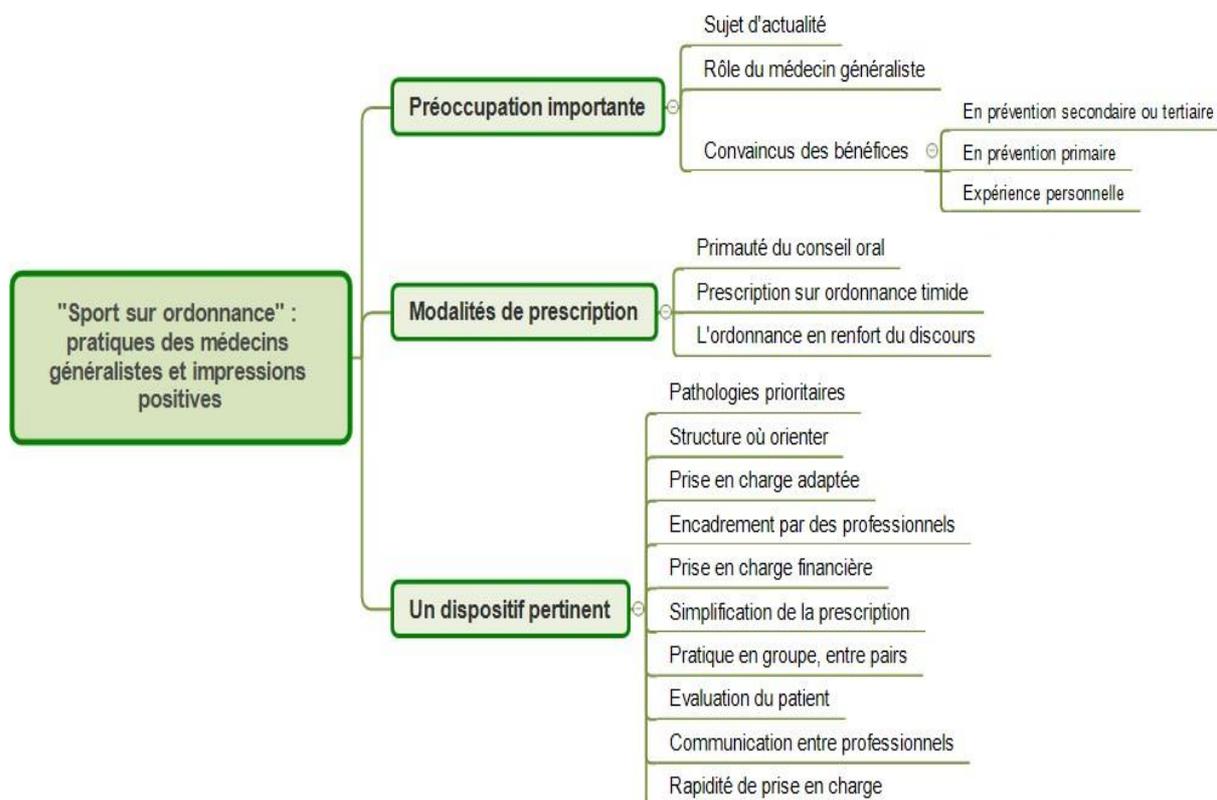


Figure 5: Arbre thématique des pratiques des médecins généralistes et opinions positives sur le "sport sur ordonnance"

3.2. Les facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance »

En dépit de ces éléments encourageants, les médecins ont évoqué des facteurs pouvant limiter la prescription.

3.2.1. Freins inhérents au médecin

3.2.1.1. Une carence d'information

L'une des problématiques mise en évidence lors des entretiens était le manque de connaissance et d'information relatives au dispositif par les médecins. Si tous admettaient en avoir entendu parler, nombre d'entre eux relataient un défaut de connaissances pratiques, de ses modalités, qui en limitaient l'utilisation.

M2 : « je pense qu'il faut euh..., sans être un aspect négatif, mais moi il faut que je sois mieux informé pour pouvoir le prescrire »

M5 : « Oui, comment ça marche. Et euh, je ne savais pas si c'est remboursé pas remboursé, à qui donner ? Donc, manque de détails pratiques en fait. »

M7 : « Je ne fais pas d'ordonnance, je ne fais pas de prescription. D'ailleurs sur votre projet là de Caen, je ne le connais pas bien. J'ai ouïe dire mais je ne le connais pas bien »

M12 : « moi j'ai reçu le courrier et puis c'est tout quoi, je n'ai pas reçu plus d'explications que ça donc euh »

Cela pouvait être un biais pour vouloir introduire la discussion à ce sujet. Les médecins anticipaient les questions des patients. Ils exprimaient la nécessité de bien maîtriser et connaître le système pour pouvoir leur apporter les bons éléments de réponse.

M1 : « Et il y a pleins de choses que vous m'avez dit que j'ignorais et que je n'aurais pas pu répondre aux questions du patient »

M2 : « attention, il y a des choses que je ne connais pas hein. L'aspect prise en charge, remboursement ou pas car ça va être les questions que vont me poser les gens. J'ai besoin de pouvoir leur répondre à ça. »

M9 : « Complètement parce que le patient à qui on va prescrire, il va nous dire « mais qu'est-ce qu'on va me faire faire ? ». Ça, c'est la première chose qu'ils vont demander ! Donc euh, si on ne sait pas leur répondre, moi je trouve c'est ennuyeux. »

3.2.1.2. Un dispositif nouveau et récent

- Croyance d'un projet futur

Des médecins pensaient que c'était encore au stade de projet, que le dispositif n'était pas encore effectif.

M2 : « Moi j'ai compris que ça va exister (...) »

M11 : « Moi pour l'instant, j'en avais entendu dire mais je pensais que c'était plus quelque chose de potentiel, à venir, plutôt qu'effectif. C'était plutôt ça. Je savais que ça allait, que ça allait en parler quoi mais je ne pensais pas que c'était déjà opérationnel »

- Pratique non ancrée

Le dispositif étant d'application assez récente, cette prescription ne s'avérait pas encore ancrée dans leur pratique quotidienne.

M5 : « C'est récemment que j'ai découvert, « ah ouais ça peut être sur ordonnance ! »

M8 : « pour nous c'est encore un peu nouveau même si ça fait 1 an que ça existe, euh euh, il n'y a pas d'habitudes qui aient été prises quoi et quand on ne prend pas des habitudes et ben c'est compliqué. Ça n'est pas encore inscrit dans notre euh, dans notre pratique je dirais un peu hein. Au niveau décisionnel, ça, ça ne fait pas partie des choses qui nous paraissent évidentes »

M12 : « ça n'est pas si vieux que ça hein. (...) comme ça fait pas longtemps, j'avais pas intégré ça encore pour le proposer à mes diabétiques. »

■ **La difficulté aussi était d'y penser.**

M1 : « des fois quand on est dans la consultation classique, ça peut arriver qu'on n'y pense pas. »

M3 : « parfois on a la tête dans nos trucs et que parfois il faut aussi que j'y pense quoi tu vois. »

■ **Manque d'occasion**

Ils n'avaient pas encore eu d'occasion leur permettant d'initier la prescription.

M10 : « Alors c'est vrai tu vois dans mon petit truc, sport sur ordonnance, j'ai le modèle j'ai tout ça ! Mais, j'ai pas encore eu l'occasion de le prescrire. »

M12 : « alors pour tout vous dire, je n'en ai jamais prescrit parce que euh, parce que ça ne s'est pas euh, présenté. »

M13 : « c'est vrai que je n'ai pas eu l'occasion de le faire. »

3.2.1.3. La problématique du temps

■ **Une prescription chronophage**

La durée nécessaire pour cette prescription pouvait être un facteur limitant pour certains. Il fallait beaucoup de temps pour motiver et éduquer un patient pour le sortir de la sédentarité. Ils expliquaient également que l'évaluation médicale des limitations des fonctions nécessaire à l'orientation du patient vers le programme était un élément supplémentaire, chronophage. La prescription de l'AP se trouvait relayée au second plan, jugée non prioritaire, en cas de perception de manque de temps.

M2 : « il faut quand même un petit peu de temps pour s'assurer de la compréhension du patient. (...) C'est euh, du temps à passer »

M5 : « Ah ça c'est sûr, le temps. Si on a le temps, on peut faire plein de choses. (...) On ne l'a pas fait parce qu'on disait « ça ne sert à rien, il n'est pas motivé, et puis je n'ai pas que ça à faire à le motiver » »

M8 : « ça prenait beaucoup de temps, que ces petites choses-là prennent beaucoup de temps quoi en fait hein. C'est chronophage quoi. (...) Donc euh, pfff,

bah comme on manque de temps, ben ça passe un peu au second plan quoi finalement »

D'ailleurs, un des deux médecins ayant déjà initié la prescription du « sport sur ordonnance » nous expliquait qu'il organisait son planning de consultation de façon à avoir du temps, justement, pour ce type de prescription et de manière plus générale, pour l'éducation thérapeutique de ses patients.

M3 : « j'ai une façon d'exercer, euh, enfin dans la gestion de mon planning je me fais des gros créneaux de consult, j'ai des créneaux de consult toutes les 20 minutes justement pour pouvoir avoir le temps de faire ça et pas uniquement dégainer l'imprimante. »

- Plusieurs consultations nécessaires

L'adhésion au dispositif et le travail sur les leviers de motivation allaient impliquer plusieurs consultations avant de pouvoir faire la prescription. La répétition de l'information et du conseil allait être nécessaire.

M2 : « il va me falloir peut-être cette, une consultation, peut-être 2, peut-être 3 pour arriver à le convaincre »

M7 : « Le temps que ça va prendre pour faire adhérer à ce type de projet. A mon avis, il va falloir plusieurs consultations. »

- Des consultations surchargées

S'agissant de patients souffrant de pathologies chroniques, le temps de consultation mobilisé pour ces derniers était souvent plus long. Les médecins invoquaient la charge de travail déjà dense, avec des motifs de consultation multiples. Ils se sentaient débordés devant le large éventail de choses à traiter dans un délai de consultation imparti.

M3 : « parce que souvent j'ai des consultations à multiples demandes, euh que parfois on a la tête dans nos trucs »

M7 : « bah l'impression qu'on a trop de choses à faire, qu'on est débordé donc euh »

M8 : « les médecins généralistes, qui sont déjà surchargés de travail (...) quelque chose qui se surajoute à toutes les choses qu'on a déjà à faire, qui euh, déborde du temps d'une consultation euh voilà »

La gestion de plusieurs problèmes de santé dans une même consultation pouvait engendrer une accumulation de retard avec un retentissement sur les consultations

suivantes. C'était un élément qui pouvait freiner la discussion autour du « sport sur ordonnance ».

M7 : « Ouais, le timing. Et pourtant je suis quelqu'un qui garde les patients plus d'un quart d'heure hein, toujours en retard. Donc c'est dire, si je rajoute ça, bonjour ! (Rires) ça va être compliqué. »

M8 : « quelqu'un qui ne t'en parle pas, tu dis « est-ce que je lui en parle ou pas, je ferai ça la fois prochaine je suis en retard et cetera, on verra ça une autre fois ». »

■ **Manque de temps pour s'informer / se former**

Nous avons vu que le manque d'information était un des facteurs limitants. Un médecin faisait le parallèle avec le manque de temps pour aller rechercher les informations qui lui permettraient de mieux connaître le programme et d'en faire la prescription.

M7 : « on n'a pas le temps d'aller chercher plein d'infos en fait. Ou alors on ne veut pas se donner le temps parce qu'on a envie de faire autre chose. »

3.2.1.4. Manque de rémunération

Le manque de valorisation financière face au temps passé ne favorisait pas cet acte.

M8 : « Je pense que c'est important, on a tellement de choses à faire (Rires) que si ça n'est pas rémunéré ou que ça ne fait pas partie vraiment d'un truc euh, ça paraît très annexe, donc c'est relayé derrière complètement ! Hmm, hmm. Je pense que c'est un frein important ça ouais. »

3.2.1.5. Un cadre légal imprécis

Si pour certains médecins il était fondamental d'avoir fait du sport sur ordonnance une loi :

M4 : « après je pense quand même que euh d'en avoir fait une loi je pense pour moi c'est fondamental, c'est extrêmement important. »

Certaines limites de ce cadre légal ont été soulevées par un médecin.

■ **Responsabilité médicale**

Il pointait l'imprécision de la loi quant à la responsabilité médicale, sur le plan juridique, engagée par la rédaction sur ordonnance d'une prescription d'AP. Pour lui,

cela pouvait devenir un frein à se lancer là-dedans, du fait aussi de la judiciarisation de la profession.

M8 : « Effectivement, ça n'est peut-être pas bien encadré sur le plan juridique effectivement, sur le plan euh responsabilité médicale. Effectivement euh, parce que le médecin prescrit du sport bon ben il donne un conseil en général, voilà, bon ben s'il arrive quelque chose, on ne va pas chercher d'histoire parce qu'on a fait un conseil. Mais là, on engage quelqu'un dans une activité encadrée, institutionnelle, c'est quand même un peu délicat. Où est la responsabilité quoi hein ? Le médecin peut très bien se voir reprocher d'avoir prescrit ça à son patient s'il lui arrive un arrêt cardiaque ou une mort subite ou quelque chose comme ça hein. (...) Donc euh, voilà, il faut, c'est quand même important ce qu'on prescrit, c'est opposable à des choses hein, on a une responsabilité. Ce n'est peut-être pas assez bordé juridiquement à mon avis, ouais, ouais. »

- Secret médical

Pour ce même médecin, la question du secret médical opposable ou non à l'éducateur APA méritait d'être éclaircie. Il attendait des réponses sur des éléments qui, pour l'instant, n'étaient pas pensés par le décret.

M8 : « le secret médical hein aussi, ce sont des choses qui n'ont pas été bien euh, dont on n'a pas parlé du tout et qui peuvent nous questionner quoi hein. Est-ce que on rompt le secret médical en donnant ces infos là à des coachs sportifs qui sont euh, pas des professionnels de santé quoi ? Ça je me demande hein. »

3.2.1.6.

Expérience professionnelle et réseaux de santé

- Confusion entre les réseaux

La multiplication des réseaux de santé semblait entraîner une confusion pour les médecins quant à leurs rôles respectifs par le manque de clarté, justement, de leurs vocations.

M8 : « dans l'esprit du médecin, en tout cas chez moi, ça se confondait un peu au départ avec le principe de l'éducation thérapeutique, l'ERET là, donc c'est un peu, des fois on a un peu du mal à faire la part des choses. »

M11 : « Et puis sur les réseaux euh (...) les patients ont l'impression que ça fait double emploi avec le médecin. »

- Expériences antérieures au sein de ces réseaux

L'expérience des médecins au sein d'autres réseaux pouvait orienter leur vision du dispositif « sport sur ordonnance ». Un d'eux relatait la difficulté du maintien de l'observance à l'issue d'un programme d'APA encadrée, ou le manque d'attrait de

certain patients. Les médecins ayant connus des échecs antérieurs pouvaient avoir tendance à se désintéresser des nouveaux programmes institutionnels.

M10 : « comme ce qu'avait mis en place Baclesse avec l'IMAPAC là euh, ça j'avais réussi à faire envoyer des gens, des patientes dans cette structure en fait. Voilà, mais pour continuer après, voilà, c'est beaucoup plus compliqué tu vois. J'en ai qu'une là sur les, sur les 3 que j'avais envoyé, j'en ai qu'une qui euh, qui a persévéré »

M11 : « je ne savais pas trop non plus comment euh, est-ce que c'était bien au point ? est-ce que y'avait, parce que souvent on parle, y'avait par exemple à une époque le réseau diabète, ça n'a pas vraiment bien marché. Euh, maintenant y'a le réseau Sophia mais je ne suis pas sûr que, on n'a pas beaucoup de demande des patients »

3.2.1.7. État de santé du patient

La perception d'un mauvais état de santé ou certaines limitations physiques et fonctionnelles des patients contraignaient la prescription. Un médecin précisait qu'elle n'envisageait pas prescrire le « sport sur ordonnance » pour des personnes âgées de 70 ans ou plus, ou avec des troubles cognitifs.

M5 : « j'ai un peu peur, à chaque fois, qu'ils ont trop de tension, trop de quelque chose »

M6 : « Après troubles cognitifs, mais je ne me vois pas proposer vraiment à des personnes très âgées qui ont des troubles cognitifs le sport sur ordonnance. (...) Pour moi, enfin, oui, on n'en a pas parlé mais la tranche d'âge, je pense ouais jusqu'à, après ça peut être euh entre 25 et peut-être 70 (...) Après, il peut y avoir une fragilité osseuse, enfin bon tout ça... »

M12 : « Bah euh quand on les voit marcher déjà, on se dit bon (rires) qu'ils ne vont peut-être pas, 'fin il y a des gens qui peuvent marcher et puis d'autres qui ont déjà du mal à se déplacer. »

3.2.2. Facteurs limitants liés au dispositif

3.2.2.1. Critères d'admission des bénéficiaires

- Critère du lieu de résidence

Les médecins interrogés, qui n'exerçaient pas à Caen, regrettaient la limitation de la possibilité de prescription aux patients résidents Caennais. En effet, cela leur posait un problème de recrutement puisque la majorité de leur patientèle ne demeurait pas à Caen.

M1 : « Et comme on est à (ville) je n'en ai pas eu. (...) Ouais, pas de patient de Caen pour ça »

M4 : « j'ai peu de recrutement hein. D'une part parce que je ne suis pas à Caen, que j'ai peu de patients Caennais »

M9 : « la majorité de mes patients ne sont pas sur Caen euh, euh, on était coincé pour l'instant. (...) C'est une énorme désillusion pour moi d'ailleurs !! »

M10 : « Mais en fait, ça concerne exclusivement les Caennais le « sport sur ordonnance » à Caen. Et donc, on n'a pas une population de Caennais nous ici. »

M9 regrettait ce critère, parlant de discrimination qui perpétuait les inégalités entre les patients en défaveur de ceux ne pouvant pas y accéder : « Alors si le principal frein, c'est que ça soit réservé qu'aux Caennais et ça c'est pareil, c'est une discrimination qui m'ennuie fortement quoi euh dans la prise en charge. »

■ Critères de pathologies

La limitation des pathologies prises en charge était citée comme un des obstacles à l'orientation dans le dispositif.

M1 : « C'est dommage qu'il n'y ait que ces cinq pathologies là (...) Donc oui, c'est dommage qu'il n'y ait pas plus d'ALD, 'fin de pathologies je dirais »

M4 : « je dirais plutôt ma déception c'est plus sur la limitation de ce qui est pris en charge, sur les pathologies »

M5 : « J'aurais aimé qu'il y ait plus d'indications pour les patients. »

Aussi, du fait des caractéristiques inhérentes aux affections psychiatriques et à la dépression, que ce soit la gestion des émotions ou le repli social qui en résultent, ils leur paraissaient plus difficile d'obtenir l'adhésion de ces patients pour le « sport sur ordonnance ».

M5 : « Dépression, euh, je ne sais pas s'ils vont avoir envie de le faire hein, si vraiment ils sont pas bien ! »

M11 : « Bah déjà, pourquoi plus les troubles psychotiques. Déjà euh. Et puis euh, c'est peut-être là, la difficulté euh parce que, ils sont, bah, plus difficiles à gérer et euh, ben justement du fait de leurs troubles psychotiques, euh une gestion psychologique un petit peu euh erratique, donc euh...Mais euh oui je suis un petit peu surpris de voir, de le voir là-dedans quoi.»

