



HAL
open science

Activité physique pour la santé : état des lieux de la prescription par les médecins généralistes du Pays Basque depuis la loi de modernisation du système de santé

Pierre Lecarpentier

► To cite this version:

Pierre Lecarpentier. Activité physique pour la santé : état des lieux de la prescription par les médecins généralistes du Pays Basque depuis la loi de modernisation du système de santé. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02513321

HAL Id: dumas-02513321

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513321>

Submitted on 20 Mar 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 Bordeaux –
U.F.R des SCIENCES MEDICALES**

Année 2019

Thèse n° 104

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 18 Juillet 2019

Par Pierre LECARPENTIER
Né le 14 Mai 1991 à Auxerre

**Activité physique pour la santé :
Etat des lieux de la prescription par les médecins
généralistes du Pays Basque depuis la loi de
modernisation du système de santé**

Directrice de thèse
Dr Ritz-Quillacq Laurence

Membres du Jury

Pr GAY Bernard.....Président
Dr ROMERO Marco.....Rapporteur
Dr ADAM Christophe..... Juge
Dr DESSALES-QUENTIN Pascal.....Juge

REMERCIEMENTS

A Pr Bernard GAY, président du jury, professeur émérite, praticien libéral à la retraite, ancien directeur du département de médecine générale de Bordeaux. Vous avez accepté de présider mon jury de thèse et de venir jusqu'à Bayonne, je vous en suis très reconnaissant.

A Dr Christophe ADAM, membre du jury, maître de conférences associé du département de médecine générale de Bordeaux, praticien libéral. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury.

A Dr Pascal DESSALES-QUENTIN, membre du jury, praticien libéral. Merci beaucoup Pascal d'avoir accepté de participer à mon jury. Je suis très heureux d'avoir appris à tes côtés, autant sur le plan professionnel que culinaire, et j'espère que le sujet plaira au sportif (de canapé) que tu es. Dommage que tu supportes l'UBB.

A Dr Marco ROMERO, rapporteur, maître de conférences associé du département de médecine générale de Bordeaux, praticien libéral. Merci d'avoir accepté d'être rapporteur de ce travail et pour vos commentaires qui m'ont aidé à rendre mon travail convenable.

A ma directrice de thèse, Dr Laurence RITZ, chef de pôle du service médecine interne-endocrinologie du CHCB. Merci Laurence pour ton accueil et ces 7 mois passés dans ton service, ce fut un plaisir d'apprendre avec vous toutes. Merci d'avoir accepté d'être ma directrice, je t'en suis très reconnaissant.

A ma famille et mes amis,

Merci Papa, Maman et ma sœur, d'avoir supporté mes ronchonnades depuis ma naissance (ou presque !). Vous m'avez appris le sens du travail, à profiter des choses simplement et merci d'avoir tout fait pour que la vie soit belle, et elle l'est grâce à vous.

Merci à mon Papy, solide comme un roc et toujours la petite boutade à sortir. Je suis si heureux que tu sois là pour ce jour, avec ton soutien sans faille et je suis fier d'avoir un papy comme toi.

Merci à mes petites mamies, vous avez toujours pris soin de moi et je vous aime.

A toute ma famille, tontons, tatas cousins et cousines. A Aziz et toutes nos vacances d'étés à jouer au foot sur la terrasse de Saint-Clem. Merci ma Mimi pour la traduction, et ma sœur pour les corrections ! Aux nouvelles petites cousines arrivées depuis peu, Rose et Typhaine.

A la belle famille, et son accueil chaleureux et ses lundis de Pâques à changer des couches ! A ces moments passés à Taingy, à Pornic, chez les campagnards de Châteauneuf et les bronzés de Vias. A Juliette, 'Amille et Marus.

A Sens, les origines,

Mes amis de toujours, 12 ans qu'on se marre et malgré les kilomètres, on n'est pas près de se quitter. « Avec eux j'ai moins de failles, avec eux j'me sens de taille, avec eux, ça taille, ça tient chaud quand il caille ».

Dydy mon autruche et HBB aka Christo, mes poulettes de révision et de soirées,

Chartou le chafouin, ami de la rue JJ, mon bel Auvergnat,
Roufou l'orga, le shérif, toujours là pour lever le coude,
Loch la princesse, FIFA d'or 2012 (seulement),
Mialouch dit Tata Couscous, le carton jaune facile,
DJ Vins 'le skieur fou' et Marie P., dit la Madeleine,
Aurél 'Superdry', mon adjuvant-chef,
Thomy ton pote de l'UNEF et ton stent,
Les Portos Leituch et Ruber, Parabench comme on dit chez vous,
Maria la danseuse,
Papéd mon coéquipier de pelote,
Martin copain Cotorep (il en faut bien un), à notre départ pour le Sud-Ouest ensemble.
Tellement de souvenirs ensemble, c'est indécent. De l'Atlantar à Sancerre, de Serre Che à Prague, on n'a pas bougé. Vivement les 15 ans.

A Dijon, Joyeux enfants de la Bourgogne,
Ces belles années d'externat (les meilleures ?).
La rue Jean-Jacques et ses allers retours entre Kamel, la Provence et FIFA. Chartou révise tes capitales.
Les copains de BU, de galas et de corposki, qui sont devenus de vrais amis : Cochon et Moumoune mes petits pâtés, Giovanni dit Statman, mon beau Michel, la ptite Goudy, la ptite Chacha.