■ Niveau de limitation fonctionnelle

Les entretiens ont permis de mettre en exergue que l'ensemble des médecins interrogés n'avaient pas connaissance de la classification des phénotypes

fonctionnels, décrite dans l'instruction ministérielle relative à la loi du sport sur ordonnance. Pour les médecins, cette notion n'apparaissait pas non plus de façon explicite dans les documents mis à leur disposition sur l'expérimentation caennaise.

M4 : « Phénotype euh non je..., enfin je vois très bien ce que ça veut dire mais ça ne me parle pas. Je, j'avais pas entendu ça non. Le terme phénotype, non. »

M5 : « Qui vous dit que, enfin, ou est-ce que c'est marqué qu'on n'a pas le droit si on a une limitation sévère ? »

M13 : « Mais pour le coup, si on n'a pas trop connaissance de ça euh. »

Par ailleurs, ils partageaient leur déception de ne pas pouvoir adresser des personnes ayant des limitations fonctionnelles sévères, alors que ces derniers auraient peut-être plus besoin d'un accompagnement pour faire de l'AP vis-à-vis d'un patient ayant une limitation moindre.

M5 : « Alors que bon, lui aussi il aurait peut-être besoin de faire un peu d'activité et justement d'être encadré. »

M13 : « Parce que, à la limite, celui qui est en limitation sévère, il a besoin aussi qu'on l'aide. Du coup, là non, on peut pas. Alors qu'il aurait peut-être plus besoin que celui qui n'a aucune limitation. »

3.2.2.2. La capacité d'accueil

L'une des craintes était le nombre de bénéficiaires pouvant être pris en charge. De prime abord, la capacité d'accueil leur paraissait restreinte par rapport au public concerné. Cela pouvait les limiter dans la prescription pour attendre d'avoir le candidat idéal. Ils pensaient que cela engendrerait un délai d'attente long avant l'admission dans le parcours, risquant de décourager les patients.

M4 : « la limitation de, de, d'accueil. C'est-à-dire quand on nous a donné les chiffres, quand on nous a donné les chiffres euh, que j'ai plus en tête, mais ça m'avait paru extrêmement peu, je sais plus combien c'était à Caen, 300 ? Je sais plus, ça m'avait paru extrêmement peu (...) Je me disais ça va être trop limité en nombre »

M5 : « moi j'ai peur qu'il n'y ait pas assez de places du coup donc c'est pour réfléchir qui envoyer »

M6 : « Donc euh, du coup, c'est euh, au début moi j'étais assez sceptique parce que du coup c'était marqué il y avait un certain nombre de places par année pour toute la population caennaise. Donc, je m'étais dit « oh là là, on ne va jamais pouvoir euh..., 'fin il va y avoir beaucoup d'attente, voilà » »

3.2.2.3. Le lieu d'accueil

Un centre d'accueil unique pouvait être source de déception. Les praticiens ont déclaré craindre que les patients ne puissent pas ou ne veuillent pas se rendre au centre, notamment pour ceux vivant dans les zones défavorisées sur le plan socio-économique. De ce fait, ils leur arrivaient de ne pas proposer le « sport sur ordonnance » sachant que le centre allait être difficile d'accès pour un patient donné.

M3 : « J'y vois un gros inconvénient c'est que c'est à la Haie Vigné (...) je pense que la distance est un frein que je pense d'ailleurs qui fait que parfois je ne le propose pas parce que je sais, ou je crois, que les gens n'iront pas jusqu'à la Haie Vigné parce que c'est loin d'ici quoi »

M13 : « il faudrait que ça soit généralisé parce que à un endroit c'est bien mais si on habite près de la Haie Vigné c'est génial mais sinon voilà, c'est un peu limité »

3.2.2.4. La durée du parcours

Une autre problématique était soulevée par les médecins, celle de la durée de la prise en charge au sein du dispositif. Ils signifiaient l'importance d'une pratique de l'AP sur le long terme pour obtenir les bénéfices escomptés sur la santé. Ils craignaient qu'à l'issue du parcours les patients perdent leur motivation et ne pérennise pas la pratique en autonomie. Ainsi, ils s'interrogeaient sur l'intérêt d'adresser les patients pour un accompagnement d'une courte durée seulement. Le risque de manque d'efficacité qui en découlerait posait question.

M5 : « On ne peut pas le faire sur la durée, donc, du coup euh, on n'envoie pas. »

M7 : « Ben après c'est vrai que ce qui est peut-être dommage, c'est que ça dure que 30 séances. J'ai peur qu'ils ne restent pas motivés et qu'ils abandonnent après ça. »

M9 : « alors c'est là que ça cloche un petit peu je pense c'est la fin qui pose problème en fait euh. Parce que là en fait euh le patient on lui donne effectivement du sport sur une ordonnance mais c'est comme si on faisait une ordonnance à un patient parce qu'il a trop de cholestérol et puis au bout de quatre mois, on dit « ben non euh maintenant vous vous démerdez, vous allez acheter vos médicaments tout seul » »

M10 : « après euh, tu vois c'est une prise en charge de 30 séances, après il faut que les gens soient bien conscients de l'intérêt que ça peut avoir. (...) on sait bien que c'est le fait de continuer sur le long terme qui va être bénéfique »

3.2.2.5. La communication sur le dispositif

- Aux médecins

La communication sur le dispositif était souvent jugée insuffisante. Cet élément entraînait un manque de connaissance des médecins comme nous l'avons vu précédemment, source d'une faible prescription.

Le problème de l'information écrite :

La transmission des informations avaient été faites essentiellement par le biais de courrier postal et remise de flyers. Les médecins mettaient en avant la problématique des informations écrites reçues par courrier. Parfois, il n'était pas lu. Ils déclaraient en recevoir beaucoup, et par conséquent, n'y portaient pas toujours une grande attention.

M2 : « J'ai jamais prescrit. Parce qu'effectivement ce petit flyer là, je crois que je l'avais un peu zappé. (...) Alors effectivement, l'information on l'a par flyers mais effectivement on a, on en reçoit, on lit pas forcément. »

M5 : « je ne me souviens pas avoir reçu ! A moins que je l'ai reçu et que je l'ai balancé (...) Des fois, on reçoit tellement de choses que euh, on ne lit pas. Le papier ça, ça, on oublie plus facilement qu'une réunion (Rires). »

M7 : « je crois même que je l'ai gardé mais j'ai été faignante je ne l'ai pas approfondi. Je l'ai possiblement gardé, je ne sais pas ce que j'en ai fait, j'ai plein de trucs qui s'accumulent on en reçoit tellement que (...) C'est le principe, les papiers, ça va à la poubelle »

M12 : « bah oui c'est juste un papier, mais des papiers on en reçoit plein !! Euh, pff, voilà quoi. On prend pas le temps de bien lire. »

Une réunion d'information lors du lancement du dispositif avait été organisée. Une des médecins expliquait ne pas s'y être rendue car, à la lecture du courrier d'invitation, elle pensait ne pas faire partie de la zone géographique qui permettait d'être prescripteur. L'information était mal comprise.

M13 : « je n'ai pas été à la réunion parce que je ne me considérais pas comme euh, 'fin comme euh bénéficiaire, pouvant en faire bénéficier mes patients parce que je n'étais pas dans la zone »

Manque de clarté des flyers :

Aussi, les médecins reprochaient que les informations contenues dans la brochure ne soient pas suffisamment compréhensibles. Ils exprimaient le besoin

d'être éclairés sur certains points. La présentation orale pendant l'entretien leur avait permis d'obtenir des réponses à certaines de leurs questions.

M5 : « Ou bien, ou bien un truc pas clair, hmm. (...) Ouais, ça ne m'a pas semblé m'aider. »

M12 : « Mais je pense que j'avais besoin d'être éclairée là-dessus quand même. Y'a pas mal de trucs qui restaient flou pour moi. »

M13 : « par contre c'est vrai que si j'étais amenée à prescrire, je me rends compte que je n'ai pas toutes les choses en main, là j'ai appris plein de trucs là. »

La possibilité de prendre en charge uniquement des personnes ayant un niveau de limitation fonctionnelle au maximum modéré n'était pas assez clairement précisée.

M12 : « Alors ça, je n'ai jamais vu ça et je ne suis pas du tout au courant de ça. Moi j'ai juste reçu un papier de la mairie qui dit voilà vous pouvez prescrire dans certaines pathologies seulement, pas pour tout le monde (...) Donc moi je n'ai jamais vu ça votre papier là, et dans ce que j'ai reçu ça n'était pas marqué non plus ! (...) Et puis ce n'est pas bien précisé tout ça dans les flyers là. »

Par ailleurs, l'intitulé des critères d'admission des patients bénéficiaires pouvait être source de confusion.

M4 : « Alors il y avait un truc, 'fin, ils disaient pathologies psychotiques, ça m'avait étonné, je pense qu'il y avait une faute de frappe, pour moi c'est psychiatrique »

L'usage de la terminologie « affections de longue durée » (ALD) au sens des pathologies chroniques, inscrite dans le flyer, renforçait cette confusion. Des médecins avaient retenu que le dispositif s'adressait aux patients en ALD, ajoutant un critère plus restrictif aux pathologies. Cela avait pu ou aurait pu limiter la prescription au sein du dispositif. Ils donnaient à titre d'exemple la dépression qui n'est pas systématiquement en gestion ALD, ou bien encore l'arthrose.

M1 : « Il me semble que ça s'adresse aux gens en ALD. »

M5 : « Et là vous me dites, mais c'est noté ALD là ? Parce que c'est vrai que dépression, ALD pour cette pathologie-là, c'est ça qui est drôlement limité. (...) Parce que là ça fait comprendre ALD, c'est pas clair hein...mais du coup ça limite moins. »

M8 : « Ben, ce que j'ai retenu ? Ben, que ça s'adresse qu'à des patients en ALD déjà (...) Sachant que, dans les indications qui sont décrites là, arthrose enfin affections de l'appareil locomoteur ou obésité de l'enfant, ils ne sont pas en ALD la plupart du temps. Hein, donc ça, ça peut euh, ça limite encore plus du coup. »

- Aux patients

La communication sur le dispositif devait s'établir auprès des patients bénéficiaires, mais les médecins relevaient aussi des carences à ce niveau.

M5 : « Ça ne fait pas tant que ça, sur toute la population caennaise. On ne doit pas être au courant beaucoup. »

M8 : « on n'est pas trop sollicité par les patients, parce qu'ils ne connaissent pas vraiment ce système. »

M11 : « Je pense qu'il y aurait une plus grande adhésion s'il y a un biais aussi extérieur. »

3.2.3. Des freins perçus intrinsèques au patient

3.2.3.1. Manque de motivation

La principale difficulté recensée par les médecins, inhérente aux patients, était leur manque de motivation envers la pratique de l'AP. Parmi cette réticence, ils se heurtaient au manque d'envie, manque d'intérêt et manque d'investissement personnel, déterminants primordiaux pour s'engager dans l'AP.

M4 : « Et, jusque-là je n'ai jamais réussi à, à ceux qui pourraient en relever, à les motiver à le faire (...) le frein de la motivation du patient. »

M6 : « Après c'est la motivation du patient, qui va, qui limitera »

M7 : « Celui qui ne bouge pas on a du mal à le faire bouger. Ils sont pas motivés »

- Manque d'envie

Le manque d'envie était un paramètre influençant négativement la motivation des patients.

M1 : « J'imagine aussi, euh, il va y avoir des refus de patients, parce que déjà quand on leur en parle ils disent qu'ils n'ont pas envie »

M4 : « j'attendais qu'il vienne me voir avec impatience (...) et là, c'est mort dans l'œuf quoi, je lui en ai à peine euh exposé la possibilité qu'il a tout de suite coupé « non non ça ne m'intéresse pas, euh, j'ai pas envie d'aller faire de l'activité physique » (...) Pourquoi il ne voulait pas en faire ? parce qu'il n'avait pas envie »

M5 : « En général, les gens ne veulent pas faire, ils ont pas envie de le faire ! Si je prescris sur ordonnance, ils ont pas envie ! On ne peut pas les obliger ! »

- **Manque d'intérêt**

Les patients, surtout sédentaires, étaient peu intéressés pour adopter un mode de vie physiquement actif selon les médecins.

M4 : « je pensais que ça intéresserait plus les gens, je suis assez déçu par rapport à ça. »

M7 : « Après il y a plein de patients qui vont dire « bah non moi le sport ça n'est pas mon truc, ça ne m'intéresse pas ». »

M8 : « mais voilà, on n'est pas trop sollicité par les patients (...) par non demande des patients en fait, parce que euh, ils ne sont pas trop demandeurs. »

M10 : « Ils ne voient pas trop l'intérêt, ils en ont jamais fait. »

- **Manque d'investissement**

Les patients étaient peu enclins à mettre en place des actions pour modifier leurs comportements. La difficulté liée au manque d'investissement personnel, nécessaire pour la pratique d'une AP, était un autre élément des freins motivationnels.

M5 : « On a beau expliquer, ce n'est pas comme un médicament hein, où on leur dit vraiment « il faut que vous le preniez ». Et là, il faut que vous fassiez quelque chose, c'est très difficile de, de, de leur demander de faire quelque chose hein. C'est pareil pour l'alimentation, pour euh... Il faut un investissement qui vienne d'eux et ça... »

M10 : « Ils ne s'investissent pas pour changer les comportements, les habits, les habitudes de vie. Enfin, ouais, les règles hygiéno-diététiques euh, tu vois ? »

3.2.3.2. Manque de connaissance

- **Des enjeux pour la santé**

Le fait que les patients aient peu de connaissances des effets bénéfiques sur la santé de l'AP, ils n'allaient pas s'impliquer dans un programme tel que le « sport sur ordonnance ». Ils ne sont pas sensibilisés aux risques liés à la sédentarité. Les informer de ces enjeux pour leur santé était nécessaire pour enclencher une prise de conscience chez les patients et ainsi favoriser leur intérêt pour la pratique de l'AP.

M1 : « Plus on en parlera dans les médias, par les médecins, les gens vont enfin comprendre que c'est vrai que c'est bénéfique pour leur santé. Car ils ont encore un énorme frein par rapport à ça. Ils en ont pas conscience. »

M4 : « un être humain est fait pour bouger, parce que ça les gens ne l'ont pas forcément en tête quoi ! Les patients qui restent assis toute la journée sur le

canapé, j'en ai. Euh, ça va pas être évident pour eux de ne pas prendre l'ascenseur ou de ne pas prendre la voiture alors qu'ils ont 300 mètres à faire. »

M10 : « Bon, tu as beau leur expliquer ça tu, voilà, c'est compliqué de euh, de leur faire comprendre que ça va leur être bénéfique (...) Moi je peux en être persuadée si lui il n'en est pas persuadé, on ne va pas y arriver. »

- Absence de culture de l'activité physique

Les médecins évoquaient aussi l'absence de culture ou d'éducation sportive de certains patients. C'était pourvoyeur de difficultés pour mettre en place la pratique d'une AP à l'âge adulte. Il semblait important d'agir dès l'enfance.

M8 : « des gens qui n'ont aucun, aucune culture sportive, finalement, aucune habitude éducationnelle de sport »

M10 : « c'est quand même plus compliqué quand t'es adulte si t'as jamais fait de sport de ta vie, de comprendre que euh, enfin de comprendre ou de te motiver suffisamment pour retourner faire une activité en fait, physique. (...) chez les enfants enfin tu vois je pense que, c'est pas de les forcer à faire une activité physique mais c'est de leur faire comprendre l'intérêt quoi »

A l'inverse, pour des patients qui avaient déjà une expérience des bénéfices apportés par l'AP, il était plus facile de les convaincre à reprendre le chemin de l'activité.

M10 : « quelqu'un de 40 ans qui, qui en a fait 10 ans auparavant sans problème et tout ça, et qui se sont arrêtés pour un problème X ou Y de travail ou quoique ce soit. Eux ils, eux ils ont testé ce sport pendant plein ou pas mal d'années et ils ont vu qu'ils étaient peut-être certainement mieux enfin voilà. Et puis il y a des gens qui disent « ben je ne fais plus de sport et du coup je vais moins bien ». »

- Manque d'information sur le dispositif

Un médecin précisait que si le patient n'avait pas connaissance de ce programme, il risquait de refuser plus facilement la prescription.

M8 : « De même l'information des patients parce que si, si la demande ne vient que du médecin (air dubitatif), la proposition ça peut être euh, voilà, ça peut être un frein aussi si le patient n'est pas demandeur du tout, qu'on lui balance ça comme ça un peu euh, voilà, il faut qu'il ait été informé. (...) ils ne connaissent pas vraiment ce système. »

3.2.3.3. Manque de confiance

- Sentiment d'incapacité

Ils relaient un manque de confiance en soi chez les patients, qui s'exprimait par un sentiment d'être incapable de pratiquer une AP.

M1 : « Car c'est ça aussi, souvent ils nous disent qu'ils ne se sentent pas capables. »

M5 : « Mais les autres euh, « je ne sais pas nager » »

M13 : « se retrouver dans un groupe, par exemple faire de la marche avec des gens qui vont marcher plus vite. Les gens ils disent « oui mais moi je ne peux pas je suis incapable de suivre » »

- Complexes physiques

Craignant le regard des autres sur leurs complexes physiques, les patients se refusaient à pratiquer certaines activités.

M1 : « Peut-être qu'ils auront peur de se rendre là-bas, de se mettre en survêtement. »

M5 : « bah, par exemple les gens obèses, ils me disent « bah non je ne vais pas à la piscine parce que je suis trop grosse ». »

- Peur de l'activité physique

Du fait de leurs pathologies et de l'absence d'expérience dans le domaine, ils estimaient que la pratique d'une AP était quelque chose qui faisait peur aux patients.

M1 : « Ça risque de leur faire peur, ils n'ont jamais mis les pieds dans un gymnase, jamais vu de coach ou éducateur sportif. »

M9 : « « le patient à qui on va prescrire, il va nous dire « mais qu'est-ce qu'on va me faire faire ? ». Ça, c'est la première chose qu'ils vont demander ! »

Les patients craignaient d'aggraver ou de déclencher d'autres problèmes de santé à travers le sport.

M4 : « parce qu'il pense que, même s'il en fait il aura quand même mal voire plus, je sais pas. »

M10 : « Voilà. Alors, leur montrer les bienfaits oui. Mais eux ils vous sortent qu'en faire de trop ça n'est pas bon non plus donc euh ! Bon bref ! Ça c'est de la mauvaise foi ! »

- Peur de l'échec

La peur de s'exposer à l'échec, de ne pas y arriver était un obstacle avancé. Les patients ne s'investissaient pas s'ils n'estimaient pas pouvoir y arriver.

M1 : « des fois ils veulent essayer de reprendre une activité et en fait ils trouvent ça trop dur, ça les démoralise et ils arrêtent quoi. »

M11 : « On a peur de ne pas y arriver. »

M13 : « les patients aux limitations sévères, on aurait envie de les orienter, et puis bah on les oriente mal, ils arrivent là euh, ils ne sont pas, 'fin je pense qu'ils peuvent être déçus aussi et puis se sentir encore plus rejetés parce qu'ils se disent « bah personne ne peut m'aider » donc euh, on leur prescrit un truc et ça ne marche pas donc voilà. »

3.2.3.4. Manque d'autonomie

Les médecins pointaient le manque d'autonomie et de responsabilisation des patients sédentaires pour intégrer des règles hygiéno-diététiques à leur mode de vie. Si certains se sentaient responsables de les inciter à bouger, d'autres trouvaient cela décevant d'être obligé de développer des systèmes de prescription écrite d'AP, avec le sentiment d'assister les patients.

M4 : « Bon bah là oui je me sens responsable de ça, euh je sais, ça ne devrait pas, je pense que les gens devraient le faire sans qu'on leur dise mais ils ne le font pas. »

M10 : « je ne remets pas ça en cause, mais j'trouve que c'est dommage qu'on en arrive là en fait »

M12 : « on devrait, enfin je veux dire ça devrait, ils devraient faire du sport naturellement quoi euh sans être obligé de faire une ordonnance pour du sport ! Enfin je, on assiste encore plus les gens qu'avant quoi ! C'est complètement dingue ! »

3.2.3.5. Manque d'observance

Les interviewés prévoient qu'il serait difficile d'obtenir l'assiduité et l'observance du patient, tout au long mais surtout à l'issue du programme d'accompagnement.

M7 : « Euh, je ne suis pas sûre qu'ils arrivent à être assidus à 2 séances par semaine. »

M10 : « Voilà, mais pour continuer après, voilà, c'est beaucoup plus compliqué tu vois. (...) mais je pense que euh...'fin (Rires), je suis peut-être un peu fataliste en disant ça mais je pense qu'on n'aura pas 100% des gens qui continueront en fait, tu vois ce que je veux dire... »

M11 : « Après, l'observance du patient, sur les 30 séances, ça ?! 10 oui. 30, peut-être. (...) Et surtout, après, le maintien. Le maintien de l'activité au-delà des 30. Ça ! Ça sera sûrement ça le plus difficile ! (...) Le maintien sur une longue durée quoi. Au début c'est toujours facile, c'est super et tout. Et puis au fil du temps, de maintenir un niveau de motivation suffisant c'est ça qui est le plus difficile je crois. »

La perspective d'un manque d'observance pouvait freiner la prescription, par exemple, par crainte de voir la place prise par un patient non assidu.

M5 : « disons ça ne sert à rien, je peux leur donner euh, peut-être qu'ils ne vont pas le faire, et à quoi ça sert ? Donc, si ils y vont une fois ils prennent une place et si ils n'y vont plus après ? »

3.2.3.6. Contraintes physiques

La perception de leur état de santé et de leurs contraintes physiques pouvaient renforcer l'idée des patients de ne pas pouvoir faire de l'AP et cela les freinait dans cette démarche. Parmi ces critères, les médecins relevaient la maladie, la douleur, le poids ou encore l'âge.

- La pathologie

M1 : « C'est vrai que c'est dur de faire bouger quelqu'un (...) qui a de l'arthrose de genou. »

M7 : « En plus par rapport aux pathologies là...par exemple, affections de l'appareil locomoteur, je pense à l'arthrose, ils nous disent justement que ça les empêche de bouger. »

M11 : « c'est parfois difficile, surtout quand on a eu une pathologie importante, une opération, un infarctus ou, euh, on n'ose pas. On a un peu peur par rapport à la maladie. »

- La douleur

M3 : « Et quand ils nous disent pas quand on leur dit de bouger « je ne peux pas parce que j'ai mal partout » ! »

M4 : « « ah mais c'est trop compliqué j'ai mal » (...) « j'ai pas envie, j'ai mal partout ». Il n'était pas ouvert à l'explication de « si vous en faites ça ira mieux » »

M5 : « « ça fait mal partout » »

- Le poids

M1 : « C'est vrai que c'est dur de faire bouger quelqu'un qui est déjà obèse »

M5 : « l'obèse il faut qu'il bouge mais généralement il arrive pas parce qu'il dit qu'il est trop gros. »

- L'âge

M1 : « c'est vraiment chez les jeunes, moins de 30 ans qu'il faut leur marteler ce message en tête pour qu'ils bougent et qu'ils n'arrêtent jamais en fait. Après sinon quand ils sont plus vieux ils disent que c'est pas à leur âge qu'ils vont s'y mettre. »

3.2.3.7. Prise en charge médicale lourde

La prise en charge médicale des pathologies, parfois lourde en matière de soins, de temps passé, pouvait freiner certains patients à s'engager, en plus, dans ce nouveau dispositif.

M4 : « « j'ai pas envie d'aller faire de l'activité physique, j'ai pas envie d'aller voir des éducateurs (...) je fais déjà de la kiné, c'est déjà suffisamment compliqué » »

3.2.3.8. Mode de vie

- Facteurs socio-culturels

Les caractéristiques intrinsèques à certaines populations, à leur mode de vie, leurs conditions socio-économiques influaient négativement sur la volonté de faire de l'AP, comme le notaient deux médecins.

M3 : « les gens d'ici, c'est complètement, euh, c'est assez cloisonné. Euh, les gens sortent peu du quartier »

M4 : « je pensais avant que ça soit mis en place que ça allait changer ma pratique, dans le sens que j'allais en prescrire à tout va et je me rends compte qu'en fait c'est beaucoup plus compliqué que ce que je croyais (...) dans ma patientèle encore une fois qui est ma patientèle d'ici avec les conditions socio-économiques et cetera et euh le pays d'origine, parce que j'ai beaucoup d'immigrés. (...) Je constate que les populations immigrées à (Ville), donc maghrébines, turques, euh un peu pays de l'Est sont extrêmement réticentes à l'activité physique, plus que les Français d'origine »

- Manque de temps

Les patients justifiaient leur inactivité physique par le manque de temps.

M4 : « Les patients vous diraient « je n'ai pas le temps ». Voilà, comme toujours. »

M6 : « elle me disait bah qu'elle était pas motivée, qu'elle n'avait pas, enfin, voilà, que le manque de temps faisait qu'elle ne le faisait pas »

M7 : « Et puis il y a ceux qui vous disent qu'ils n'ont pas le temps ou qu'ils travaillent. »

- **Contraintes professionnelles**

Les contraintes liées à l'activité professionnelle étaient un des freins parfois avancé par les patients.

M6 : « Et puis après, euh, ce qui peut limiter, c'est, s'ils ont une activité professionnelle chargée. »

M11 : « je sais que l'activité physique est indispensable même si je ne suis pas forcément très observant à cause du boulot. (...) les contraintes pour les horaires, bon pour les retraités c'est pas un problème, pour ceux qui travaillent ça peut l'être. »

M13 : « c'est bien pour les gens qui, qui ne travaillent pas déjà, parce que sinon je me dis qu'il faut caler les rendez-vous tout ça. »

- **Moyen de locomotion**

La distance entre le lieu d'habitation et le centre sportif, ainsi que les possibilités de locomotions semblaient problématiques pour l'adhésion au dispositif. Ce phénomène était accentué par les travaux de restructuration des réseaux du tramway de la ville de Caen, au moment où nous avons réalisé l'étude.

M3 : « la Haie Vigné c'est strictement à l'autre bout de (nom), que j'ai beaucoup de patients qui n'ont pas de voiture ou pas de permis et qu'en plus là y'a plus de tram. »

3.2.3.9. Conditions climatiques

Enfin, l'un des freins prétexté par les patients, d'après les médecins, était les conditions météorologiques de la région Normandie, parfois peu propices pour sortir du domicile.

M6 : « Parce que souvent c'est ça, c'est l'excuse « oui, oui, non, mais il ne fait pas beau chez nous, on peut pas sortir, on ne peut pas si... » »

M7 : « « Des fois l'été il va sortir un peu plus mais alors l'hiver c'est une catastrophe, une catastrophe... (...) Bah la météo pourrie, il pleut, donc il ne veut même pas marcher une demi-heure dehors »

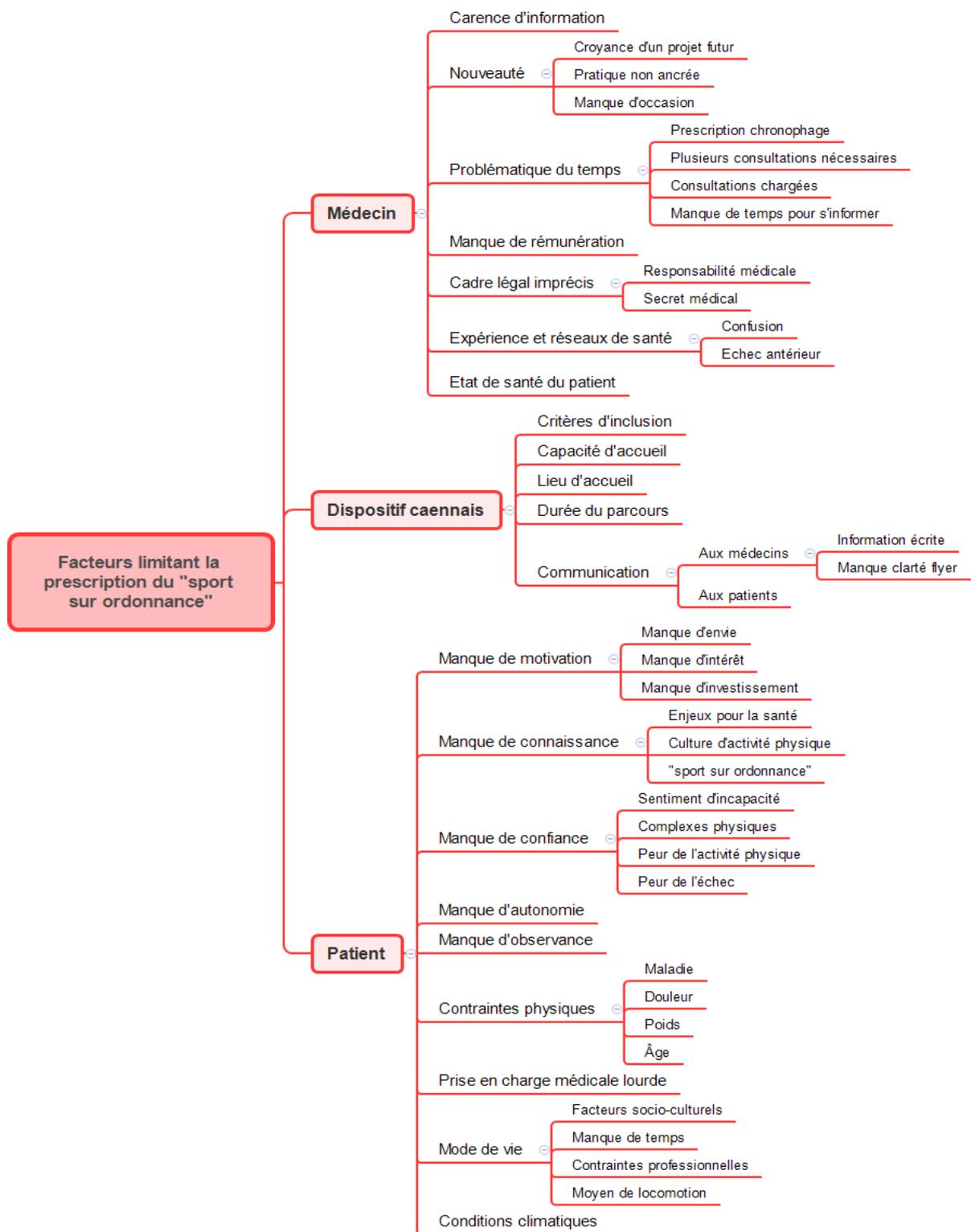


Figure 6: Arbre thématique des facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance » par les médecins généralistes

3.3. Pistes d'amélioration

Après avoir examiné les obstacles et difficultés perçus face à la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen, notre travail s'était attaché à faire émerger des pistes d'amélioration pour aider le médecin généraliste à surmonter ces freins.

3.3.1. Communication autour du dispositif

3.3.1.1. Information et formation des médecins généralistes

Nombre d'interviewés regrettaient le manque d'information et de connaissance relatives au dispositif. Ce vide était à l'origine de l'absence de prescription pour beaucoup. Des actions sur ce déterminant devaient être mises en place. Ils préconisaient donc, dans un premier temps, d'améliorer l'information faite auprès des médecins prescripteurs.

M1 : « Une suggestion aussi, euh, peut-être qu'il faudrait qu'on soit mieux informé nous, car j'ai reçu qu'un seul courrier »

M2 : « moi il faut que je sois mieux informé pour pouvoir le prescrire »

M5 : « Ben, faire connaître un petit peu plus. (...) Oui, l'information. Oui. Informer plus. »

M13 : « refaire une campagne d'information »

D'autres médecins ajoutaient que le rappel de l'information était aussi nécessaire pour que le dispositif ne tombe pas dans l'oubli avec le temps.

M8 : « après avec le temps, on oublie, on se dit « tiens, comment il faut faire ? ». Il ne faut pas hésiter à nous le rappeler. »

M11 : « il faut d'abord informer le médecin, enfin motiver le médecin, le faire connaître effectivement (...) je pense que c'est surtout dans l'information, la publicité, et puis ne pas hésiter à le rappeler régulièrement. Que ça ne tombe pas un petit peu dans l'oubli ou dans... le rappeler au patient et au médecin. »

■ Formation DPC

Pour cela, certains proposaient d'intégrer cette thématique au programme de formation des groupes qualifiés, des soirées FMC (formation médicale continue), qui entrent dans le cadre du DPC (développement professionnel continu) des médecins.

M2 : « je pense qu'avoir une formation dédiée dans un système de formation continue comme il se passe en région Bas Normande, ça me semblerait quelque chose qui pourrait être, qui pourrait être très pertinent, relayé par les groupes

qualités, relayé par les responsables des groupes qualités avec un vrai programme (...) Je pense que ce thème là il faut vraiment le rajouter dans nos formations. »

M5 : « On pourrait faire une FMC sur ça à Caen pour savoir un peu plus. »

- Réunions et rencontres avec les éducateurs APA

Des médecins souhaitaient participer à des réunions en présence des éducateurs APA qui font partie du dispositif. Ils formulaient un intérêt pour connaître les modalités de l'orientation et du choix du type d'AP en fonction du patient. Et ceci, toujours dans un objectif de pouvoir mieux présenter le parcours aux patients, les rassurer et ainsi obtenir leur adhésion.

M2 : « je trouve que ça serait bien de pouvoir rencontrer un de ces coachs sportifs qu'il puisse euh, j'en sais rien une réunion ou une formation (...) les coachs sportifs qui sont là, qui viennent eux parler de leur boulot »

M6 : « bah voilà, moi ce qui m'intéresserait ça serait peut-être de bah voilà de rencontrer les intervenants »

- Assister aux séances d'APA

Une interviewée précisait qu'elle trouvait intéressant de pouvoir assister au rendez-vous d'accueil et à des séances d'AP.

M6 : « Après, j'aurais bien aimé aller voir les activités (Rires), parce que, un truc comme ça, on a envie de se rendre compte hein. (...) je pense que ça serait bien, oui, qu'on puisse euh, je ne sais pas, même aller rencontrer cette dame-là, là et puis euh voilà, voir déjà tout ce qui peut y avoir, comment ils font. »

- Création d'un guide d'aide à la prescription

Le développement d'un guide d'aide à la prescription du « sport sur ordonnance » leur semblait être un appui pour le médecin.

M5 : « Bon ben un petit guide, que ça soit plus clair hein. (...) En fait, indication, c'est comme indication euh, et conduite à tenir. »

M13 : « peut-être faire un, un genre de guide d'aide à la prescription parce que finalement, y'a plein de trucs que je savais pas, notamment de limitation fonctionnelle tout ça. »

- Création d'un site web

Une des médecins proposait de créer un site web où l'on pourrait retrouver facilement la documentation concernant le dispositif, notamment l'ordonnance type.

M5 : « Il n'y a pas un site pour ça ? Il n'y a pas un site pour les papiers tout ça ? Ça serait bien qu'on ait ça. »

3.3.1.2. Information des patients

Selon les médecins, la communication sur le dispositif devait s'établir auprès des deux parties prenantes. Ils leur apparaissaient nécessaire de chercher à développer l'information faite auprès des patients bénéficiaires. En effet, pour eux, la prescription d'AP était plus facile et plus efficace lorsque le patient était à l'initiative de celle-ci.

M1 : « Peut-être que la mairie fasse un courrier aux Caennais, ou cibler ceux qui ont les ALD concernées. Je ne sais pas si la sécu peut faire ça, déjà ouais peut-être que la sécu peut proposer ça »

M8 : « De même l'information des patients (...) il faut qu'il ait été informé. »

M11 : « Le faire connaître aussi aux patients potentiels (...) parce que lorsque le patient est informé lui-même, il est plus à même enfin de nous en parler aussi et donc de l'accepter. »

3.3.1.3. Campagnes de santé publique

A l'image des campagnes de prévention en santé publique, tel que le slogan « Les antibiotiques, c'est pas automatique. », les médecins signifiaient l'importance d'un relais médiatique. Cela les aidait à sensibiliser les patients afin qu'ils fassent évoluer ou changer leurs habitudes de vie.

M1 : « En parler plus dans les médias. »

M7 : « faire des campagnes publicitaires sur Caen. Il y en a peut-être déjà eu, que j'ai raté. En refaire. »

M8 : « Il n'y a peut-être pas eu assez de publicité non plus au niveau euh, au niveau national, au niveau des médias, des choses comme ça quoi. Ça je pense que c'est extrêmement important à envisager hein. Quand euh à la télé, on a passé « les antibiotiques, c'est pas automatique », et bien ça a été beaucoup plus facile pour nous hein, ça c'est sûr »

M11 : « Je pense qu'il y aurait une plus grande adhésion s'il y a un biais aussi extérieur. (...) Par exemple, lorsqu'il y avait les campagnes de publicité pour « les antibiotiques, ce n'est pas automatique », eh ben, on avait parfois moins de demandes pressantes euh « docteur, il faut me donner des antibiotiques !! » »

3.3.2. Investissement de la Sécurité sociale

3.3.2.1. Intégrer cette thérapeutique dans le parcours de soins des ALD

La population ciblée par le dispositif étant des patients atteints de pathologies dont certaines sont en gestion ALD, les médecins demandaient que cela fasse partie intégrante de leurs parcours et protocoles de soins. Ils réclamaient un investissement de la Sécurité sociale sur ce thème.

M1 : « pour moi ça paraîtrait naturel que ça fasse partie de la prise en charge sécu de l'ALD. »

M8 : « Dans la mesure où on s'adresse à des patients pour certains en ALD, hein diabète et cetera et qu'on nous dit que le sport, enfin l'activité physique fait partie du traitement, la Sécurité sociale doit intégrer ça au parcours de soins hein ! (...) donc la sécu à mon avis est étrangement absente de la situation, hein ! Ça paraît quand même assez paradoxal quoi hein ! » »

3.3.2.2. Consultation dédiée « sport sur ordonnance »

La prescription d'APA devait faire l'objet d'une consultation dédiée. Cela pouvait diminuer l'impact du frein « manque de temps ».

M2 : « (...) je pense...à mes yeux c'est...ça nécessiterait une consultation dédiée. Vraiment une consultation dédiée (...) »

M8 : « Il faudrait qu'on ait une consultation spécifique. (...) ça boosterait la prescription s'il y avait une consultation dédiée à ça quoi en fait ouais. »

3.3.2.3. Cotation spécifique de cet acte

Pour un des deux médecins qui proposaient la création d'une consultation dédiée, cet acte devait être associé à une rémunération spécifique. La valorisation financière représentait une incitation et un soutien du praticien pour son implication dans la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, telle que l'AP.

M8 : « Si on était rémunéré 2C ou 3C là-dessus je pense qu'il y aurait quelques médecins qui s'y intéresseraient d'un peu plus près et puis qui diraient bon ben voilà. C'est le nerf de la guerre hein, ça c'est sûr ! (...) il faudrait que ça soit rémunéré spécifiquement »

3.3.3.

Pistes d'évolution du fonctionnement du dispositif

3.3.3.1. Augmenter la capacité d'accueil

Deux médecins discutaient la nécessité d'augmenter le nombre de patients pouvant être pris en charge dans le dispositif. Pour le premier, cette préconisation initiale était repensée puisqu'il avait été confronté à la difficulté de recruter et de motiver ses patients pour adhérer au projet.