Au Pays Basque, Terre d'accueil,
A la gériatrie de Saint Jean, meilleur internat et de loin. A mes collègues de la première heure Vinvin, Le Turc, Masu, Caro. Un semestre inoubliable. Merci à Marie-Alix et Evelyne.
A mes collègues d'internat, colocs de la Ruche et d'ailleurs : Drey, Bob dit 'les gros Roberts', Ternunus, la Godiche, Eddy, Clairon ; à Nath et Gene. Mon beau Dr Barret, le meilleur d'entre nous.
Aux Bayonnais adoptés : Kiki et Coco les homos d'en face, à vos Catane et parties de fléchettes perdues ; Papillaissa et Fiquette, sponsors officiels de Paul Ricard ; Les Trisos, Mich, JM, Yass, Benou, Mezzo, copain de Katies et de Kubata ;
Ma biarrote préférée Alexia et sa morveuse Gabibouche ; Marie et la nouvelle venue Norah.
A mes pipelettes d'Endoc, Laurence, Delphine dit DD, Zaza, Marion. Merci pour vos enseignements et ce super semestre à vos côtés.
A tous les médecins qui m'ont appris le métier et m'ont engueulé pour mes retards : les urgentistes de Dax, La géria de Saint Jean, Dr Bruno Leplaideur, Jean-Jacques et Pascal.

A Mathilde, mon amour et ma joie de vivre depuis 10 ans. Ma Taz, avec toi on ne s'ennuie jamais, avec toi la vie est plus douce, plus drôle et l'appartement moins rangé. Des tonnes d'aventures jusqu'au bout du monde ensemble, et encore plus de projets à venir. Tout seul on va plus vite, mais à deux on va plus loin.

Table des matières

GLOSSAIRE	- 6 -
AVANT-PROPOS	- 8 -
INTRODUCTION	- 10 -
I. Activité physique et comportements sédentaires.....	- 10 -
I.A) Définitions	- 10 -
I.B) Effets de l'activité physique sur la santé	- 12 -
I.C) Recommandations actuelles concernant l'AP	- 13 -
II. La prescription d'activité physique pour la sante	- 14 -
II.A) Les actions publiques en France.....	- 14 -
II.B) Le cadre législatif	- 14 -
II.C) La prescription d'AP en pratique : les principaux acteurs	- 16 -
II.D) Les exemples à l'étranger	- 21 -
III. Situation concernant l'AP pour la santé sur la communauté d'agglomérations du Pays Basque.....	- 23 -
III.A) Situation sanitaire et données démographiques	- 23 -
III.B) Côte Basque Sport Santé	- 25 -
III.C) L'implication du Centre Hospitalier de Bayonne et le lien ville-hôpital : L'Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé (UTAPS)	- 28 -
III.D) Les autres acteurs du sport-santé	- 29 -
IV. Question de recherche.....	- 31 -
MATERIEL ET METHODE	- 32 -
RESULTATS	- 35 -
I) Description des répondants.....	- 35 -
II) Analyse descriptive des résultats.....	- 38 -
III) Analyse bivariée.....	- 45 -
IV) Commentaires libres.....	- 47 -
DISCUSSION	- 49 -
I) Forces et limites de l'étude.....	- 49 -
II) Principaux résultats	- 51 -
III) Perspectives.....	- 58 -
CONCLUSION	- 61 -
BIBLIOGRAPHIE	- 62 -
ANNEXES	- 67 -

GLOSSAIRE

AP = Activité Physique

APA= Activité Physique Adaptée

APS = Activité Physique et Sportive

ALD = Affection Longue Durée

ANSES = Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS = Agence Régionale de Santé

BPCO = Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CBSS = Côte Basque Sport Santé

CCI = Chambre de Commerce et d'Industrie

CDOS = Comité Départemental Olympique et Sportif

CROS = Comité Régional Olympique et Sportif

CHCB = Centre Hospitalier de la Côte Basque

CMU = Couverture Maladie Universelle

CNIL = Commission Nationale Informatique et Liberté

CNOSF = Comité National Olympique et Sportif Français

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DPC = Développement Professionnel Continu

DRJSCS = Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EAPA = Educateur en Activité Physique Adaptée

EMS = Educateur Médico-Sportif

FITT = Fréquence, Intensité, Type, Temps

HAS = Haute Autorité de Santé

IFOP = Institut Français d'Opinion Publique

INPES = Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IPAQ = International Physical Activity Questionnaire

ISPED = Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

IRBMS = Institut de Recherche en Bien-être et Médecine du Sport et Santé

JISPED = Juniors de l'ISPED

MET = Metabolic Equivalent Task

MG = Médecin Généraliste

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONAPS = Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

PEPS = Parcours d'Exercice Physique pour la Santé

PNNS = Plan National Nutrition Santé

PNSSBE = Plan National Sport Santé Bien-Être

RGPD = Règlement Général sur la Protection des Données

R3VPBL = Réseau de Réhabilitation Respiratoire Pays Basque Landes

SFMES = Société Française de Médecine du Sport

SFP-APA = Société Française des Professionnels en APA

SSO = Sport Sur Ordonnance

UTAPS = Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé

VO2Max = Volume d'Oxygène Maximum

AVANT-PROPOS

La santé est un concept complexe, qui ne se laisse pas approcher par une seule mesure, sur une seule dimension. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit de manière très large : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Parmi les composantes de la santé, on trouve l'espérance de vie qui est un bon reflet de l'état de santé d'une population. Les Français bénéficient d'une espérance de vie élevée. Elle est de 85,0 ans pour les femmes en 2015, parmi les plus élevées d'Europe, et 78,9 ans pour les hommes, dans la moyenne européenne (rapport 2017 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur l'état de santé de la population en France). (1)

Néanmoins, si l'espérance de vie continue d'augmenter, on constate depuis peu que celle de la « vie en bonne santé » arrive à un plateau et aurait même tendance à régresser dans certains pays européens.

En France, on vit aujourd'hui en bonne santé en moyenne jusqu'à 64,2 ans pour les femmes, et 63,1 ans pour les hommes. Ce tassement est directement lié à l'augmentation des maladies chroniques qui touchent des personnes de plus en plus jeunes et dont le développement est en relation avec des déterminants environnementaux et comportementaux (mauvaise hygiène de vie, habitudes nocives, alimentation inadaptée...).