M4 : « il y a quelques temps j'aurais dit augmenter le nombre de patients éligibles, 'fin le, le, le, le pool, je sais pas mais en fait je pense que j'ai tord là-dessus parce que je ne sais pas où ils en sont. Mais je pense que j'ai tord là-dessus et ça c'est une idée que j'avais au départ. »

Pour le deuxième médecin, le manque de place ne devait pas devenir un obstacle et devait faire élargir la capacité d'accueil en cas de besoin.

M6 : « Bah je ne sais pas, si le nombre de place c'est pas un frein, bah il n'y a pas de soucis pour l'instant. Voilà, après il ne faut pas que ça le devienne, et si ça manque, bah il faut ouvrir plus de places. »

3.3.3.2. Élargir la population bénéficiaire

▪ Sur le critère des pathologies

Même s'ils jugeaient les pathologies prises en charge prioritaires, ils proposaient aussi d'étendre l'accès à d'autres pathologies, en citant notamment les cancers.

M1 : « Donc moins restreindre les conditions de sélection des patients. (...) Étendre les pathologies. (...) Je pense par exemple à des cancers. (...) Bah tous quoi, mais par exemple surtout le cancer du sein quand même qui est très fréquent. »

M4 : « la première, ça serait d'ouvrir à d'autres pathologies bien évidemment »

M5 : « J'aurai aimé qu'il y ait plus d'indications pour les patients. (...) Au moins, cancer du sein, cancer de prostate. »

M12 : « Peut-être élargir le recrutement. Plus de, plus d'orientations. »

Ils proposaient d'ouvrir plus largement les indications aux maladies et facteurs de risque cardiovasculaires. Ils espéraient que les adultes souffrant d'obésité ou d'HTA puissent en bénéficier.

M1 : « ça serait bien d'étendre aux maladies, aux facteurs de risque cardiovasculaires, hypertension artérielle, et aux adultes obèses. »

M4 : « Les facteurs de risque cardiovasculaires, essentiellement. Parce qu'encore une fois, l'obésité de l'adulte par exemple, ils ne sont pas en ALD souvent. »

M5 : « L'obésité, au-dessus de l'IMC 30 pour les adultes aussi. »

- Sur le critère du lieu de résidence

La prescription du « sport sur ordonnance » était nettement limitée par le critère « lieu de résidence à Caen », surtout pour les médecins généralistes exerçant dans les communes limitrophes. Parmi les perspectives d'évolution, ils souhaitaient que le parcours soit accessible aux résidents des communes de la première couronne. Ils espéraient cette évolution dans une volonté de réduire les inégalités d'accès aux soins parmi la population.

M10 : « On aurait pu faire ça sur toute la communauté de l'agglomération par exemple tu vois. »

M13 : « Pour le moment que c'était réservé aux Caennais, j'espère que ça va changer. »

Un médecin proposait également d'ouvrir d'autres antennes, d'autres centres sportifs pour les patients ayant des contraintes de locomotion.

M3 : « « s'il y avait plusieurs pôles, y compris un pôle sur (nom quartier), que ça soit (nom quartier) ou (nom quartier), euh je pense que ça serait encore plus simple pour moi d'en, d'en prescrire »

3.3.3.3. Rôle d'un médecin coordonnateur

Se posait aussi la question, pour certains, de créer un poste de « médecin coordonnateur » ou « référent » qui pourrait les aider à évaluer les déficiences fonctionnelles et ainsi les guider pour l'orientation du patient pour bénéficier d'APA.

M5 : « Oui parce que c'est un peu compliqué tout ça, on sait pas, on n'a pas le temps pour ça. Moi j'aimerais bien envoyer vers un référent et c'est lui qui voit en fonction des limitations hein (rires) »

M13 : « c'est vrai qu'on aurait presque envie que ça soit coordonné par un professionnel de santé pour qu'il puisse ensuite orienter. Parce que, à la limite, celui qui est en limitation sévère, il a besoin aussi qu'on l'aide »

3.3.3.4. Retour de l'information par messagerie sécurisée

Une interviewée demandait la possibilité de recevoir les informations relatives au parcours du patient par messagerie sécurisée type « apicrypt ». Cela permettrait l'intégration des données dans le dossier informatisé du patient.

M7 : « le retour par mail c'est bien. Et euh, ils ne marchent pas par apicrypt pour euh le compte-rendu ? (...) C'est que par adresse mail ? Ce n'est pas par une adresse sécurisée ? (...) parce que ça permet de rentrer l'info dans le dossier. Ça serait quand même plus intéressant. »

3.3.4. L'évaluation du dispositif

Il apparaissait intéressant aux yeux des médecins de pratiquer des évaluations au sein du dispositif et d'en faire un retour auprès des prescripteurs. Des résultats positifs leur apporteraient des arguments supplémentaires pour travailler sur les leviers de motivation des patients et renforceraient leurs convictions de son intérêt et de son efficacité.

3.3.4.1. Les bénéfices sur la santé

M9 : « Peut-être aussi mettre en place des critères mesurables d'efficacité parce que ça n'est pas le tout de prescrire de l'activité physique si on n'a pas des moyens de quantifier en fait le bénéfice pour le patient ! »

3.3.4.2. Une évaluation coût/efficacité

M8 : « c'est intéressant de connaître le coût quand même parce que, on évalue maintenant quand même beaucoup les choses en fonction du coût/bénéfice de ce que ça apporte. Combien ça coûte pour ce que ça va rapporter quoi c'est ça un petit peu, c'est une évaluation qui est intéressante à faire là-dessus oui. »

3.3.4.3. Une évaluation épidémiologique

M11 : « Et il y aura des évaluations sur euh, la morbidité euh de ce qui n'en font pas, de ceux qui le font ? (...) C'est à plus long terme forcément. Donc euh, ça peut être intéressant (...) Enfin je ne sais pas si vous avez un suivi dans le centre pour savoir qui fait quoi, quels euh, quels sont les patients, si les médecins sont prescripteurs ou pas quoi. Ça peut être intéressant. »

3.3.5. Perspectives des politiques publiques de santé

3.3.5.1. A l'échelon local

Un médecin, qui jugeait positive l'initiative du « sport sur ordonnance », souhaitait que les collectivités poursuivent leur implication dans la thématique en développant des pistes cyclables, des parcours-santé en accès libre au travers de la ville pour encore plus favoriser l'adoption d'un mode de vie actif par la population.

M3 : « il y aurait des choses à faire sur la politique de la ville de façon plus générale. Moi, je me déplace en vélo, hmm, si on avait un vrai euh, un vrai réseau de pistes cyclables (...) Ça serait de développer un parcours, des promenades avec des bancs placés tous les 500 mètres et des choses qui soient fléchées pour dire au patient « bah écoutez ce tour là il fait 1.2km, si vous me le faites X fois », et qu'il soit balisé, protégé, c'est des choses qui me semblent toute bête, dans un quartier ça ne me semble pas très difficile de tracer une ligne bleue ou rouge ou verte enfin tu vois, une chose toute bête comme ça »

3.3.5.2. A l'échelon régional/national

Les médecins estimaient pour la plupart qu'il fallait étendre l'accès au dispositif à l'ensemble des patients habitant l'agglomération caennaise. Ils en appelaient également à la réflexion des politiques pour mettre en place non pas un programme local, mais un programme régional voire national. Pour cela, il semblait évident que la question du mode de financement devait être abordée.

M9 : « c'est une discrimination qui m'ennuie fortement quoi euh dans la prise en charge. Ça devrait rentrer dans un programme national mais pas dans un programme local (...) il faut faire une réflexion, comment financer le système et comment pouvoir l'ouvrir en fait à tout le monde en fait en France. Ça c'est, ça me paraît primordial. »

M13 : « C'est vrai que ça c'est des trucs euh voilà, il faut élargir au niveau régional et à tous les patients. »

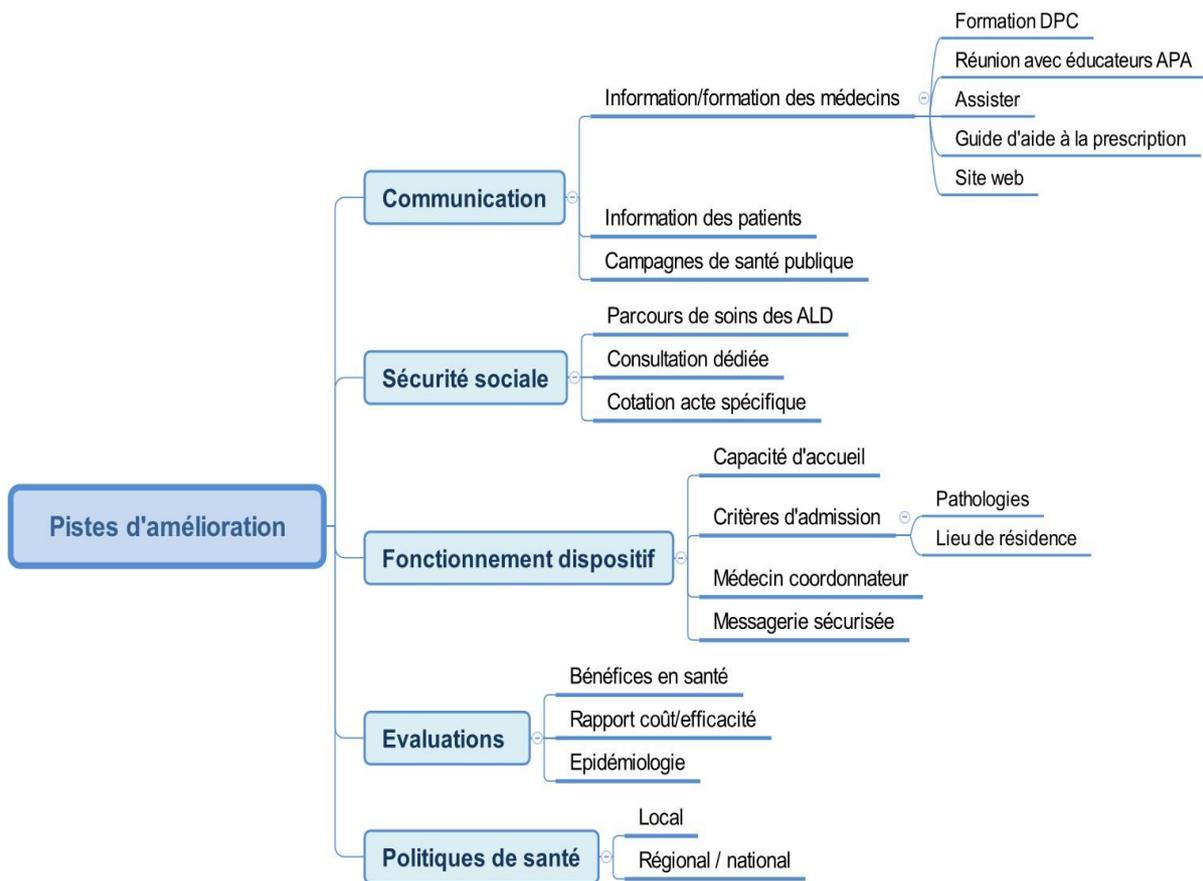


Figure 7: Arbre thématique des pistes d'amélioration de la prescription du « sport sur ordonnance »

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Les médecins généralistes ont un regard favorable sur le développement d'un dispositif tel que le « sport sur ordonnance » de Caen. C'est un moyen supplémentaire, incitatif, pour amener les patients sédentaires vers la pratique d'une AP à des fins de santé. Par le biais d'une ordonnance simplifiée, les possibilités d'orienter leurs patients vers une structure dispensant de l'AP gratuite, encadrée par des professionnels et adaptée à leurs capacités et à leurs pathologies, sont autant de paramètres favorables pour sa prescription.

En dépit de ces leviers, les médecins ont relevé plusieurs facteurs limitants et ont proposé des pistes pour les surmonter. L'élément majeur est le manque de connaissance et de communication sur le dispositif auprès, à la fois, des prescripteurs et des bénéficiaires potentiels. La perception d'un mauvais état de santé par le médecin ou le patient lui-même peut empêcher la prescription.

Ils mettent aussi en avant le manque de temps, la surcharge de travail et l'absence de valorisation financière de la prescription. Le caractère récent du programme, les échecs précédents et les imprécisions de la loi quant au secret médical et aux responsabilités médico-légales sont d'autres freins avancés.

Certaines caractéristiques internes du dispositif en limitent l'accès. Sont cités les conditions d'admission des patients, la capacité et le lieu d'accueil, ainsi que la durée de la prise en charge.

Enfin, les médecins doivent faire face à des difficultés pour obtenir l'adhésion des patients. Parmi elles, ils mentionnent le manque de motivation, de confiance en soi des patients, le manque d'autonomie et d'observance, les conditions liées à leur mode de vie et le facteur climatique. Selon eux, les patients ne s'impliquent pas dans cette thématique par méconnaissance des enjeux pour la santé.

Pour garantir l'utilisation du « sport sur ordonnance », ils suggèrent de renforcer la communication sur le dispositif auprès des parties prenantes en organisant, par exemple, des réunions d'information et des campagnes médiatiques. Ils proposent

d'élargir les critères d'admission des patients, d'envisager le rôle d'un médecin coordonnateur et de développer des systèmes d'évaluation pour renforcer la pertinence d'un tel programme. Par ailleurs, ils réclament un investissement de la part de la Sécurité sociale pour appuyer cette prescription. Des réflexions doivent être lancées pour proposer le développement de programmes régionaux voire nationaux. Pour eux, ce type d'initiative doit s'associer à l'aménagement des territoires par les collectivités afin d'intégrer la pratique de l'AP dans le quotidien de la population.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Points forts de l'étude

2.1.1. Méthodologie adaptée aux objectifs

Pour répondre à notre question de recherche, une étude qualitative par entretiens semi-directifs, individuels, nous a semblé être la méthode la plus appropriée. Il s'agit d'une démarche compréhensive pour recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la prescription du « sport sur ordonnance », pour en déterminer les freins, les difficultés, ainsi que les pistes d'amélioration. L'objectif n'est pas de mesurer ou quantifier des facteurs prédéfinis mais bien de les identifier.

Les entretiens individuels garantissent la spontanéité et la liberté des réponses, quand le focus group peut revêtir un caractère intimidant. En outre, une unité d'analyse individuelle nous a paru plus cohérente avec la population étudiée, dans la mesure où l'activité professionnelle du médecin généraliste s'accomplit plutôt seule.

L'enquête par entretien semi-directif permet d'aborder les thèmes nécessaires pour répondre aux objectifs de l'étude grâce au guide d'entretien, tout en permettant une liberté et flexibilité des réflexions et des réponses des personnes interrogées.

2.1.2. Sujet pertinent

Notre étude s'inscrit dans la thématique générale du sport-santé, sujet d'actualité en plein essor. Le dispositif de Caen étant d'application récente, aucune évaluation qualitative du programme auprès des médecins prescripteurs n'a été réalisée à ce

jour. Or, pour un développement réussi et durable de ce type de dispositif, il est essentiel d'être à l'écoute des opinions des utilisateurs et des remontées du terrain pour être capable de le réajuster si besoin.

De plus, il existe de nombreuses études, essentiellement des thèses, qui ont évalué les freins des médecins généralistes face à la prescription d'AP de façon générale, avant ou après l'amendement Fourneyron. Mais peu d'entre elles se sont intéressées à cette prescription au sein de programmes d'orientation similaires au « sport sur ordonnance » de Caen.

2.1.3. Saturation des données

Les entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention de la saturation théorique des données, c'est-à-dire, moment à partir duquel les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus de thème nouveau. Ce phénomène a été observé à partir du 12^{ème} entretien. Nous avons réalisé un 13^{ème} entretien qui a confirmé la tendance.

2.2. Limites de l'étude

Nous avons pu relever plusieurs limites au sein de notre étude, essentiellement dues à des biais méthodologiques.

2.2.1. Un chercheur novice

L'une des premières critiques de notre étude est le manque de compétences initiales du chercheur dans le domaine de la recherche qualitative. Comme le rappelle Pope et al., une analyse qualitative de haute qualité dépend « des compétences, de la vision et de l'intégrité des chercheurs » et « ne doit pas être laissée aux novices » (59). S'agissant de son premier travail de recherche qualitative, le manque d'expérience a pu constituer un biais dans le recueil des informations, avec parfois un défaut de relances appropriées. Un chercheur plus expérimenté dans ce domaine aurait pu mettre en évidence d'autres résultats pertinents.

Cependant, pour en diminuer les risques, nous nous sommes attachés à nous former à cette technique de recherche à travers la lecture d'articles et d'ouvrages méthodologiques (58) (60) (61). Nous avons aussi assisté aux séminaires d'initiation

à la recherche qualitative proposés par les enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale de Caen. Ainsi, nous avons essayé d'adopter une attitude d'écoute pour favoriser la production du discours, en cherchant à éviter le biais de suggestibilité.

2.2.2. Biais de sélection

Le recrutement de notre échantillon de médecins généralistes a été effectué par l'envoi d'un courrier postal, suivi d'une relance téléphonique. Cette méthode nous expose à un risque de biais de sélection. Nous ne pouvons pas exclure que les médecins ayant acceptés de participer à notre étude portaient un plus grand intérêt à la prescription du « sport sur ordonnance » que les non-répondants. D'ailleurs, un médecin, M5, nous signifiait « *justement, je me disais, il faut que je me renseigne et ça tombe bien justement, j'ai pensé ça quand j'ai reçu votre truc, parce que sinon j'aurais jamais fait hein (Rires). Donc c'est une chance pour tout le monde* ». De plus, ils ont déclaré, pour 11 d'entre eux, remplir les recommandations en matière d'AP, ce qui n'est pas habituellement le cas dans la littérature (57).

Aussi, avec ce mode de recrutement aléatoire, il nous était impossible de connaître à l'avance le statut « prescripteur » ou « non prescripteur » du médecin. Dans une étude qualitative, la représentativité statistique de l'échantillon n'est pas recherchée. Néanmoins, nous souhaitons constituer un échantillon diversifié, notamment sur cette variable, afin d'obtenir les réponses les plus variées possibles. Interroger plus de médecins prescripteurs aurait sûrement pu permettre de produire d'autres points de vue. Toutefois, nous avons réalisé nos entretiens entre avril et juin 2018, et le bilan du dispositif au 1^{er} juin 2018 dénombrait 37 médecins généralistes prescripteurs³. Ainsi, le taux des médecins généralistes prescripteurs au sein de notre échantillon (15,4 %) est finalement proche de celui retrouvé dans la population étudiée (13,5 %) à la même période.

2.2.3. Biais d'information et de mémorisation

Au cours des entretiens, nous avons été amenés à exposer à nouveau les grandes caractéristiques du dispositif. Le but était d'éclaircir ou de compléter les connaissances des médecins à ce sujet, afin de poursuivre la discussion et

³ : Données issues de la Lettre d'infos N°1 de la ville de Caen sur le « sport sur ordonnance » parue en juillet 2018

d'évoquer leur point de vue. Cet élément entraîne un biais potentiel d'information et de mémorisation. En effet, nous pouvons émettre l'hypothèse que certains facteurs limitants ou perspectives d'amélioration n'aient pas été évoqués « sur le coup » et que les médecins, après une plus longue réflexion, auraient eu d'autres éléments de réponse à apporter. Le courrier adressé pour le recrutement dévoilant l'objet de la thèse a pu également constituer un biais.

2.2.4. Biais d'interprétation

Notre étude a bénéficié d'une double analyse pour 4 des 13 entretiens, choisis au hasard. Une triangulation des données sur l'intégralité des verbatims aurait minoré encore plus le risque de biais d'interprétation, intrinsèque aux études qualitatives et ainsi augmenter la validité interne de notre travail.