Plus de 3 millions de personnes sont atteintes d'affections cardio-vasculaires (hypertension...), près de 2 millions de personnes souffrent de cancer et autant pour le diabète. On constate une progression rapide des maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson), et des maladies respiratoires (asthme, bronchite pulmonaire chronique obstructive).

Pour contrer cette augmentation des maladies chroniques, les politiques publiques ont depuis plus de 20 ans, mis l'accent sur l'Activité Physique (AP). Les bénéfices de l'AP ne sont plus à démontrer, tant sur la diminution de la mortalité globale que sur l'impact important sur ces pathologies.

En effet, si l'alimentation apparaît comme essentielle à la prise en charge des Affections de Longue Durée (ALD), l'AP demeure en retrait. Problème de temps, peur de se blesser, changement de comportement difficile à obtenir : l'activité physique semble poser plus de problèmes qu'elle n'en apporte.

Les derniers chiffres de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité en 2017 confirment cette tendance : 37 % de la population française a un niveau d'AP faible, inférieur aux recommandations mondiales. (2)

Pourtant, les nombreuses études publiées depuis les années 2000 ont montré que :

- la sédentarité est aujourd'hui une des **principales causes de mortalité** dans le monde
- l'activité physique régulière est associée à une **diminution de la mortalité précoce, avec une réduction de 29 % à 41 %** toutes causes confondues. (3)

- le déconditionnement à l'effort est un élément essentiel de la progression des maladies chroniques, en pleine expansion dans les pays développés, et l'AP a des effets bénéfiques dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques.

C'est pourquoi, depuis 2016, la loi de modernisation du système de santé incite les médecins traitants à prescrire de l'activité physique à leurs patients atteints de maladies chroniques.

Ce travail vise à interroger les médecins généralistes sur leurs habitudes en matière de prescription d'activité physique pour la santé ; l'objectif principal est d'établir un état des lieux de cette prescription, en étudiant l'impact des récentes mesures gouvernementales mises en place et des initiatives locales pour développer le sport-santé au Pays Basque.

« Zouk la sé sel medikaman nouni »

(Le Zouk est notre seul médicament)

Kassav, 1984

INTRODUCTION

I. Activité physique et comportements sédentaires

I.A) Définitions

Activité Physique (AP)

L'AP est définie comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos » (Caspersen et al. 1985). Elle constitue la composante la plus variable de la dépense énergétique totale d'un individu. L'AP regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc.).

Les principaux domaines de pratique d'AP sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'AP de loisirs non structurée. (4)

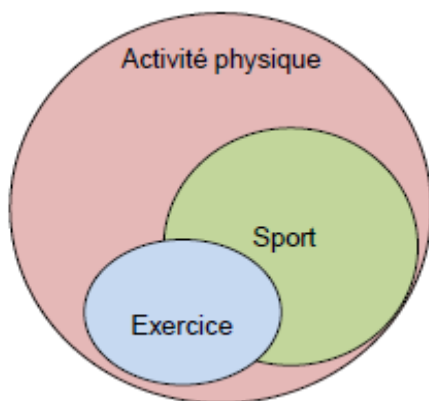


Figure 1. Définition des sous domaines de l'AP (adapté de Khan et al. 2012).

L'AP peut être caractérisée par plusieurs paramètres permettant de l'évaluer. Le modèle FITT (5) définit 4 paramètres essentiels que sont le type, la durée, la fréquence, et l'intensité.

L'AP entraînant une augmentation de la dépense énergétique, on peut quantifier l'intensité d'une AP par l'énergie dépensée pour la pratiquer, exprimée en kilocalories (kcal), en joules (J). Dans le cadre de certains types d'activités utilisant l'aptitude cardio-respiratoire, la puissance maximale aérobie ($\dot{V}O_2\text{Max}$) est souvent utilisée, mesurée par des explorations fonctionnelles respiratoires.

Cependant, l'intensité d'une AP est plutôt définie en Equivalent Métabolique ou MET (Metabolic Equivalent of Task) qui est le multiple du coût énergétique d'une activité par rapport à la dépense énergétique de repos. Une intensité de 1 MET correspond par définition à la dépense énergétique d'un individu au repos (assis à parler ou lire) et représente une consommation d'oxygène équivalente à 3,5 ml O_2 /kg/min, soit 1 kcal/kg/h. (6)

Ainsi chaque activité peut être classée en fonction de son intensité en METs, et on définit des catégories d'AP : (cf. Annexe 1)

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

De nombreuses méthodes d'évaluation sont utilisées pour quantifier l'AP, comprenant des méthodes subjectives : journal d'AP, questionnaires auto-administrés...

Les méthodes objectives sont rarement utilisées en pratique courante (mesures des capacités aérobies, VO2Max...).

Le **test de marche des 6 minutes** (6MWT pour Six Minutes Walk Test) est un équivalent de mesure des capacités aérobies, requérant un matériel plus simple. En effet, en dehors d'un défibrillateur et du matériel de base pour la tension et la fréquence cardiaque, ce test ne requiert qu'une piste de 25 mètres environ. Il consiste à mesurer la distance maximale parcourue par un individu qui marche le plus vite possible durant 6 minutes. La distance ainsi obtenue sert de référence initiale et sa mesure peut être répétée au cours d'un programme d'APA afin de suivre les progrès du patient. (7)

Activité Physique Adaptée (APA)

Au début des années 1970, le concept d'activité physique adaptée a été reconnu internationalement dans un congrès au Québec. Il a été introduit par Jean-Claude de Potter en Europe en 1979. En 1992, le concept APA est reconnu par le ministère de l'enseignement supérieur en France.