3. Discussion des résultats et corrélation avec la littérature

3.1. Le médecin généraliste et la prescription d'APA

Les médecins généralistes confirment leur intérêt porté pour la thématique de l'AP pour la santé. Ils attestent pleinement avoir un rôle dans sa promotion. Ces résultats concordent avec les données d'autres études selon lesquelles plus de 97 % affirment avoir pour mission d'inciter les patients à pratiquer une AP (47) (62). Les différentes stratégies de promotion et le développement des connaissances semblent avoir un impact positif sur les pratiques des médecins. En effet, ceux exerçant depuis de nombreuses années déclarent le faire de plus en plus, et ce, depuis quelques temps. De manière générale, ils s'intéressent à transmettre des conseils d'hygiène de vie, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Les consultations régulières auprès d'eux, dans le cadre du parcours de soins des pathologies chroniques, sont favorables au développement d'une relation médecin/patient de confiance. Le climat de confiance et la connaissance du patient dans son modèle bio-psycho-social encouragent la discussion sur les changements de comportements délétères pour la santé.

Malgré la mise en place du « sport sur ordonnance » et la législation qui l'encadre, les médecins ont, avant tout, toujours recours au conseil oral pour prescrire l'AP. La prescription écrite reste encore marginale (49) (57). Une étude canadienne montre que la plupart des médecins (69,8 %) font la promotion de l'AP par conseil oral, tandis que 15,8 % la prescrivent sur une ordonnance (45). Ce dernier résultat est similaire dans notre travail. La communication verbale est un déterminant central de cette relation médecin/patient, à l'heure où l'on vise l'autonomie du patient, comme acteur de sa santé. Les études montrent d'ailleurs qu'une meilleure communication améliore le suivi des traitements, leur efficacité et la qualité de vie des patients, tout en augmentant leur satisfaction ainsi que celle des médecins (63).

Même s'ils n'ont pas tous eu usage de la prescription écrite, les médecins perçoivent l'ordonnance comme un levier pour soutenir l'adhésion des patients par rapport à un simple conseil oral. D'après la HAS, la prescription écrite est effectivement un symbole culturel qui détermine le développement des thérapies non médicamenteuses (14). Le cadre formel d'une ordonnance, à la manière d'une prescription médicamenteuse, attribue à l'AP la même valeur thérapeutique qu'un médicament aux yeux des patients. De plus, il est montré que le niveau d'AP des patients augmente lorsqu'elle est prescrite par écrit par le médecin généraliste, en association au conseil verbal (64) (65).

Ils parlent volontiers d'AP mais évitent le mot « sport » pour ne pas refréner les patients avec ce terme, encore largement associé au dépassement de soi et à la compétition. On peut se demander si la locution « sport sur ordonnance » n'est pas vectrice de frein pour les patients sédentaires, porteurs de maladies chroniques. Ces derniers sont éloignés de l'AP et par conséquent, du sport. Cette remarque est mentionnée par F. Carré qui conseille, dans son rapport « sport sur ordonnance : comment faire ? », de privilégier le terme d'AP pour atteindre le public visé et obtenir son adhésion (66).

3.2. Des facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen et des leviers

3.2.1. L'information et la communication

3.2.1.1. Sur le dispositif « sport sur ordonnance » de Caen

A neuf mois environ du début de l'expérimentation, notre étude révèle qu'une des principales limites à la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen est le manque d'information aux médecins et aux patients potentiellement bénéficiaires.

- Chez les médecins

Cette carence est largement retrouvée chez les médecins non prescripteurs. S'ils concèdent en avoir brièvement entendu parler, il n'en demeure pas moins qu'ils ne connaissent pas ses modalités, nécessaires pour initier la prescription. Ils expliquent avoir besoin d'être en capacité de répondre aux interrogations des patients pour pouvoir s'y engager. Comme c'est le cas dans d'autres programmes, l'ignorance de l'offre caennaise se révèle problématique pour la prescrire (67). Si le patient ne l'évoque pas spontanément, le médecin peut ne pas chercher à l'aborder non plus. D'autre part, cela peut être source d'une confiance limitée envers le programme. S'ils n'ont pas la certitude que l'encadrement y soit adapté et de qualité, ils pourraient ne pas vouloir risquer d'exposer leurs patients à une prise en charge non fiable ni engager leur crédibilité.

Au delà du cadre de ce dispositif, l'application de la prescription d'APA, depuis la promulgation de la loi, fait face à des difficultés. Le rapport d'évaluation des actions menées en matière d'APS à des fins de santé de 2018 souligne aussi un manque de relais de l'information sur le sport sur ordonnance auprès des médecins traitants, qui les empêche de s'approprier l'outil et de l'utiliser (68). Bien qu'ils soient les prescripteurs référents, ils méconnaissent le sujet (49) (51) (57) (69) (70) (71) (72). Ils sont plus d'un sur deux à ne pas connaître la législation, et 75 % se disent insuffisamment informés sur les actions du PRSSBE mis en place par les ARS (70).

Dans la littérature, on retrouve fréquemment un sentiment d'incompétence face cet acte de prescription (14) (49) (50) (52) (57) (69). Ils déclarent ne pas avoir les connaissances primordiales pour rédiger l'ordonnance et déterminer quelle activité

prescrire, pour quel patient et à quelle « posologie ». C'est une opinion qui persiste malgré la participation à une formation spécifique (70). Ce frein n'est pas évoqué ici. Il semble donc que la proposition d'un dispositif d'orientation vers de l'APA et un modèle de prescription pré-établie, tel que le « sport sur ordonnance » de Caen, simplifie la démarche pour le médecin généraliste. Il n'a pas besoin de renseigner les quatre caractéristiques de l'AP. Dans des études, les médecins ont justement réclamé une simplification maximale de l'ordonnance, entre autres pour ne pas avoir à indiquer le type d'AP (69) (72). D'autres ont plébiscité l'intégration d'un module d'enseignement au sein de la formation initiale des études médicales (51) (69). 90 % des médecins généralistes pensent que le sport-santé doit en faire partie (70). Si cette proposition n'est pas retrouvée dans notre analyse, elle fait partie en revanche des recommandations prononcées par la mission (68).

De leur point de vue, l'information a été mal relayée. Ils ciblent le mode de communication utilisé : le courrier écrit. L'information se retrouve masquée parmi d'autres, ils n'y portent pas attention, déplorant en recevoir trop et ne pas avoir assez de temps à y consacrer. Ou parfois, lorsqu'elle est lue, elle est mal comprise donc source de confusion. L'incompréhension de certains points sur les flyers amène à des questions qui ne peuvent pas toujours trouver de réponses dans l'immédiat. Ils abandonnent alors l'idée de la prescription.

Plusieurs propositions ont été faites pour l'améliorer. En premier lieu, les médecins généralistes citent leur formation continue et souhaitent que la thématique soit intégrée à une soirée FMC dans le cadre du DPC. C'est une des sources d'information médicale préférée des médecins (73). Une étude suggère que la tenue d'une journée de formation augmente la connaissance et les comportements de conseil des médecins dans la prescription d'AP, et qu'à la suite, la proportion de ceux qui fournissent des ordonnances d'AP est passée de 20 % à 74 % (74). En revanche, la formation ne semble pas améliorer l'influence des autres freins, systémiques et environnementaux (75).

Comme 27 % d'entre eux dans la littérature, les médecins se disent aussi intéressés pour rencontrer les éducateurs APA ou assister à des séances d'AP (57). Les réunions permettent une présentation orale qui est appréciée, comme le souligne M7 : *« je trouve ça intéressant que l'on vous expose les choses verbalement, plutôt que de...enfin voilà. (...) Avoir les deux, visuellement et*

verbalement pour euh, pour intégrer et rentrer dans ce système de projet. ». Pourtant, les médecins avaient été conviés à une réunion d'information lors du lancement du projet, mais elle avait fait l'objet d'une faible mobilisation de la part de ces derniers.

Pour les médecins, la source d'information doit être fiable, pertinente et accessible (76). En cela, une interviewée réclame que la documentation sur le dispositif soit facilement accessible via un site web. Il serait intéressant de retrouver sur le flyer l'adresse d'un lien internet permettant de télécharger les documents, notamment le formulaire de prescription spécifique. En lien avec la DRDJSCS, il pourrait être envisagé d'intégrer ces données sur le site annuaire qui référence l'offre APA en Normandie : www.sportsantenormandie.fr (77). Il permet de trouver une structure dispensant de l'APA en fonction de la population concernée, d'y inscrire une structure si l'on veut proposer de l'APA ou encore de retrouver la documentation et les actualités sur la thématique du sport-santé.

■ Chez les patients

L'existence du dispositif manque de lisibilité auprès de la population. La plupart des médecins n'ont pas eu de requête venant des patients. Pourtant, d'après les récents résultats à Caen, un participant sur deux est à l'initiative de l'ordonnance. Il apparaît nécessaire que les patients en aient connaissance. Ils seraient plus à même d'adhérer au projet sur proposition du médecin s'ils en ont entendu parler auparavant. Une plus grande participation des patients aux décisions médicales améliore leur santé (63). Et, on constate que les patients ayant eux-mêmes demandé la prescription d'AP à leur médecin sont plus enclins à poursuivre l'AP (78). Une nécessaire publicité auprès des patients pour créer la demande a déjà été relevée par les médecins interrogés au sujet du programme « sport sur ordonnance » de Biarritz (79).

Pour le faire connaître, ils ont proposé que la Sécurité sociale adresse un courrier d'information aux ALD concernées. En réponse à ces résultats, présentés lors du comité de pilotage du dispositif du 16 janvier 2019, la MSA (Mutualité sociale agricole) de Caen prévoit de faire parvenir un courrier à ses assurés atteints de diabète de type 2. La mise à disposition d'un flyer pour les patients, d'un poster à

afficher en salle d'attente, sont d'autres moyens d'information cités, et sont déjà en œuvre depuis le début de l'expérimentation.

3.2.1.2. Sur les enjeux de l'activité physique pour la santé

Une autre problématique soulevée est le manque d'intérêt et d'adhésion des patients à l'AP car, selon les médecins, ils ne sont pas alertés des risques liés à la sédentarité, tout comme ils ne sont pas avisés des bénéfices pouvant être obtenus en étant actif (69). Cela semble d'autant plus marqué que les personnes n'ont pas d'éducation ou de culture sportive (80). L'Inserm réaffirme que les connaissances et les croyances des patients sur les effets de l'AP influent positivement ou négativement sur leur engagement à la pratique (27). S'il est convaincu au préalable de son efficacité, il est plus facile de prescrire une telle thérapeutique au patient (14). En entreprenant des actions pour apporter une culture de l'AP dès le plus jeune âge, il est imaginable d'agir efficacement et durablement. En ce sens, l'accueil des enfants souffrant d'obésité est une volonté du dispositif saluée par les médecins.

3.2.1.3. Campagnes de santé publique

Pour les aider dans la prévention et l'éducation à la santé au moyen de l'APA, ils signifient l'importance du rôle des campagnes de communication en santé publique. Ils prennent comme exemple la campagne largement diffusée sur la prescription d'antibiothérapie portée par le slogan « les antibiotiques, c'est pas automatique ». Les médecins ont noté, à l'époque, l'impact positif de ce message sur la population pour en limiter l'usage. Ce constat est également dressé par la HAS (14). Plus de 80 % des médecins pensent que les campagnes d'information grand public leur permettraient de mieux remplir ces missions (62). D'ordinaire, elles portent justement sur les causes de mortalité et/ou morbidité évidentes, comme le sont l'inactivité physique et la sédentarité. Elles délivrent à la population un message ouvert, responsabilisant et fournissent des solutions et des outils qui leur permettent « d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci » (81). Grâce à ses avantages comme la visibilité, la facilité et l'immédiateté, cet espace médiatique faciliterait la diffusion de l'information sur les enjeux sanitaires de l'AP. Mais, pour atteindre le public ciblé et augmenter son impact, il convient d'associer les acteurs de la santé à la démarche. Le rapport

commandé par les ministères préconise une campagne de communication nationale promouvant les APS comme « grande cause nationale » (68).

3.2.2. La problématique du temps

3.2.2.1. Du côté des médecins

Ils font état d'un manque de temps pendant la consultation, associé à une charge de travail importante, qui limitent la discussion autour de l'AP. C'est l'un des principaux freins retrouvés dans les études qui analysent les impressions et les freins des médecins à la prescription d'AP (49) (51) (56) (57) (67) (69) (71) (79). Les consultations à demandes multiples sont peu favorables à l'incitation de la prescription d'APA, tout comme la pression du temps influence négativement les décisions de pratiques de prévention et d'éducation pour la santé (14).

Aujourd'hui, le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et du nombre de patients multipliant les comorbidités impactent le contenu et la complexité des consultations de médecine générale (82). Le médecin doit entreprendre des actions de prévention, de dépistage, de gestion des pathologies chroniques, tout en répondant aux multiples demandes et plaintes émises par le patient. Cela peut être difficile de traiter de manière adéquate l'ensemble des problèmes dans des délais de consultation limités. En moyenne, les médecins prennent en charge 2,2 problèmes de santé pendant une consultation, chacun des problèmes correspondant à 1,2 motifs de consultation de la part du patient (83). La priorisation est donc parfois nécessaire, bien souvent au détriment de la prévention.

Depuis plusieurs années, on note en parallèle un allongement de la durée de la consultation, surtout quand il s'agit de patients atteints de pathologies psychologiques ou psychiatriques, d'une ALD ou de personnes âgées, populations justement visées par la prescription d'APA. En 2019, les résultats du quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale révèlent que les praticiens déclarent une durée moyenne de consultation au cabinet de 18 minutes (84). C'est déjà deux minutes de plus que la durée déclarée en 2002 (85). Alors qu'il semblerait que deux à quatre minutes d'intervention en faveur de la pratique d'une AP soient efficaces pour modifier les comportements (86). D'après la

HAS, 30 minutes sont nécessaires pour la consultation médicale d'AP (26). Un médecin (M3) précise qu'il organise son planning avec des temps de consultation plus longs pour lui permettre d'intervenir sur l'éducation des patients et les encourager à adopter un mode de vie sain, au lieu de simplement éditer une ordonnance de médicaments. Avoir davantage de temps et des consultations plus longues sont associés à un taux de prescription de traitements médicamenteux plus faible et à un meilleur taux de prévention et d'éducation (62) (87).

Même si les médecins généralistes sont positionnés idéalement pour prescrire l'AP, et qu'ils sont sensibles sur leur rôle à jouer, on s'aperçoit que les contraintes de temps, liées à l'organisation actuelle des soins primaires peuvent en limiter rapidement l'accès. La HAS a déjà fait cette observation en 2011 et rappelle que le développement de ces thérapeutiques est conditionné par la mise en œuvre de mesures incitant le médecin à prendre le temps pour cela (14). On rejoint le discours de ceux que l'on a interrogés, qui, pour essayer de surmonter cette limite, proposent la mise en place d'une consultation dédiée à cette thématique. Cela permettrait également d'obtenir une meilleure adhésion du patient en lui montrant qu'il s'agit d'une prise en charge à part entière de sa pathologie, et non pas d'une prescription qui se perdrait au milieu d'une consultation de renouvellement d'ordonnance. Cette proposition de « consultation dédiée » a déjà été soumise par les médecins généralistes, dans d'autres travaux de thèse (67) (69) (71) (72). 73 % d'entre eux pensent que c'est une solution utile pour optimiser la prescription d'APA (70).

3.2.2.2. Du côté des patients

De la même manière, ils rapportent que le manque de temps est un argument mis en avant par les patients pour faire valoir leur inactivité physique. C'est un obstacle souvent mentionné par les médecins dans d'autres travaux (51) (69). Et les résultats de l'Eurobaromètre 2017 confirme ce point, puisqu'il s'agit du frein le plus fréquemment avancé par la population française (53).

Selon les médecins, ce manque de temps perçu par les patients est aussi lié aux contraintes professionnelles. Un travail de thèse sur les motivations et les barrières à la pratique d'une AP au sein d'un programme de sport-santé sur ordonnance chez des patients diabétiques de type 2 montre que le manque de temps, lié ou non aux obligations familiales ou professionnelles, est un des freins invoqués (88). Mais un tel

programme ne semble pas avoir d'influence sur cet élément, qui reste majoritairement cité six mois après l'inscription. Une autre étude sur l'efficacité des programmes d'orientation vers de l'AP en Europe a montré que le manque de temps est l'un des obstacles au succès des programmes le plus souvent répertorié, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme adulte (89).

Pour s'affranchir de ce frein lié aux contraintes professionnelles, le dispositif de Caen tente de mettre à disposition des séances avec des horaires adaptées aux patients actifs professionnellement. La flexibilité des horaires améliorent l'adhésion des patients (90). Au sein d'une autre étude, des médecins ont émis le souhait que l'offre APA soit existante le week-end (51).

3.2.3. La motivation du patient

De façon unanime, les médecins généralistes peinent à prescrire l'AP par défaut de motivation des patients pour modifier leur comportement sédentaire, pour initier et poursuivre l'AP (49) (51) (56) (57) (69) (71). Dans une étude quantitative, ils sont 88,30 % à le mentionner comme obstacle (49). Cela reste un déterminant central de la prescription des dispositifs de « sport sur ordonnance », comme le montre l'étude à Biarritz (79). Lorsqu'ils sont interrogés, les patients se déclarent eux-mêmes réticents et non motivés à changer de mode de vie. Pourtant, 83 % des Français disent préférer modifier leur comportement pour améliorer leur santé plutôt que prendre un médicament (91). Mais l'engagement et l'investissement que le traitement non médicamenteux, comme l'AP, implique, sont des facteurs de renoncement. La motivation à initier et maintenir l'AP est processus dynamique, multi-factoriel, intrinsèque au patient. Et, les facteurs de motivation à la pratique sont connus : améliorer la condition physique, le plaisir, ressentir un bien-être physique et psychologique, améliorer sa santé, contrôler le poids, la socialisation, l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité (23) (26) (53). Le médecin doit s'attacher à connaître et repérer ces facteurs selon l'individu pour fournir des réponses à ses oppositions et ses freins. L'une des techniques recommandées par les autorités sanitaires pour y parvenir est l'entretien motivationnel (26) (27). Il s'agit d'une méthode pour accompagner le patient vers un changement de comportement, basée sur une approche non directive. Pour évaluer sa capacité au changement, le médecin peut s'aider du modèle trans-théorique de changement des comportements de Prochaska

et DiClemente, qui décrit 5 stades, dans l'ordre : pré-contemplation, contemplation, préparation, action et maintien (92). En fonction du stade auquel se situe le patient, le praticien doit adapter son discours pour l'aider à progresser vers un stade de plus grande pratique d'AP. Il existe un fort niveau de preuve que les interventions fondées sur les théories et techniques de changement de comportement sont efficaces pour augmenter le niveau d'AP chez l'adulte en général (25).

S'ils ont, pour beaucoup, évoqué la motivation comme obstacle, les médecins interviewés n'ont pas spontanément parlé de l'entretien motivationnel comme support. Est-ce dû au fait qu'ils ne sont pas familiarisés et formés à cette technique ? Pour être encore plus efficace, il est indispensable que cette notion soit enseignée au sein d'un module de formation à la prescription d'AP.

3.2.4. La valorisation financière de la prescription

Le mode de rémunération à l'acte des soins primaires en France est un paramètre peu favorable à la prescription d'AP, au regard du temps nécessaire et passé (14) (93). Les pratiques d'éducation individuelle requièrent un temps spécifique qui actuellement n'est pas reconnu donc non rémunéré. Pourtant, un seul des 13 médecins interrogés ici réclame la valorisation de l'acte de prescription de l'AP. Dans une étude quantitative, 30,9 % des médecins généralistes ont déclaré que la non valorisation financière de la prescription du sport sur ordonnance se place en frein (57). Et, ils sont plusieurs à avoir suggéré d'encourager la prescription par une rémunération spécifique et adaptée (47) (69) (70). Au sein de notre étude, le médecin propose une cotation spécifique de type « 2C ou 3C », relative à l'ancienne NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels).

Pour l'heure, avant d'envisager d'inclure une cotation dans la NGAP, une réflexion sur la valorisation financière pourrait se faire autour de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Cette proposition est rapportée par le député M. Belkhir Belhaddad dans une mission « flash » relative à la prescription d'AP à des fins thérapeutiques (94). A quatre ans de sa création, la ROSP a permis une amélioration de la prise en charge et du suivi des patients atteints de pathologies chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la maîtrise des dépenses de santé (95). La majorité des médecins généralistes reconnaissent d'ailleurs ce dispositif conventionnel comme un levier ayant un véritable impact positif sur

l'évolution de leurs pratiques. Suite à la nouvelle convention médicale de 2016, la ROSP, révisée, a mis un accent particulier sur la valorisation de la prévention (dépistage cancer colorectal, invitation au sevrage tabagique) (96). L'intégration d'un indicateur « invitation à la pratique d'une activité physique » au sein de la ROSP pourrait donc être une piste à envisager pour soutenir les médecins à s'engager dans une telle prescription.

3.2.5. Les modalités du dispositif de Caen

3.2.5.1. La gratuité du dispositif pour les bénéficiaires

A l'égard des patients, il ressort que la gratuité du parcours d'APA, particularité du dispositif de Caen, est une condition encourageant l'adhésion. C'est d'ailleurs jugé quasiment indispensable pour ce type d'initiative d'après les médecins. Selon eux, l'aspect financier est un des facteurs limitants pour les patients. Dans une étude, plus d'un médecin généraliste sur deux (57 %) ont signalé avoir été confrontés au refus de la prescription d'APA du fait de l'absence de remboursement de celle-ci (70). L'appui financier pour le patient proposé à Caen se place donc en levier, surtout en raison de la situation socio-économique locale. Comparativement au reste du Calvados, de la région ou de la France, la précarité est un peu plus marquée sur le territoire caennais (97). Les indicateurs socio-économiques peu favorables à la santé se cumulent (part des bénéficiaires des minimas sociaux, chômage, conditions de vie).

Néanmoins, les avis à propos de cette prise en charge financière de l'APA sont inégaux dans la littérature. La majorité des médecins répondants du sondage IFOP estiment que le coût du sport sur ordonnance doit revenir au patient (48). En outre, certaines études ont montré qu'une petite participation financière augmente la motivation intrinsèque du patient et influence positivement l'adhésion au programme (89). Une étude dont l'objectif principal était de décrire l'AP des patients souffrant de pathologies chroniques, trois ans après leur inclusion au réseau effORMip, s'est également intéressée aux raisons de l'arrêt de la pratique de l'AP (98). La première cause retrouvée est financière. Dans ce réseau, on propose lors de l'inscription une aide financière à hauteur de 130 euros, aide effective uniquement la première année. Pourtant, seuls 11 % de la population française ont déclaré en 2017 ne pas pratiquer d'AP à cause de son coût trop élevé (53).

3.2.5.2. Les critères d'admission

- *Les pathologies concernées*

Les pathologies accueillies à Caen sont considérées prioritaires. Elles font partie des indications privilégiées par les médecins, les bienfaits de l'AP n'étant plus à prouver. La sédentarité dans le cadre de ces pathologies engendre d'ailleurs un coût important sur le plan économique (99). En tête de liste, on retrouve le diabète de type 2 dont la sédentarité est responsable de 18,6 % du coût total de la sédentarité en France (qui est estimé à 17 milliards d'euros par an). Il est suivi de près par le mal de dos (17,4 %). Le poids financier de la sédentarité des pathologies osseuses et des troubles mentaux est également non négligeable. En effet, en 2000, les troubles mentaux constituaient la principale cause d'ALD chez les 15-34 ans dans l'ancienne région Basse-Normandie (100). Le bassin caennais présentait une légère surmortalité par suicide de plus 2,4 %.

Pour aller plus loin, les médecins ont fait la proposition d'élargir le critère des pathologies pouvant être admises. De façon assez large, ils souhaiteraient voir intégrer les maladies et facteurs de risque cardiovasculaires, notamment l'HTA. Ils espèrent que l'indication de l'obésité ne soit plus seulement limitée aux enfants, mais étendue à l'adulte. Ce sont les pathologies préférentiellement ciblées par les médecins en général car ils perçoivent une efficacité (48) (49) (57). Ils nomment aussi les cancers en prévention tertiaire, dont les cancers du sein et de la prostate, qu'ils justifient par leurs incidences. Il est admis que la pratique d'une AP est associée à une réduction du risque de mortalité après un traitement pour ces deux cancers (25) (101). Outre les bénéfices sanitaires, le contexte épidémiologique local peut expliquer la demande des médecins. Dans son rapport de 2017 sur l'état de santé de la population en France, l'InVS (Institut de veille sanitaire) rapporte que la Normandie enregistre le deuxième taux le plus fort de mortalité prématurée des régions de Métropole (102). Cette surmortalité est surtout marquée par les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers, notamment du sein. Il occupe le deuxième rang du taux le plus élevé de mortalité par cancer du sein au niveau national. A l'échelle du Calvados, les trois cancers les plus fréquents sont les cancers de la prostate, du sein et du poumon (97).

Nous pouvons remarquer que les pathologies respiratoires chroniques, telle que la BPCO, n'ont pas été mentionnées pour faire partie des pathologies encadrées. Cette population souffre pourtant d'un niveau de sédentarité et d'inactivité physique alarmant. Seuls 10 % des patients atteints de BPCO grade III sont actifs, quand aucuns ne le sont en cas de BPCO grade IV (27). Outre le sevrage tabagique, seule thérapeutique pouvant interrompre l'évolution de la BPCO, la réhabilitation respiratoire, fondée sur la pratique de l'AP et l'éducation thérapeutique, est au centre de la prise en charge de la BPCO. En luttant contre le déconditionnement musculaire, l'AP améliore la tolérance à l'effort, la dyspnée et la qualité de vie (niveau de preuve A). Si les médecins n'évoquent pas la BPCO pour le « sport sur ordonnance », il peut s'agir d'un manque de sensibilisation et de visibilité de la réhabilitation respiratoire. Et pour cause, on ne recense aucun centre ou réseau de réhabilitation respiratoire dans le Calvados (103). Inclure la BPCO dans le dispositif pourrait être l'occasion d'offrir une structure relais pour cette population.

En dehors des AVC, les médecins n'ont pas proposé d'autres maladies neurologiques chroniques, comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaque. Possiblement, l'idée persiste, chez les médecins, que ces pathologies nécessitent des actes de rééducation par un kinésithérapeute et explique qu'ils ne pensent pas à ces pathologies en premier lieu pour le « sport sur ordonnance ».

- La gestion hors ALD

La législation française du sport sur ordonnance de 2016, telle qu'énoncée, limite la prescription écrite de l'APA aux patients en ALD (12). Cela représente près de 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie en 2017 (soit 17 % des assurés) (104). En 2012, à Caen, près de vingt mille ALD étaient comptabilisées (105). Pour les médecins, le fait que le dispositif de Caen ne se soit pas cantonné à cette gestion en ALD est une plus-value, à l'image du dispositif strasbourgeois (38). En effet, 80 % des médecins généralistes trouveraient intéressant de pouvoir prescrire l'AP aux patients qui ne sont pas en ALD (70). Seulement, à travers l'analyse de nos entretiens, nous avons pu constater que la description des pathologies bénéficiaires ainsi faite dans la brochure pouvait laisser entendre l'inverse dans l'esprit de certains médecins (Annexe C). Si toutes les ALD sont des pathologies chroniques, toutes les pathologies chroniques ne font pas partie

de la liste des ALD régie par les articles L. 322-3, 3° et 4° et D 322-1 du Code de la sécurité sociale (106) (107). Pour les médecins, cet acronyme se réfère bien au dispositif médico-administratif de la Sécurité sociale, qui ouvre le droit à la suppression du ticket modérateur en cas d'ALD exonérante. Parmi les pathologies choisies à Caen, l'obésité infantile ou l'arthrose, par exemple, n'appartiennent pas au registre des ALD. Supposer qu'il faille que le patient soit en ALD pour intégrer le dispositif a donc pu être pourvoyeur de non prescription par certains médecins. Afin de lever cette limitation, comme il se destine aujourd'hui à des pathologies chroniques, certaines en gestion ALD, d'autres non, l'intitulé des bénéficiaires devrait être reconsidéré. On pourrait suggérer de stipuler « affections chroniques », sans faire mention de l'ALD.

D'autre part, les médecins ont émis le souhait de voir s'investir la Sécurité sociale dans le « sport sur ordonnance » pour les patients reconnus en ALD, afin que cela fasse partie intégrante de leurs parcours de soins.

▪ *Le niveau de limitation fonctionnelle*

Du manque de connaissance de la législation, en découle le fait qu'aucun des médecins n'aient eu notion du tableau des limitations fonctionnelles lors des entretiens (Annexe A). Il n'est pas clair pour eux qu'il s'agit d'un des critères permettant l'orientation ou non d'un patient vers le programme de Caen. L'APA y est encadrée par des professionnels dont les modalités d'intervention sont prévues par le décret du 30 décembre 2016 (12). Ici, seules les personnes ayant des limitations fonctionnelles au maximum modérées peuvent être encadrées. Le tableau qui permet de déterminer les limitations apparaît complexe et peu adapté aux contraintes de temps de la consultation de médecine générale. Cette évaluation méconnue qui leur incombe est un obstacle recensé. Ils regrettent aussi cette restriction d'orientation, stipulant qu'un patient aux limitations fonctionnelles sévères nécessite d'être accompagné pour pratiquer de l'AP, autant voire plus qu'un patient sans aucune limitation.

Pour tenter de remédier à ces problématiques, ils proposent que soit discutée la création d'un poste de « médecin coordonnateur ». Il pourrait avoir un rôle dans l'évaluation du statut fonctionnel du patient. Si celui-ci ne correspond pas aux capacités d'encadrement par le système caennais, il pourrait le réorienter vers une

autre structure d'APA plus appropriée. Le risque de créer un sentiment d'échec lié à une mauvaise orientation se trouverait minoré.

- *Le critère d'inclusion géographique*

Si la gratuité du dispositif peut réduire les inégalités socio-économiques en la matière, il ne faut pas qu'elles soient déplacées vers des inégalités géographiques. Dans notre étude, les médecins qui n'exercent pas à Caen sont limités par le critère du lieu de résidence. Les possibilités de recrutement font défaut dans leur patientèle majoritairement non caennaise. Pour certains, c'est un frein important qui crée ou aggrave les inégalités territoriales de l'accès aux soins entre les populations. Ils estiment qu'il faut étendre l'accès aux résidents de la première couronne de l'agglomération caennaise. Plus largement, ils demandent que soit lancée une réflexion pour que ce type de programme fasse partie d'une organisation régionale voire nationale et non pas locale. Pour l'heure, les premiers résultats de l'enquête « recensement de l'offre APA » sur le territoire français montre que, parmi les 79 dispositifs répertoriés en novembre 2018, 41 sont communaux/locaux, 25 sont départementaux et seulement 5 sont régionaux (108). Toutefois, ils sont conscients des coûts que cela engendrerait et de la nécessité d'étudier les alternatives pour un mode de financement pérenne des dispositifs d'APA.

3.2.5.3. La durée du parcours

Ils ont émis une critique envers la durée du programme, qu'ils estiment trop courte. Certains consentent que c'est une opportunité pour mettre ou remettre des personnes sédentaires au sein d'un mode de vie actif et qu'il peut se placer en levier pour maintenir ce changement à plus long terme. D'autres sont plus dubitatifs et craignent qu'un accompagnement temporaire sur quatre mois soit source d'abandon de la pratique au sortir du dispositif. Son efficacité et son intérêt peuvent être remis en cause, dans la mesure où, comme ils le rappellent, les bienfaits de l'AP s'acquièrent lorsque celle-ci perdure. Selon l'étude qui évaluait l'efficacité de différents programmes de prescription d'AP en Europe, une durée du programme plus longue et un suivi sur le long terme sont associés positivement à une plus grande efficacité des programmes (89).

Les médecins augurent un arrêt de l'AP par retombée de la motivation en dehors du dispositif. La compréhension de cette anticipation va plus loin dans une étude sociologique réalisée auprès des bénéficiaires du « sport-santé sur ordonnance » de Strasbourg (109). Des difficultés ont pu être établies pour quitter un tel dispositif et poursuivre l'AP au sein d'un club sportif conventionnel. Ce peut être un outil pour sortir de la sédentarité, mais pas de façon autonome, créant une forme de dépendance au dispositif. On s'aperçoit que le manque d'autonomie des patients pour initier l'AP, pointé par les médecins, se retrouvent également parmi les difficultés à la mise en pratique autonome. Car, au delà de l'aspect financier, la pratique entre pairs, l'écoute et l'accompagnement personnalisé apportés par les éducateurs sont appréciés des bénéficiaires. Il offre un cadre où la stigmatisation liée à l'apparence ou à la fragilité médicale, sociale, se fait moins pressante. Ces éléments sont d'ailleurs énumérés par les médecins parmi les leviers fournis par le dispositif de Caen.

3.2.5.4. L'observance au sein du parcours

D'autres médecins présupposent un manque d'observance des patients, obstacle également retrouvé dans la littérature (72). Certains pensent qu'ils ne vont pas être assidus aux deux séances hebdomadaires ou ne pas achever le parcours des quatre mois. Une des médecins exprime sa crainte de voir une place immobilisée par un patient non observant. Les premières constatations dans le dispositif vont dans ce sens. En effet, le comité de pilotage du dispositif qui a eu lieu en février 2018 a permis d'évoquer le manque d'assiduité de certains patients, constatant que nombre d'entre eux n'avaient pas achevé les 30 séances au terme prévu des quatre mois⁴.

On estime que seuls 50% des patients souffrant de pathologies chroniques sont observants quant à leurs protocoles thérapeutiques, qu'ils soient médicamenteux ou non médicamenteux (110). Le taux moyen d'observance retrouvé au sein des programmes d'AP sur orientation médicale est de 42 % à 51 % (111). Depuis les années 1990, il existe un système nommé « Exercise referral schemes » (ERS) au Royaume-Uni, où les patients inactifs et atteints d'affections chroniques peuvent être orientés par leur médecin vers un professionnel ou un programme d'AP. Des revues de la littérature se sont attachées à analyser les facteurs influençant leur

⁴. D'après les données exposées au comité de pilotage du dispositif « sport sur ordonnance » de Caen du 14/02/2018.

observance. D'un point de vue psychosocial, la motivation intrinsèque du patient, l'efficacité personnelle, le besoin psychologique de satisfaction ainsi que le soutien social sont associés positivement à l'observance des programmes d'ERS (111). Des attentes moins importantes en matière de changement à l'entrée dans le système augmentent l'observance. Quand des objectifs trop élevés risquent de mener à l'échec et à la perte de confiance. Le soutien et l'encadrement par un professionnel de l'AP, le soutien des pairs, de la famille, des amis, et l'engagement social vis-à-vis des autres participants créé par le cadre de groupe sont des facteurs améliorant la participation. D'autres éléments tels qu'un lieu de pratique accessible, notamment avec les transports en commun, la variété des activités, la flexibilité des horaires, une prise en charge adaptée et une perception des bénéfices sur la santé mentale et physique favorisent la mobilisation des bénéficiaires (90). A l'inverse, les freins culturels, le coût de l'intervention et l'environnement intimidant des gymnases représentent des obstacles à l'observance. L'identification de ces facteurs d'observance doit avoir un impact auprès des médecins prescripteurs qui peuvent s'assurer, par exemple, que les objectifs du patient ne soient pas trop optimistes lors de la consultation de prescription.

A Caen, il a été décidé de mettre une date limite de fin de parcours à six mois maximum et de faire intervenir des entretiens motivationnels en cas de manque d'assiduité visible, puisque la motivation est une des pierres angulaires du processus multi-factoriel de l'observance thérapeutique.

4.1.1. La législation du sport sur ordonnance

En marge du dispositif, un médecin a souligné l'imprécision de la loi et de son décret d'application à deux niveaux : la responsabilité médicale engagée par la prescription écrite et le respect du secret médical face à l'éducateur APA. A la lecture de différents travaux de thèse publiés depuis la parution de cette législation, il semble que d'autres médecins ne fassent pas mention de ces obstacles en ces termes (51) (69). La responsabilité du médecin est engagée à travers chaque prescription écrite. Cela peut être pourvoyeur de frein. Face à la judiciarisation de la médecine, il redoute les poursuites qui pourraient être entreprises en cas de blessures ou d'événement indésirable qui surviendraient lors d'une séance d'APA. Il apparaît donc essentiel que l'encadrement et les conditions de délivrance de l'APA,

tout comme les compétences des éducateurs APA soient connus des prescripteurs. La connaissance va favoriser la confiance envers la structure. Ils seront plus à même d'y orienter leurs patients.

Le métier d'éducateur APA ne leur est pas réellement familier. La question du respect du secret médical est aussi soulevée dans notre étude (69). Le médecin, en renseignant sur l'ordonnance qui sera lue par l'éducateur APA la pathologie d'orientation du patient, rompt-il le secret médical ? La législation n'apporte pas la réponse à cette interrogation du secret médical opposable ou non au professionnel de l'APA. Néanmoins, il est précisé par la Société Française des Professionnels en APA que « quels que soient les secteurs d'intervention (médico-social, social et sanitaire), l'enseignant en APA est soumis au respect du secret professionnel et des informations qui concernent les personnes prises en charge (art L1110-4 Code Santé Publique) au même titre que tout autre professionnel » (112).

4.1.2. D'autres freins cités

Selon les médecins, les patients se cantonnent à un mode de vie inactif en raison de leur état de santé, de leurs complexes et des contraintes physiques. Alors qu'il est prouvé que l'AP entraîne un meilleur contrôle du poids, il se place en barrière par crainte du jugement, par manque d'estime de soi. Pour exemple, l'adhésion est meilleure pour le motif de prescription « diabète », quand l'orientation pour « poids » semble corrélée à un plus faible taux d'adhésion envers les programmes (89). La société actuelle véhicule, à travers les médias, l'idéal d'un corps mince, et malheureusement, cette stigmatisation des obèses est responsable d'un maintien voire d'une aggravation de la maladie en renforçant l'inactivité et la sédentarité (113).

Une thèse qualitative a exploré le vécu de patients orientés vers le programme d'APA « bougez sur ordonnance » de Nîmes, en analysant les facteurs qui influencent leur adhésion et observance (80). Les résultats des freins à l'initiation de la pratique corroborent ceux décrits par les médecins de notre étude, à savoir, la peur d'être incapable de pratiquer et la peur d'un programme inadapté à leur état de santé. Concernant la maladie, un nouveau thème émerge dans notre étude. Un des médecins a été confronté au refus d'un patient pour participer au « sport sur ordonnance » de Caen. Outre ses douleurs, son parcours de soins qu'il jugeait déjà trop lourd était la raison de son opposition. Face à ce nouveau déterminant, on peut

s'interroger si la prescription du « sport sur ordonnance » n'est pas vécue comme une contrainte supplémentaire par les patients porteurs de maladies chroniques. Il sera nécessaire de leur expliquer le rôle et la place qu'occupe l'AP dans la gestion de leur maladie. Recueillir l'avis des patients sur ce sujet serait intéressant et pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

Du côté des médecins, les maladies chroniques ne constituent pas un frein en tant que tel. La stabilité de celles-ci est néanmoins primordiale, et une médecin précise qu'une HTA non équilibrée, par exemple, se pose en contre-indication. Une autre interviewée considère que l'âge, facteur de fragilité, est limitant. Pourtant, l'OMS recommande l'AP également pour les personnes âgées de 65 ans et plus (24). Et les bénéfices en matière de cognition, de prévention des chutes et de capacités fonctionnelles sont admis. Alors que l'âge est un déterminant de la sédentarité dans la population, il est important que le professionnel de santé ne soit pas vecteur de ce frein pour ne pas renforcer son impact. Le guide publié en 2018 par la HAS se positionne en levier. Il fournit un référentiel au médecin pour l'évaluation du profil de risque de son patient. Et il permet de donner l'orientation de l'évaluation médicale requise pendant la consultation d'AP dédiée afin d'ajuster sa prescription, y compris pour les patients en âge avancé (26).