Actuellement, les Activités Physiques Adaptées (APA) regroupent l'ensemble des activités physiques et sportives à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation, d'éducation ou d'insertion sociale. Elles sont encadrées par un enseignant en APA (EAPA) et sont prodiguées auprès des personnes en situation de handicap, et/ou vieillissantes, atteintes de maladies chroniques. (8)

Inactivité physique

Le terme « inactif » caractérise un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée, c'est-à-dire inférieur au seuil d'AP recommandé (cf. chapitre recommandations).

Sédentarité et comportement sédentaire

La sédentarité (ou comportement sédentaire) est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 MET en position assise ou allongée (cf. chapitre mesure de l'AP).

Le comportement sédentaire est la prépondérance des temps de vie passés à effectuer une activité sédentaire. (9)

L'évolution des comportements sédentaires résulte de profonds changements environnementaux, sociaux et technologiques qui ont entraîné une diminution de l'AP quotidienne qui s'est traduite par un renforcement des activités réalisées en position assise.

Le comportement sédentaire est reconnu comme un comportement distinct du comportement d'AP avec ses effets propres sur la santé et ne peut être uniquement défini par le manque d'AP.

Au niveau mondial, près de 31% des adultes de plus de 15 ans manquaient d'activité en 2008 ; on estime qu'environ 3,2 millions de décès sont attribuables au manque d'exercice, faisant de la sédentarité le 4^e facteur de risque de décès du monde. (10)

La méthode de mesure de la sédentarité la plus fréquemment utilisée est le **temps passé devant un écran**. En France en 2017 selon l'ONAPS, la durée moyenne passée devant un écran par les adultes en dehors des heures de travail est d'environ 3 heures 30 minutes par jour.

I.B) Effets de l'activité physique sur la santé

Mortalité globale

Les conclusions de l'Expertise collective de l'INSERM publiées en 2008 ont été confirmées par les études récentes : l'activité physique régulière est associée à une **diminution de la mortalité précoce, avec une réduction de 29 % à 41 %** toutes causes confondues. (11)

Ont également été observées :

- une diminution de la mortalité, même avec une AP de faible intensité ;
- la présence d'un **effet-dose** : plus l'intensité et plus la durée de pratique augmentent, plus la mortalité diminue. C'est le cas de l'étude PURE publié dans le Lancet en 2017, qui rapporte une mortalité croissante selon le niveau d'AP décroissant (12) ;
- la sédentarité semble également être un facteur prépondérant de la mortalité : Plus le temps quotidien passé en position assise augmente, plus les conséquences sur la mortalité sont importantes. La position debout permettrait de réduire la mortalité générale de 21% à 35%. (THORP et al. 2011) (13).

Sur les pathologies chroniques

Dans l'ensemble, des données factuelles solides montrent, par rapport à des femmes ou des hommes moins actifs, que les personnes qui ont davantage d'activité physique présentent des taux moins élevés de cardiopathies coronariennes, d'hypertension artérielle, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète du type 2, de cancer du côlon, de cancer du sein et de dépression. (14)

L'AP est un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique, du maintien de l'autonomie avec l'avancée en âge et de la qualité de vie des populations à tous les âges de la vie. L'AP intervient dans les préventions primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques et états de santé.

Le tableau en Annexe 2 reprend les données regroupées dans le rapport de 2018 du Secretary of Health Washington (15), également cités dans le guide de promotion de la HAS de 2018, et le rapport de l'INSERM de mars 2019.

I.C) Recommandations actuelles concernant l'AP

Elles ont été publiées par l'OMS en 2010, et concernent la santé en prévention primaire des maladies non transmissibles. (16)

L'OMS distingue 3 sous-groupes en fonction de l'âge :

> Enfants et adolescents de 5 à 17 ans

- Au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue ;
- Essentiellement une activité d'endurance ;
- Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées au moins trois fois par semaine.

> Adultes de 18 à 64 ans

- au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée par semaine ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue ;
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes ;
- Pour des bénéfices supplémentaires sur la santé : augmenter à 300 minutes par semaine d'AP modérée ou 150 minutes d'AP d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité ;
- Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

> Plus de 65 ans

- Les recommandations sont identiques à celles destinées aux adultes de moins de 65 ans ;
- Les personnes dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine, ainsi que du renforcement musculaire deux fois par semaine ;
- Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Ces recommandations ont été reprises dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS) français, actualisés en 2016 par l'ANSES qui propose : (9)

- au moins l'équivalent de **30 minutes d'AP d'endurance**

- 5 jours par semaine, idéalement tous les jours ;
- fractionnables en séances de 10 minutes minimum ;
- d'intensité modérée à élevée.

- des exercices de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'étirement à hauteur d'une à deux séances par semaine.

Concernant la sédentarité, il est recommandé :

- de **réduire le temps total quotidien passé en position assise** ou allongée (en dehors du temps de sommeil et de repas), autant que possible ;
- de marcher quelques minutes et de s'étirer au bout de **2h d'affilée en position assise** ou allongée et de faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations.

II. La prescription d'activité physique pour la sante

II.A) Les actions publiques en France

L'un des premiers plans santé publique qui s'intéressait aux bienfaits de l'AP en prévention primaire est le PNNS.

Pour relayer les messages du PNNS, en 2004 une campagne nationale de promotion de l'AP pour tous est lancée appelée « manger-bouger » qui préconise les recommandations en matière d'AP et de nutrition avec le fameux "5 fruits et légumes par jour". (17)

L'actuel PNNS 4 2017-2021 fixe plusieurs objectifs nutritionnels et d'AP en incluant la notion de sédentarité.

Par la suite, le Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative a mis en place plusieurs programmes nationaux complémentaires qui comptent parmi leurs objectifs une promotion des APS et la lutte contre les comportements sédentaires, avec déjà des initiatives visant les pathologies chroniques (18).