Enfin, serait-ce dû au climat normand doté d'une pluviométrie conséquente, nous avons identifié dans nos résultats que les conditions climatiques défavorables sont source de renoncement à l'AP. Si nous n'avons pas retrouvé ce frein dans d'autres études, la HAS conseille de favoriser l'AP du quotidien, au domicile ou dans un centre sportif si c'est un frein perçu (26). Le dispositif caennais propose plusieurs AP qui se pratiquent en intérieur. Il doit donc servir de levier.

3.3. Les perspectives à l'issue de notre étude

3.3.1. A l'échelle locale

3.3.1.1. Évaluations du dispositif

Pour renforcer la pertinence et l'intérêt d'un tel dispositif, les médecins réclament que des études d'efficacité clinique soient réalisées, ainsi que des évaluations du rapport bénéfice/coût en terme d'économie de la santé. De nouvelles données permettraient de valoriser encore l'apport scientifique de l'APA sur la santé et sont

indispensables pour espérer des voies de prise en charge financière de l'APA pérennes. A ce jour, il subsiste une incertitude considérable quant à l'efficacité de ces programmes sur l'amélioration des indicateurs d'AP, de la condition physique ou de la santé (114). Les évaluations médico-économiques sont notamment rendues difficiles par l'hétérogénéité des programmes d'APA, et par l'insuffisance méthodologique pour analyser l'efficacité des traitements non médicamenteux (14).

Plusieurs travaux sont d'ores et déjà en cours. Dans le cadre d'une thèse de médecine générale, l'efficacité du dispositif à la fin du parcours et à moyen terme seront évaluées au travers des tests physiques et psychologiques, ainsi que l'assiduité et l'adhésion du patient. Une étude portant sur les facteurs limitants et les leviers à la pratique d'AP en autonomie, en sortie du dispositif, a été menée à l'occasion d'un travail de Master 1 APAS (activité physique adaptée et santé)². Les résultats de l'analyse quantitative montrent une corrélation entre certains facteurs et la poursuite de l'AP : le temps pour effectuer le parcours (entre 7 et 12 mois), l'atteinte de l'objectif personnel et l'amélioration du test de qualité de vie. Les patients orientés pour une pathologie psychiatrique ont plus de difficultés à maintenir une AP au delà de trois mois après la fin du programme. Au vu de ces résultats, de nouveaux outils seront proposés aux bénéficiaires pour encourager le maintien de la pratique autonome dans la durée. Un livret d'autonomie comportant un nouvel objectif personnel fixé à trois mois, des informations sur les associations sportives à Caen et des rappels d'exercices simples à réaliser leur sera remis. Une lettre d'information sera éditée périodiquement pour les bénéficiaires et des journées de rassemblement autour de l'AP seront organisées. Ces dernières évolutions sont intéressantes puisque des réunions entre pairs et des retours d'expériences envers les populations atteintes de maladies chroniques sont associés une augmentation modeste mais significative du niveau d'AP (25). Par ailleurs, on peut y voir des solutions en réponse aux doutes émis par les médecins sur l'intérêt d'un programme proposant une prise en charge limitée dans le temps et, face aux abandons pressentis à son issue.

2 : Données issues de la Lettre d'infos N°3 de la ville de Caen sur le « sport sur ordonnance » parue en juillet 2019.

3.3.1.2. Des évolutions du dispositif prévues

Début juillet 2019, les acteurs impliqués dans le « sport sur ordonnance » de Caen se sont réunis et ont validé l'extension des pathologies encadrées. Eu égard aux connaissances scientifiques, aux données épidémiologiques du récent diagnostic local de santé (dont la publication est en attente) et à la part des ALD sur le territoire, les maladies cardiovasculaires stabilisées et l'obésité chez l'adulte ont été retenues. L'accueil de ces pathologies pourra être effectif dès le mois de septembre 2019. A l'avenir, les maladies neurologiques chroniques devront pouvoir intégrer le parcours.

Un nouvel envoi de courrier écrit avec la documentation sur le dispositif est prévu fin août 2019. Il comportera les brochures avec l'intitulé des bénéficiaires modifié. La notion d'ALD n'apparaîtra plus et le terme « maladies psychotiques » est abandonné au profit des « maladies psychiatriques ». Pour poursuivre la diffusion de l'information par le biais de différents outils de communication, des réunions à l'attention des médecins seront organisées en présence d'éducateurs APA.

Le dispositif maintient son engagement auprès des populations en situation de précarité en créant un partenariat avec le CCAS (Caisse centrale d'activités sociales). Si l'aspect financier s'avère être un obstacle à la continuité de l'AP dans un club sportif conventionnel, la personne peut disposer d'une étude individualisée de son budget auprès du CCAS pour définir un programme d'aide adaptée si besoin.

3.3.1.3. L'aménagement du territoire

Au delà du « sport sur ordonnance », un médecin appelle les collectivités locales à poursuivre leur investissement en développant un environnement propice à l'AP, pour soutenir la population à adopter un mode de vie actif au quotidien. On sait que les facteurs environnementaux sont omniprésents dans les comportements d'AP (23). Et, il est démontré qu'avoir des infrastructures (parcs, gymnases, sentiers) et des réseaux sécurisés, facilement accessibles et utilisables pour la marche et le vélo augmentent l'AP par rapport à des environnements qui n'en sont pas dotés (25).

3.3.2. A l'échelle nationale

A l'aube des Jeux Olympiques et Paralympiques d'été 2024, qui seront célébrés à Paris, la politique nationale de santé publique continue de se mobiliser dans la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique. La Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 est construite autour de quatre axes (115). Parmi les propositions, certaines semblent avoir la volonté de répondre aux problématiques soulevées dans notre étude.

Le deuxième axe ambitionne que le rôle thérapeutique de l'APA dans les maladies chroniques soit reconnu et intègre le parcours de soins. Pour cela, il projette de mieux sensibiliser et former les médecins à la prescription d'APA, en mettant à leur disposition des outils d'aide à la prescription et à la décision médicale (26). Il prévoit de développer l'offre d'APA pour les pathologies chroniques, avec la création, d'ici 2021, d'une plateforme en ligne recensant les offres d'APA. Enfin, il appelle tous les financeurs possibles à s'investir pour soutenir la croissance de la prise en charge des maladies chroniques par l'APA. Dès 2020, il est prévu que l'APA soit inscrite dans le protocole de soins des femmes atteintes de cancer du sein. Néanmoins, on peut déjà regretter l'absence de pistes de réflexion sur les modalités de financement du sport sur ordonnance prévues par la loi de financement de la Sécurité sociale 2019, malgré les interpellations qui ont été faites (116).

Le quatrième axe souhaite documenter et diffuser les connaissances relatives aux bénéfices et aux impacts de la pratique sportive sur la santé, notamment auprès du grand public. Des recherches médico-économiques seront engagées dès 2019. Les évaluations des différents programmes d'APA sur prescription médicale existant sur le territoire français devront aussi être systématiques pour que cette approche soit intégrée sur le long terme.

La création de 500 maisons « sport santé » est une autre ambition gouvernementale qui doit s'établir à partir des réseaux existant au niveau local (68). Il est attendu que ce soient des structures d'accueil qui permettent d'orienter la population vers une APA à partir d'une évaluation médico-sportive et motivationnelle préalable. Elles devraient assurer le suivi des patients en lien avec le médecin traitant, dans le respect du secret médical et veiller au respect de la qualification des intervenants.

CONCLUSION

Notre étude a souhaité identifier les facteurs limitant la prescription du « sport sur ordonnance » de Caen auprès des médecins généralistes , afin de faire émerger des pistes d'amélioration.

De notre analyse, il ressort qu'ils réservent un accueil favorable au dispositif. Compte tenu de ses caractéristiques intrinsèques, celui-ci joue un rôle facilitant pour la prescription d'AP. La possibilité d'orienter des patients atteints de pathologies chroniques vers une structure identifiée d'AP, à l'aide d'une ordonnance simplifiée, est appréciée. Selon les médecins, l'accès à une AP gratuite, encadrée par des professionnels et adaptée aux capacités et aux pathologies des patients sont autant de paramètres favorables à leur adhésion.

Concernant les freins recensés, les médecins ont d'abord témoigné d'un manque de connaissance et de communication sur le dispositif, y compris chez les bénéficiaires potentiels. La population ignore les enjeux d'un comportement actif pour la santé. L'organisation actuelle des soins primaires peut limiter l'opportunité de cette prescription. Le manque de temps des médecins, la charge de travail et l'absence de valorisation financière en leur faveur sont mis en cause. Les imprécisions de la loi quant au secret médical et aux responsabilités médico-légales ne les incitent pas à s'y engager, tout comme les échecs antérieurs pour maintenir le changement de comportement. Certaines modalités du « sport sur ordonnance » de Caen restreignent sa prescription. Sont cités les conditions d'admission des patients, la capacité et le lieu d'accueil, ainsi que la durée de la prise en charge. Enfin, les médecins sont confrontés à des difficultés pour obtenir l'adhésion des patients, qui reposent sur des déterminants psychologiques, physiques, environnementaux et sociaux. Ils mentionnent le manque de motivation, de confiance en soi des patients, leur manque d'autonomie et d'observance, les conditions liées à leur mode de vie et le facteur climatique. Un nouveau frein émerge de notre étude, celui d'une contrainte supplémentaire du « sport sur ordonnance » vécue par les patients au parcours de soins astreignant lié à la pathologie chronique.

Pour garantir son utilisation, la diffusion de l'information sur le « sport sur ordonnance » de Caen doit s'établir auprès des deux parties prenantes. Elle doit avoir recours aux différents outils de communication et être répétée. Pour les médecins, l'intégration de cette thématique dans le cadre de la FMC, des rencontres avec les éducateurs APA et une documentation facilement accessible et compréhensible sont des moyens d'y parvenir. Envers les patients, des campagnes médiatiques sur les enjeux de l'AP pour la santé et des courriers personnalisés adressés par la Sécurité sociale semblent pouvoir aider les praticiens à les convaincre. Ils ont suggéré d'élargir les critères d'admission des patients, d'envisager le rôle d'un médecin coordonnateur et de développer des systèmes d'évaluation pour renforcer la pertinence et l'efficacité d'un tel programme. Parmi les évolutions souhaitées, certaines seront effectives prochainement. Ne souhaitant pas voir les inégalités d'accès aux soins et à l'AP s'aggraver, des réflexions doivent être lancées pour développer des programmes régionaux voire nationaux. Ils réclament aussi un investissement financier de la part de la Sécurité sociale pour appuyer cette prescription. Plus largement, cette initiative doit s'associer à l'aménagement de l'espace urbain par les collectivités pour soutenir la pratique de l'AP dans le quotidien de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. 62 p.
2. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for healthier world. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. 101 p.
3. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. avr 1985;100(2):126.
4. Khan KM, Thompson AM, Blair SN, Sallis JF, Powell KE, Bull FC, et al. Sport and exercise as contributors to the health of nations. The Lancet. 7 juill 2012;380(9836):59-64.
5. Barisic A, Leatherdale ST, Kreiger N. Importance of frequency, intensity, time and type (FITT) in physical activity assessment for epidemiological research. Can J Public Health. juin 2011;102(3):174-5.
6. Anses, Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [Internet]. Maisons-Alfort: Anses; 2016 [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
7. Byrne NM, Hills AP, Hunter GR, Weinsier RL, Schutz Y. Metabolic equivalent: one size does not fit all. Journal of Applied Physiology. 1 sept 2005;99(3):1112-9.
8. Conseil de l'Europe. Recommandation n° R (92) 13 rév. du Comité des Ministres aux Etats membres sur la Charte européenne du sport révisée (adoptée par le Comité des ministres le 24 septembre 1992 lors de la 480e réunion des Délégués des Ministres et révisée lors de la 752e réunion le 16 mai 2001). Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2001.
9. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 10 juin 2017;14(1):75.
10. Mansoubi M, Pearson N, Biddle SJH, Clemes S. The relationship between sedentary behaviour and physical activity in adults: a systematic review. Prev Med. déc 2014;69:28-35.

11. Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique [Internet]. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2009 nov [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=94>
12. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 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. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033748987
13. Rivière D. Le concept de prescription de l'activité physique. Bull Acad Natle Méd. 2017;201(4-5-6):869-78.
14. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées - Rapport d'orientation [Internet]. 2011 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
15. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 21 juill 2012;380(9838):219-29.
16. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. Lancet. 24 sept 2016;388(10051):1311-24.
17. Chau J, Grunseit A, Chey T, Stamatakis E, Brown W, E Matthews C, et al. Daily Sitting Time and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. PloS one. 13 nov 2013;8:e80000.
18. Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. American Journal of Preventive Medicine. 1 août 2016;51(2):253-63.
19. Bauman A, Ainsworth BE, Sallis JF, Hagströmer M, Craig CL, Bull FC, et al. The Descriptive Epidemiology of Sitting: A 20-Country Comparison Using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). American Journal of Preventive Medicine. 1 août 2011;41(2):228-35.
20. Chau JY, Grunseit A, Midthjell K, Holmen J, Holmen TL, Bauman AE, et al. Cross-sectional associations of total sitting and leisure screen time with cardiometabolic risk in adults. Results from the HUNT Study, Norway. J Sci Med Sport. janv 2014;17(1):78-84.
21. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 20 janv 2015;162(2):123-32.

22. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 24 sept 2016;388(10051):1302-10.
23. Inserm, Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Activité physique - Contextes et effets sur la santé*. Paris: Les éditions Inserm; 2008. 811 p.
24. Organisation mondiale de la santé. *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé* [Internet]. OMS; 2010 [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
25. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Washington, DC: U.S. Dept of Health and Human Services; 2018.
26. Haute Autorité de Santé. *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes* [Internet]. 2018 sept [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
27. Inserm. *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. EDP Sciences. 2019. 824 p. (Expertise collective).
28. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 21 juill 2012;380(9838):247-57.
29. Esen, Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. *Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016) - Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité*. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2017.
30. Anses, Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail. *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3)* [Internet]. Maisons-Alfort: Anses; 2017 juin [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
31. InVS, Institut de veille sanitaire. *Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006* [Internet]. 2006 [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/nutrition_enns/
32. Ministère délégué à la santé. *Programme National Nutrition-Santé PNNS 2001 – 2005* [Internet]. 2001 [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>

33. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. PNAPS Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive [Internet]. 2008 [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapPreventionActivite-2008.pdf>
34. La commission médicale du CNOSF [Internet]. FranceOlympique.com. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <http://espritbleu.franceolympique.com/cnosf/actus/6245-la-commission-mdicale-du-cnosf.html>
35. Assemblée mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. 2006 [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
36. Ministre des affaires sociales et de la santé, Ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative. INSTRUCTION N°DS/DSB2/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique [Internet]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf
37. efFORMip [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.efformip.com/>
38. Ville de Strasbourg, Service promotion de la santé de la personne. Sport santé sur ordonnance - rapport d'activité 2016 [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1560468/0/b418f431-08b5-5f8d-71b9-3fc48ea370b6>
39. Weber A, Herzog F, Lecocq J, Feltz A, Pradignac A. P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. Nutrition Clinique et Métabolisme. 1 déc 2014;28:S97-8.
40. Mme Fourneyron, Mme Bourguignon, M. Deguilhem, M. Juanico. Assemblée nationale ~ Santé (n° 2673) - Amendement n° 917. mars 27, 2015.
41. Code de la santé publique - Article L1172-1. Code de la santé publique.
42. Ministre des affaires sociales et de la santé, Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministre 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 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. [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf
43. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.

44. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 17 janv 2006;174(2):177-83.
45. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend TJ. Physical activity counseling and prescription among canadian primary care physicians. *Arch Intern Med*. 10 sept 2007;167(16):1774-81.
46. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 12 avr 2003;326(7393):793.
47. ORS, URPS-ML Pays de la Loire. Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. mai 2016;(13):8.
48. IFOP. Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques [Internet]. 2015 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3187-1-study_file.pdf
49. Barthel E. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
50. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med*. 1 juill 2012;46(9):625-31.
51. Tissot F. Prescription d'activité physique à Villeurbanne: proposition d'un dispositif par la ville après recueil des besoins des médecins libéraux villeurbannais [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
52. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. Green prescriptions: attitudes and perceptions of general practitioners towards prescribing exercise. *Br J Gen Pract*. sept 1997;47(422):567-9.
53. European Commission. Special Eurobarometer 472 - Report - Sport and physical activity [Internet]. 2017 déc [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://sante.public.lu/fr/publications/s/rapport-sport-and-physical-activity-en/rapport-sport-and-physical-activity-en.pdf>
54. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
55. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *British Journal of Sports Medicine*. 1 févr 2009;43(2):89-92.

56. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science & Sports*. 1 avr 2015;30(2):66-73.
57. Lesage C. Facteurs de résistance à la prescription d'activité physique sur ordonnance: enquête auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2016.
58. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Armand Colin; 2016. 432 p. (Sciences humaines & sociales).
59. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ*. 8 janv 2000;320(7227):114-6.
60. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse*.
61. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2e édition. Armand Colin; (128).
62. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes; 2011. 266 p.
63. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;Vol. 19(5):413-25.
64. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health*. févr 1998;88(2):288-91.
65. Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med*. 13 avr 2009;169(7):694-701.
66. Carré F. Sport sur ordonnance, comment faire ? *La Presse Médicale*. 1 juill 2017;46(7, Part 1):745-50.
67. Reinert-Giraud C, Perdrix C. Comment résoudre les difficultés de prescription de l'activité physique sur ordonnance ? : étude qualitative auprès de neuf médecins chambériens de l'expérimentation « Bouger sur prescription ». Lyon, France; 2014.
68. IGAS, IGJS. Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. 2018 mars. Report No.: RAPPORT IGAS N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07.
69. Vonarx F-X. « Sport sur ordonnance »: freins et leviers à son application sur la communauté urbaine d'Arras [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé Lille; 2017.

70. Rucar B. Sport santé sur ordonnance: analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en ALD chez des médecins généralistes ayant réalisés une formation à cette prescription [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille; 2018.
71. Perwez T. Prescription de l'activité physique en médecine générale: point de vue des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
72. Gaume C. Les déterminants de la prescription écrite d'activité physique par les médecins généralistes héraultais en 2016: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
73. Bernard E, Arnould M, Saint-Lary O, Duhot D, Hebbrecht G. Internet use for information seeking in clinical practice: A cross-sectional survey among French general practitioners. *International Journal of Medical Informatics*. 1 juill 2012;81(7):493-9.
74. Fowles JR, O'Brien MW, Solmundson K, Oh PI, Shields CA. Exercise is Medicine Canada physical activity counselling and exercise prescription training improves counselling, prescription, and referral practices among physicians across Canada. *Appl Physiol Nutr Metab*. mai 2018;43(5):535-9.
75. O'Brien M, Shields C, Crowell S, Theou O, McGrath P, Fowles J. The effects of previous educational training on physical activity counselling and exercise prescription practices among physicians across Nova Scotia: a cross-sectional study. *Can Med Educ J*. 12 nov 2018;9(4):e35-45.
76. Kosteniuk JG, Morgan DG, D'Arcy CK. Use and perceptions of information among family physicians: sources considered accessible, relevant, and reliable. *J Med Libr Assoc*. janv 2013;101(1):32-7.
77. DRDJSCS. SPORT SANTÉ BIEN ETRE (SSBE) NORMANDIE Annuaire régional des associations et structures proposant une activité physique adaptée [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.sportsantenormandie.fr/trouver-structure.php>
78. Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Informations sociales*. 15 juin 2015;n° 187(1):47-53.
79. Pitarch J. Déterminants de la prescription d'activité physique: étude qualitative auprès des 21 médecins de l'expérience Sport-Santé sur ordonnance menée à Biarritz en 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
80. Jouanjean M. Vécu des patients participant au dispositif « bougez sur ordonnance »: facteurs influençant leur adhésion et leur observance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
81. Lamoureux P. Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé. *Les Tribunes de la sante*. 2005;no 9(4):35-42.

82. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles, UFR des sciences de la santé; 2012.
83. Letrilliart L, Supper I, Schuurs M, Darmon D. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. avr 2014;(114):148-57.
84. DREES, ORS Provence-Alpes- Côte d'Azur, AMSE. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Études et Résultats. mai 2019;(1113).
85. DREES. La durée des séances des médecins généralistes. avr 2006;(481):7.
86. Thornton JS, Frémont P, Khan K, Poirier P, Fowles J, Wells GD, et al. Physical activity prescription: a critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease: a position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. Br J Sports Med. 1 sept 2016;50(18):1109-14.
87. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. Br J Gen Pract. mars 1991;41(344):119-22.
88. Grondin É. Motivations et barrières à la pratique d'une activité physique prescrite au sein d'un programme Sport sur Ordonnance chez le patient diabétique de type 2 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2018.
89. Arsenijevic J, Groot W. Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. BMJ Open. 1 févr 2017;7(2):e012156.
90. Morgan F, Battersby A, Weightman AL, Searchfield L, Turley R, Morgan H, et al. Adherence to exercise referral schemes by participants – what do providers and commissioners need to know? A systematic review of barriers and facilitators. BMC Public Health. 5 mars 2016;16(1):227.
91. IPSOS Santé. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale [Internet]. 2005 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
92. Romain A, Caudroit J, Hokayem M, Bernard P. Is there something beyond stages of change in the transtheoretical model? The state of art for physical activity. Canadian Journal of Behavioural Science. 22 févr 2018;50.
93. Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. Revue économique. 2004;Vol. 55(5):901-22.

94. Assemblée nationale, Commission des affaires sociales. Mission « flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques [Internet]. 2018 [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: http://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/63488/641692/version/1/file/Communication_missionflash-prescriptionactivit%C3%A9sphysiques_18_01_31.pdf
95. Caisse nationale d'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique, une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins - Bilan à 4 ans [Internet]. 2016 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-210416.pdf
96. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Guide méthodologique - Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) - médecin traitant de l'adulte [Internet]. 2017 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2017/11/2017_Note-m%C3%A9thodologique-ROSP-MT.pdf
97. Ville de Caen. Diagnostic local de santé partagé [Internet]. 2011 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://caen.fr/sites/default/files/page/13/06/diagnosticlocaldesante.pdf>
98. Geniez J. Activité physique de patients souffrant de pathologies chroniques trois ans après leur inclusion au réseau EFFORMIP [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Est Créteil. Faculté de médecine de Créteil; 2018.
99. Ministère des Sports - Direction des Sports - Bureau de l'économie du sport. Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques. Notes d'analyse SportEco. 31 janv 2018;N°11.
100. Agence Régionale de Santé Normandie. Contrat local de santé de Caen : agir pour la santé des Caennais. 2014-2018. [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/CLS%20de%20Caen.pdf>
101. Bouillet T, Bigard X, Brami C, Chouahnia K, Copel L, Dauchy S, et al. Role of physical activity and sport in oncology: scientific commission of the National Federation Sport and Cancer CAMI. Crit Rev Oncol Hematol. avr 2015;94(1):74-86.
102. DREES, Santé Publique France. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
103. Société de Pneumologie de Langue Française. Carte de la réhabilitation Normandie - Groupe Alvéole [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <http://splf.fr/groupe-de-travail/groupe-alveole/la-carte-de-la-rehabilitation/normandie/>

104. L'Assurance Maladie. Prévalence des ALD en 2017 [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
105. Depiesse F, Doha MC, Taiana B. Sport santé bien-être: Enjeux et pratiques pour les territoires. Territorial Editions; 2018.
106. Code de la sécurité sociale - Article L322-3. Code de la sécurité sociale.
107. Code de la sécurité sociale - Article D322-1. Code de la sécurité sociale.
108. Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être. Sport sur ordonnance [Internet]. Journée nationale sport santé; 2018 nov 20 [cité 14 mars 2019]; Reims. Disponible sur: <http://www.onaps.fr/Etudes-de-l-onaps/interventions-communications-de-l-onaps/2018/journee-nationale-sport-sante/>
109. Gasparini W, Knobé S, Didierjean R. Physical activity on medical prescription: A qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients. *Health Education Journal*. 1 nov 2015;74(6):720-31.
110. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. 2003 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
111. Eynon M, Foad J, Downey J, Bowmer Y, Mills H. Assessing the psychosocial factors associated with adherence to exercise referral schemes: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2019;29(5):638-50.
112. Le référentiel métier de l'enseignant en Activité Physique Adaptée (version mai 2016) [Internet]. [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/referentiel-metier-enseignant-apa.html>
113. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS ONE*. 2013;8(7):e70048.
114. Pavey TG, Anokye N, Taylor AH, Trueman P, Moxham T, Fox KR, et al. The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Exercise Referral Schemes: A Systematic Review and Economic Evaluation. *NIHR Journals Library*; 2011.
115. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/03/Strat%C3%A9gie-Nationale-Sport-Sant%C3%A9_-4-pages.pdf
116. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/12/22/CPAX1824950L/jo/texte>

ANNEXES

ANNEXE A : TABLEAU DES PHÉNOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE ALD SELON PROFESSEUR BIGARD

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction neuro musculaire	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéo articulaire	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec $\text{sexe}=0$ pour les femmes, $\text{sexe}=1$ pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.
Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

ANNEXE B : TABLEAU DES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS EN FONCTION DU NIVEAU DE LIMITATION FONCTIONNELLE

DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens <small>(dans leur champ de compétences respectif)</small>	(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 C : FLYER « SPORT SUR ORDONNANCE » DE CAEN POUR LES MÉDECINS

LA VILLE A LA VOLONTÉ D'INCITER LES CAENNAISES ET LES CAENNAIS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES, SOURCES DE BIEN-ÊTRE POUR TOUS ET COMPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE NOMBREUSES MALADIES.

L'ensemble des médecins de Caen et des communes limitrophes, libéraux et hospitaliers, peuvent prescrire.

La prescription est à établir sur un formulaire spécifique transmis aux médecins. La pratique de l'activité physique est personnalisée et progressive en termes d'intensité et de durée.

Le dispositif est gratuit et requiert un engagement de la part du bénéficiaire : une forte assiduité, une participation active dans le dispositif, la mise en œuvre de la pratique autonome à l'issue des 4 mois.

À Caen, la santé est au cœur du sport

CAEN TOUJOURS PLUS SPORT

En partenariat étroit avec les UFR Médecine et STAPS pour :

- l'évaluation médicale à des fins de validations scientifiques de la démarche
- l'intégration de projets de recherches spécifiques mesurant l'impact de l'APA sur certaines pathologies

Plus de renseignements :
Direction des sports 02 31 30 46 36

SPORT SUR ORDONNANCE

L'activité physique sur prescription médicale



Pratiquer une activité physique en complément thérapeutique de la prise en charge de nombreuses maladies

CAEN.FR @ #



SPORT SUR ORDONNANCE

L'activité physique sur prescription médicale

D'après le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, applicable depuis le 1^{er} mars 2017, le médecin est en mesure de prescrire de l'activité physique à des patients atteints d'ALD.

Les patients sédentaires et atteints d'ALD développent plus rapidement une perte des capacités physiques et de la vie sociale.

L'objectif est double :

- 1/ rendre le patient parfaitement autonome,
- 2/ lui permettre de passer de l'activité physique adaptée à de l'activité physique.

Le décret précise également que le médecin traitant orientera le patient vers l'un des 4 groupes d'intervenants :

- Les professionnels de santé
- Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée
- Les professionnels et personnes qualifiées dont les éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives (ETAPS) ;
- Les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée.



POUR QUI ?

Le dispositif est réservé aux personnes domiciliées à Caen, sédentaires et atteintes d'une des affections de longue durée (ALD) suivantes :

DIABÈTE DE TYPE 2

TROUBLES PSYCHOTIQUES

AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

DÉPRESSION

OBÉSITÉ INFANTILE (6-16 ANS)

Chaque année, 300 bénéficiaires seront accueillis.

PAR QUI ?

Les séances seront réalisées par des éducateurs spécifiquement formés et qui accompagneront le bénéficiaire. Chaque bénéficiaire sera suivi par un éducateur référent, en charge de l'orienter et de le conseiller.

OÙ ?

Au Complexe sportif de la Haie-Vigné
135, rue de Bayeux à Caen

Les activités pourront être pratiquées dans des équipements sportifs municipaux et de la communauté urbaine.

COMMENT ?

UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Avec un rendez-vous d'accueil, 2 bilans intermédiaires, un rendez-vous de fin de parcours, et un suivi par téléphone à 3 mois, 6 mois et 1 an.

Le patient sera muni d'un livret qui contient des tests d'autoévaluation, des fiches d'assiduité, des bilans intermédiaires et des fiches outils pour la pratique autonome.

Du coaching professionnel sera proposé aux patients en difficulté dans le parcours ou dans la mise en œuvre d'une pratique autonome. Cet accompagnement spécifique dédié à une minorité a pour objectif de permettre aux personnes de s'approprier la pratique d'activité physique en travaillant sur les leviers de motivation.

UN PARCOURS D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES (APA)

Parcours de 30 séances à raison de 2 séances hebdomadaires. De nombreuses activités seront proposées, comme les arts martiaux, les activités aquatiques, la gymnastique douce, des activités physiques de pleine nature ou encore nautiques.

LE DISPOSITIF CAENNAIS

Le dispositif Sport sur ordonnance proposé par la Ville de Caen se situe dans la catégorie des professionnels qualifiés.

Il s'adresse à des patients stabilisés dont la pathologie permettra une pratique autonome à l'issue des 4 mois du parcours.

GRATUIT POUR LE PATIENT

Les spécificités du dispositif caennais :

- L'accent mis par la Ville sur l'accompagnement du bénéficiaire est un levier fondamental du projet vers une pratique autonome.
- Une collaboration étroite entre les médecins prescripteurs et les encadrants (éducateurs sportifs de la ville et de la communauté urbaine Caen la mer) sera mis en place à travers des échanges courriel tout au long du parcours des patients.

ANNEXE D : POSTER SALLE D'ATTENTE

SPORT SUR ORDONNANCE

C'est pratiquer une activité physique en complément thérapeutique de la prise en charge de nombreuses maladies

Une activité physique prescrite par votre médecin

CAEN TOUJOURS PLUS SPORT

Renseignez-vous auprès de votre médecin ou de la direction des Sports de la Ville de Caen au 02 31 30 46 36

À Caen, la santé est au cœur du sport

CAENA
NORMANDIE

Logos of partner organizations: Caen 14, Caen Métropole, Caen Université, Caen Université de Médecine, CDO 14, Caen Université de Sport, arS, Caen Université de Santé, Caen Université de Santé, Caen Université de Santé.

ANNEXE E : SUPPORT DE PRESCRIPTION « SPORT SUR ORDONNANCE » DE CAEN

NOM du médecin* :

.....

.....

Tél. :

Courriel :

.....

Tampon du médecin

.....
.....
Le / /

SPORT SUR ORDONNANCE
Une activité physique prescrite
par votre médecin

ORIENTATION **DIABÈTE**

ORIENTATION **GESTION DU POIDS****

ORIENTATION **ARTICULATIONS**

ORIENTATION **PSYCHIATRIQUE**

NOM Prénom du patient* :

Adresse : 14000 CAEN

Âge : Poids : Taille :

Objectif de l'activité physique adaptée : _____

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

Précautions : _____

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

Contact pour la pratique d'activité physique :

Centre sportif de la Haie Vigné

135, rue de Bayeux – 14000 CAEN

Demande de rendez-vous au 02 31 30 46 36

Horaires :

Lundi et jeudi : 8 h - 12 h / 14 h - 17 h

Mercredi : 14 h - 17 h

Vendredi : 8 h - 12 h 30

Mettre sous pli les informations complémentaires utiles à la mise en place d'une activité physique adaptée. (Document remis au patient)

* Informations lisibles indispensables

** Activité destinée uniquement aux enfants (de 6 à 16 ans)

CAENA
N O R M A N D I E

**ANNEXE F : COURRIER À L'ATTENTION DES MÉDECINS POUR
PARTICIPER À LA THÈSE**

[Annexe contenant des données personnelles non diffusables sur DUMAS]

ANNEXE G : GUIDE D'ENTRETIEN VERSION FINALE

Premier axe : pratiques des médecins généralistes dans la promotion de l'activité physique

1/ **Quelle place accordez-vous à la promotion de la pratique d'une activité physique auprès de vos patients ?** (*Relance : pensez-vous que c'est votre rôle ?*)

- **Dans quelles circonstances la recommandez-vous ?** (*Relance : pour quelles pathologies le recommandez-vous ?*)
- **En pratique, comment faites-vous lorsque vous préconisez la pratique d'une activité physique ?** (*Relance : comment cela se passe-t-il ? sous quelle forme le faites-vous ?*)
- **Quelles sont vos recommandations en matière d'activité physique ?**

2/ L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut leurs prescrire de l'activité physique adaptée.

- **En avez-vous eu connaissance ?**
- **Que représente pour vous l'activité physique adaptée ?**
- **Que représente pour vous la notion de phénotype fonctionnel ?**

Deuxième axe : dispositif caennais « sport sur ordonnance »

3/ **Est-ce que vous vous souvenez comment vous a été présenté ce dispositif ?** (*Relance : comment en avez-vous entendu parler ?*)

4/ **Est-ce que vous pouvez m'en parler ? Que pouvez-vous me dire à ce sujet ?** (*Relance : qu'avez-vous retenu de ce dispositif ?*)

En cas de manque d'information sur le dispositif : présentation des grandes lignes du dispositif à l'interviewé, en reprenant les flyers et documents mis à disposition des médecins.

5/ **Au regard de tout cela, que pensez-vous personnellement du dispositif ?** (**Points positifs, points négatifs**)

6/ **Avez-vous eu l'occasion de prescrire de l'activité physique adaptée dans ce cadre ?**

- **Si oui : pouvez-vous me raconter votre expérience concernant cette prescription ?** (*Relance : dans quel contexte a-t-elle eu lieu ? pour quelle*

pathologie ?) **Comment s'est déroulé le suivi de cette prescription ? Avez-vous eu des difficultés particulières ?**

- **Si non : pour quelles raisons ?**

7/ Quels sont les freins que vous relevez pour cette prescription ? En tant que médecin généraliste, quels sont les obstacles ou difficultés que vous rencontrez pour prescrire le « sport sur ordonnance » ?

Troisième axe : pistes d'amélioration

8/ Quelles seraient vos suggestions pour encore améliorer la prescription du « sport sur ordonnance » par les médecins généralistes ?

9/ Comment pourrait-on mettre en place ces solutions idéalement ?

10/ Pensez-vous que votre attitude de prescription de l'activité physique a changé suite au cadre légal du sport sur ordonnance ?

Je vous remercie de votre participation, **souhaitez-vous ajouter quelque chose que l'on n'aurait pas abordé ?**

Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon

- **Quel âge avez-vous ?**
- **(Genre de l'interviewé)**
- **(Commune d'exercice)**
- **Avez-vous eu une formation en médecine du sport ? Si oui, laquelle ?**
- **Pensez-vous remplir personnellement les recommandations en matière d'activité physique ?**

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : DUBOIS Lucie

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : FACTEURS LIMITANT LA PRESCRIPTION DU « SPORT SUR ORDONNANCE » DE CAEN ET PISTES D'AMÉLIORATION : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE 13 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Favoriser la pratique d'une activité physique régulière est un véritable enjeu de santé publique. La ville de Caen a mis en place un dispositif "sport sur ordonnance" pour les patients sédentaires atteints de pathologies chroniques. L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs limitant sa prescription par les médecins généralistes, dans le but de l'améliorer.

Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès des médecins généralistes par le biais d'entretiens semi-dirigés et individuels, suivis d'une analyse thématique continue et manuelle des données.

Résultats : L'analyse de 13 entretiens a montré que la prescription était freinée par la faible connaissance du dispositif, le manque de temps et de valorisation financière des médecins, les imprécisions du cadre légal et les échecs précédents. Les critères d'admission des patients, la capacité et le lieu d'accueil ainsi que la durée de prise en charge étaient des limites inhérentes au programme. On retrouvait d'autres obstacles liés aux patients largement cités dans la littérature, en particulier le manque de motivation. Les médecins proposaient une amélioration de la communication sur le dispositif et une évolution de certaines de ses modalités. Une évaluation de son efficacité et un investissement de la sécurité sociale étaient également souhaités.

Conclusion : Si le "sport sur ordonnance" de Caen est accueilli positivement par les médecins, des freins à sa prescription sont relevés. Aussi, il semble nécessaire de réfléchir à des solutions pour élargir ce type de projet localement et au-delà, afin de ne pas aggraver les inégalités d'accès à l'activité physique.

MOTS-CLÉS : SPORT SUR ORDONNANCE - MÉDECINE GÉNÉRALE - ÉTUDE QUALITATIVE - ACTIVITÉ PHYSIQUE - FACTEUR LIMITANT – PRESCRIPTION

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : FACTORS LIMITING THE "SPORTS ON PRESCRIPTION" INITIATIVE OF CAEN AND WAYS OF IMPROVEMENT : QUALITATIVE STUDY AMONG 13 GENERAL PRACTITIONERS

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction : Promoting regular physical activity is a real public health issue. The city of Caen has set up a "sport on prescription" initiative for sedentary patients with chronic diseases. The objective of our study is to identify the factors limiting its prescription by general practitioners in order to improve it.

Method : A qualitative study was conducted among general practitioners through semi-structured and individual interviews, followed by continuous thematic and manual data analysis.

Results : The analysis of 13 interviews showed that the prescription was hampered by the lack of knowledge of the initiative, the lack of time and financial reward for doctors, the imprecision of the legal framework and the previous failures. The inclusion criteria of the patients, the location and capacity of the accommodation as well as the duration of coaching were inherent limitations of the program. There were other patient-related barriers widely cited in the literature, especially lack of motivation. General practitioners suggested an improvement of the communication on the initiative and an evolution of some of its conditions. An assessment of its effectiveness and an investment of social health insurance were also requested.

Conclusion : If the "sport on prescription" initiative is positively welcomed by the doctors, some weaknesses are raised. Therefore, it seems necessary to expand this at local level and beyond, to not increase disparities regarding access to physical activity.

KEY WORDS : SPORT ON PRESCRIPTION – GENERAL PRACTICE – QUALITATIVE STUDY - PHYSICAL ACTIVITY – FACTOR LIMITING- PRESCRIPTION