Citons :

- le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (19) ;
- le Plan cancer 2014-2019 (20), encourageant la prévention et l'amélioration de ces pathologies par l'APA ;
- l'association CAMI sport et cancer qui propose des programmes de thérapies sportives pour les personnes touchées par un cancer et ce, dès le début du diagnostic et à tout moment du parcours de soins dans plus de 70 lieux en France avec 17 pôle Sport & Cancer en 2018 (21) ;
- En Octobre 2012, apparait la politique "**Sport Sante Bien-Etre**", annoncée officiellement par le Ministère de la Santé (22) :

Ce plan développé au niveau régional par les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et les Agences Régionales de Sante (ARS), comporte deux volets :

- un volet "grand public", destiné surtout à une population sédentaire socialement défavorisée, dans les milieux scolaires et professionnels ;
- un volet plus spécifique visant à encourager la pratique d'APS des seniors ou des patients porteurs de pathologies chroniques, via le développement de réseaux régionaux sport-sante.

II.B) Le cadre législatif

- Amendement Fourneyron : Mars 2015

Voté en première lecture par l'Assemblée en juin 2015, rejeté par le Sénat en octobre 2015, l'amendement sport sur ordonnance, dit amendement Fourneyron*, a été adopté à l'unanimité par les députés en novembre 2015, dans le cadre de la discussion du projet de loi sur la modernisation du système de santé. (23)

Cet amendement vise à donner un cadre législatif pérenne pour le développement des bonnes pratiques citées ci-dessus, sur l'ensemble du territoire.

Il garantit que ces "pratiques physiques destinées à des patients soient prescrites par un médecin et assurées par des structures labellisées dans le cadre d'un réseau animé par les ARS et les DRJSCS".

*Du nom de la Ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, Valérie FOURNEYRON, qui a proposé l'amendement.

- Loi de modernisation du système de santé : 26 janvier 2016 (24)

L'article L. 1172-1 du Code de la santé publique, fondateur du sport sur ordonnance, dispose 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. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par le décret ».

- Décret du 30 décembre 2016

Ce décret – entré en vigueur le 1er mars 2017 – vient ainsi compléter l'article initial, en apportant des détails quant à l'identité des personnes habilitées à dispenser une activité physique aux personnes atteintes d'ALD. (25)

Présentons ce décret en quelques points :

POUR QUI ?

Le sport sur ordonnance s'adresse aux personnes atteintes d'une ALD. La liste de ces ALD représente un groupe de 30 maladies qui nécessitent un traitement particulier et un suivi prolongé (article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale).

QUELS OBJECTIFS ?

« La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. »

DISPENSATION D'APA: PAR QUI?

1° Les professionnels de santé que sont : *les masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes.*

2° Les professionnels en activité physique : *dans ce domaine, la liste est longue. Nous pouvons citer notamment :*

- *les titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation ;*
- *les professionnels et personnes qualifiées disposant de certifications professionnelles ou des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée ;*

CONDITIONS DE DISPENSATIONS :

La notion importante énoncée dans le décret est la notion de **limitation fonctionnelle du patient**. En effet, la réalisation d'un bilan par le prescripteur permet d'orienter le patient vers le professionnel le plus adapté aux limitations, comme le montre le tableau des domaines d'intervention préférentiels des différents métiers. (Annexes 3 et 4)

Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des limitations fonctionnelles sévères, un relai peut être effectué entre les différents professionnels, le plus souvent par l'intermédiaire de l'enseignant en APA.

COMPTE RENDU AU PRESCRIPTEUR :

L'article D 1172-5 du Code de la santé publique dispose que :

« Avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu. »

QUI REMBOURSE QUOI ?

Si la loi prévoit que les affections de longue durée sont prises en charge intégralement de leurs frais de traitement, le décret n'évoque pas la question du remboursement.

Quelques assurances (comme la MAIF) et mutuelles (comme la Mutuelle des Sportifs) ont donc développé leurs propres solutions, et proposent de rembourser des cours pris avec des Coachs APA. (26)

II.C) La prescription d'AP en pratique : les principaux acteurs

II.C.1) Le médecin généraliste : une place centrale dans la prescription

Le médecin généraliste et particulièrement le médecin traitant, a une position centrale pour promouvoir l'AP auprès de ses patients.

Ainsi, ils se réfèrent souvent à lui pour des conseils et des questions de santé et vérifient auprès de lui les informations qui leur arrivent par le biais des médias ou de l'entourage concernant les questions de santé. Une majorité a déclaré avoir changé leurs comportements à l'issue de conseils prodigués par leur médecin traitant plutôt que par les messages véhiculés par les médias (27).

Son ancrage local et territorial, son réseau de collaboration avec de nombreux professionnels est également un atout pour promouvoir l'AP.

- Stratégies de prescription

On peut schématiser la prescription d'AP comme une démarche en trois étapes (28) :

1 / EVALUER

> le niveau d'activité physique du patient :

-Explorer par l'entretien l'activité physique quotidienne du patient ;

-Faire remplir un questionnaire d'évaluation des habitudes en matière d'activité physique (**test de Ricci Gagnon en annexe 5**) (29) ;

-Aborder la notion du sport-santé.

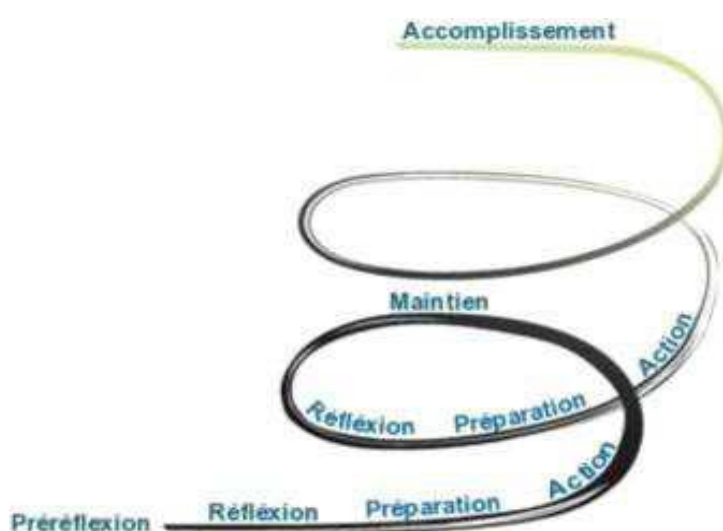
> **les capacités physiques** (examen clinique, questionnaire d'aptitude, examens paracliniques ou tests de performance si terrain à risque), définir les limitations fonctionnelles en cas de pathologies chroniques comme indiqué dans l'amendement (30) (Annexe 4).

> **la motivation** : De nombreux modèles théoriques ont été décrits pour aborder la motivation des patients à initier un changement. Citons deux modèles courants que nous ne développerons pas :

- la spirale du changement de Prochaska et Di Clemente, (31)
- la balance décisionnelle, qui peut être expérimentée en listant les avantages et les inconvénients du *statu quo* d'une part, et du changement d'autre part.

> **les risques** liés à l'AP : cardiovasculaires, traumatiques.

Figure 2 : La spirale du changement, d'après Prochaska et al., *Am Psychol* (1992), tiré de (31)



2 / DEFINIR DES OBJECTIFS

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

3 / FAIRE UN SUIVI rapproché et prolongé, prévenir la rechute : recueillir les expériences du patient, explorer les autres dimensions de la qualité de vie, et adapter la prescription aux objectifs.

Actuellement, quelques outils d'aides à la prescription d'APA pour les médecins généralistes existent :

-Le Médicosport-santé

L'un des précurseurs encore utilisé aujourd'hui a été mis en place par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF). Le Médicosport-santé est un véritable "dictionnaire médical des disciplines sportives" dont la dernière version est d'avril 2017 (32).

-Guide de prescription de la HAS

La HAS a publié en septembre 2018 un guide pratique pour la « promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique (AP) et sportive pour la santé chez les adultes », accompagné de référentiels d'aide à la prescription par pathologie.

L'objectif : permettre aux médecins de prescrire de l'activité physique aux personnes atteintes de maladies chroniques pour lesquels les bénéfices de l'activité physique sont reconnus. Une consultation dédiée de prescription est disponible. (33)

- Supports de prescription

Les représentations collectives en France sont centrées sur la notion de prescription médicamenteuse.

En fait, la prescription médicale désigne une **recommandation écrite ou orale**, elle peut être un conseil, un traitement médicamenteux ou non médicamenteux, un examen (biologique, radiographique...), un acte médical ou paramédical.

Selon la HAS, la prescription médicamenteuse et la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses sont complémentaires. La notion de prescription peut également comprendre l'orientation du patient par le médecin vers certaines thérapeutiques et certains professionnels spécialisés aptes à l'accompagner dans le suivi de sa pathologie (34).

Plusieurs études ont démontré que la prescription d'AP en soins primaires est efficace ; citons la méta-analyse de G. Orrow et al. en 2016 qui retrouvait une augmentation du niveau d'AP à 12 mois après prescription d'AP en soins primaires. (35)

La prescription peut donc se faire sous différentes formes :

Prescription sous la forme d'un conseil oral

Forme minimale de la prescription, il prend peu de temps au praticien et pourrait être défini comme une recommandation brève à faire une AP. Il peut être utile pour débiter une modification de comportement du patient vis à vis de l'AP, surtout s'il est répété au fil des consultations.

Son utilité lors de la consultation a été démontrée (36). A 3 mois du conseil, plus des 2/3^e des patients se rappellent les conseils donnés et 2/5^e ont essayé de l'appliquer (37).

Entretien motivationnel

Pour les personnes sédentaires n'ayant jamais pratiqué d'activité physique la mise en mouvement constitue un changement important de mode de vie. Comme pour tout changement, il est soumis à des freins et à des moteurs chez le patient. L'entretien motivationnel peut être un excellent outil pour aider le patient hésitant (38).

Prescription écrite sur l'ordonnance

La réalisation d'une ordonnance représente une concrétisation de l'acte médical.

L'académie nationale de médecine et la HAS recommandent de réaliser une prescription complète avec : la nature et le contexte de la pratique, l'intensité, la durée et la fréquence des séances, les mesures associées, le suivi et les contrôles médicaux à observer (39, 40).

Ce mode de prescription a démontré son efficacité notamment en Nouvelle-Zélande et l'utilisation des « green prescription » (41).

Un formulaire spécifique de prescription issu du décret de 2016 est disponible pour les médecins sur internet. (Annexe 6)

Remise au patient d'une brochure d'information

Depuis les plans nationaux sur la nutrition, le sport et la santé, il existe des brochures nationales et un site internet expliquant les objectifs et modalités d'hygiène de vie (17).

Orientation vers des professionnels spécialisés

Cette solution est particulièrement répandue dans les pays anglo-saxons (« exercise referral »), et permet de s'adapter à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical des patients en ALD.

II.C.2) Les professionnels du sport-santé

Les premiers acteurs du sport-santé sont les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, ressources essentielles au médecin généraliste lorsque les patients présentent des limitations sévères d'activité (cf. tableau annexe).

Parallèlement au développement de la notion d'Activité Physique Adaptée, terme né dans les années 1970, est apparu récemment un nouveau groupe professionnel alliant :

1. une compétence dans l'encadrement des APS (dans le respect du Code du sport) ;
2. une formation à l'éducation et à l'enseignement pour développer les ressources et transformer les savoir-faire ;
3. une compétence dans l'adaptation des contenus aux capacités, besoins et attentes des personnes fragilisées par la maladie, de manière à contrôler la balance risques-bénéfices des pratiques.

Ces professionnels du sport-santé forment les professionnels de l'APA ou **éducateur en APA**.

Créée en 2008, la Société Française des Professionnels en APA (SFP-APA) est une association formée par et pour les professionnels qui s'intéressent au développement de l'Activité Physique Adaptée (APA) dans les domaines de la santé (activité physique et santé) et du handicap (activité physique et handicap). En 2018, elle s'ouvre aux étudiants de Licence 3 STAPS APA-Santé (42). Présentant plus de 1200 adhérents, les éducateurs APA sont maintenant présents dans les réseaux de sport-santé, au sein des clubs sportifs ou encore de manière indépendante. (43)

La prescription d'APA par le médecin généraliste a permis de donner une place grandissante des professionnels en APA dans la prise en charge des maladies chroniques.

Dès lors que le patient présente une « autonomie suffisante » et « atténuation des altérations » fonctionnelles, les enseignants en APA « interviennent en complémentarité des professionnels de santé [...], dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers ». (42)

Tulloch et al. ont démontré dans leur revue systématique de 2006 que les interventions de prescriptions d'AP qui ont démontré la plus grande efficacité à long terme sur le niveau d'AP sont les

interventions qui faisaient collaborer un médecin prescripteur initiant la démarche d'AP et orientant le patient vers un professionnel ayant des compétences spécialisées en évaluation de l'AP, en théorie des comportements de santé et en stratégies de conseil d'AP (44).

Les nombreuses professions émergentes que sont les éducateurs sportifs, les EMS ou encore les éducateurs en APA créent une offre abondante mais parfois floue sur le plan terminologique et peuvent être difficile à cerner pour le médecin généraliste.

II.C.3) Les Réseaux sport-santé

Depuis plusieurs années se développent des réseaux mettant en lien les différents professionnels du monde du sport et de la santé, pour offrir à l'usager désirant pratiquer une AP des ressources en termes de lieux de pratiques, de personnels référents et d'événements permettant une pratique variée et adaptée aux besoins.

Pour le professionnel de santé, un tel réseau permet de disposer de correspondants spécialisés susceptibles de fournir des conseils éclairés et d'accompagner les patients vers une démarche structurée d'AP, quel que soit leur niveau d'aptitude.

Ces réseaux doivent s'intégrer dans une politique régionale sport-santé en proposant des lieux de pratiques sécurisées et répondant aux attentes des prescripteurs et usagers.

Parmi les expériences françaises de prescription d'activité physique fonctionnant autour d'un réseau d'acteur dans le sport-santé, citons entre autres :

Le « sport santé sur ordonnance » à Strasbourg et Blagnac

La ville de Strasbourg a lancé une grande expérimentation de prescription médicale d'activité physique, « Sport santé sur ordonnance » (SSSO). Ce projet se déroule en collaboration avec l'ARS, la caisse locale d'assurance maladie, la préfecture du Bas-Rhin, les médecins généralistes et la DRJSCS. (45)

Dès novembre 2012, des médecins généralistes de l'agglomération strasbourgeoise pouvaient prescrire de l'activité physique à leurs patients. Initialement aux patients obèses, diabétiques non insulino-dépendants ou atteints de pathologie cardiovasculaire stabilisée (hypertension artérielle, coronaropathie, cardiopathie), puis à partir d'octobre 2013, aux patients présentant des antécédents de cancer du côlon ou du sein stabilisés.

Les patients ont un accès illimité et gratuit pendant un an, puis une tarification solidaire est appliquée pendant 2 ans, sur la base d'un quotient familial (de 20 € à 100 € annuels).

Aujourd'hui, le dispositif représente plus de 1400 patients rencontrés et plus de 300 médecins prescripteurs.

D'autres initiatives similaires impliquant le médecin traitant, un éducateur en APA et la direction des sports ont été mises en place, notamment à Blagnac (banlieue toulousaine, Haute-Garonne) en octobre 2013 (46).

Le réseau de santé effORMip en Midi-Pyrénées

EffORMip forme les professionnels de santé et les éducateurs sportifs à la prise en charge des porteurs de pathologies chroniques par les APS. Une prescription d'APS était faite par le médecin qui assurait des consultations de suivi et un éducateur encadrait les APS au sein d'associations sportives et de collectivités territoriales reconnues. Un suivi rapproché était réalisé pendant 9 mois avec une consultation médicale trimestrielle, un suivi mensuel par la coordination et d'une activité physique encadrée hebdomadaire. (47)

Le « Parcours sport santé » de Champagne-Ardenne

La mission « Sport santé » de Champagne-Ardenne était définie dans son rapport du 29 janvier 2012 (48). Le « Parcours sport santé » était l'outil rendant accessible cette pratique. Il était structuré selon un schéma de parcours de soins en 4 étapes :

- Repérage, information, conseils et orientation : Ils se faisaient par tout professionnel de santé, de l'éducation ou du social, par les personnes de confiance, les aidants et par l'utilisateur lui-même. Il en sortait un bilan « Sport santé », avec évaluation de la condition physique ;
- Accompagnement éducatif et motivationnel à l'APA : une éducation thérapeutique ou non thérapeutique était réalisée pendant trois mois. L'objectif était l'établissement d'un plan « Sport santé » permettant d'atteindre les recommandations d'AP ;
- Accueil en relai éducatif « Sport santé » : les sédentaires vulnérables étaient remis en condition physique pendant trois mois puis consolidaient leur pratique pendant un an
- Initiation ou consolidation de la pratique en relai animation « Sport-santé » : son objectif était la pratique autonome.

II.D) Les exemples à l'étranger

The Green Prescription Program – Nouvelle-Zélande

Lancé dans les années 1990, ce programme se base sur une recommandation de 30 minutes d'AP modérée par jour, 5 jours par semaine ou plus. Il prend la forme d'une prescription d'AP sur ordonnance délivrée par un MG ou une infirmière de soins primaires, pour les patients sédentaires en surpoids, porteurs de pathologie chronique stable ou en bonne santé.

Cette prescription est valable 3 mois durant lesquels le patient bénéficie du soutien mensuel d'un éducateur sportif spécialisé, par téléphone ou face-à-face, qui l'aide à définir un programme d'AP selon le modèle transthéorique de changement.

L'éducateur effectue un retour d'information vers le prescripteur, et l'ordonnance peut être renouvelée si nécessaire (49).

C'est un programme qui a démontré son efficacité sur l'augmentation du niveau d'AP et sur la qualité de vie, et qui a montré son bon rapport coût-efficacité (50, 51). Les médecins portent également un regard favorable sur ce programme, qui les aide notamment dans la prise en charge de l'obésité ou du diabète ; les contraintes de temps restent toutefois un obstacle de taille à la diffusion large de ce programme à tous les patients.

Il existe également une version de ce programme à destination des enfants en surpoids ou obèses et de leurs familles, basé sur des activités de groupe (« Green Prescription Active Families »).

Let's Get Moving – Royaume-Uni

Dans le programme Let's Get Moving (LGM), les professionnels de santé de soin primaire participant au LGM (médecins généralistes, infirmières de soins primaires, pharmaciens, ...) sont invités à évaluer systématiquement le niveau d'AP de leurs patients via le General Practice Physical Activity Questionnaire. Les patients n'atteignant pas le niveau d'AP recommandé se voient remettre une brochure explicative et bénéficient d'une séance d'entretien motivationnel centré sur l'AP et définissent eux-mêmes un objectif à atteindre, parmi des propositions correspondant à leur stade motivationnel.

Ils sont ensuite orientés soit vers un programme d'AP supervisé (Exercise Referral Scheme), soit vers une structure ou association sportive, pour un suivi trimestriel (52).

La formation PAPRICA – Suisse

PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre) est un programme de formation à destination des professionnels de santé du soin primaire pour leur offrir les connaissances, le savoir-faire et les outils didactiques nécessaires pour aborder le thème de l'AP et motiver leurs patients.

Ce programme se compose d'une formation de quatre heures au conseil en AP, d'un manuel de référence pour les médecins, d'une brochure pour les patients et d'informations et outils didactiques pour l'évaluation du niveau d'AP et la définition d'objectifs réalistes d'AP, ainsi qu'un annuaire des lieux de pratique d'AP, supervisée ou non.

L'évaluation de cette formation par les professionnels de santé s'est montrée globalement positive, mais les effets sur la population restent encore à démontrer (53).

III. Situation concernant l'AP pour la santé sur la communauté d'agglomérations du Pays Basque

III.A) Situation sanitaire et données démographiques

Nous avons choisi pour notre étude d'étudier le Pays Basque français, entité culturelle, géographique et démographique diversifiée. Allant de la région côtière très urbaine jusqu'au pied de la chaîne Pyrénéenne, le Pays Basque constitue avec le Béarn le département des Pyrénées-Atlantiques.

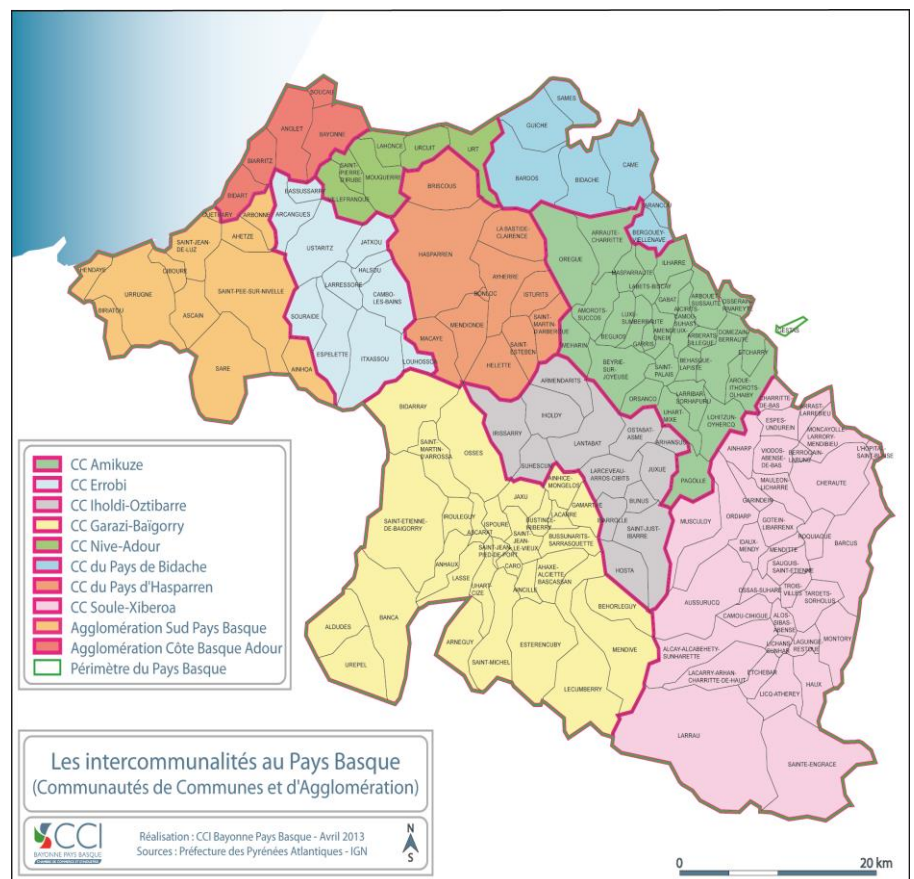
La communauté d'agglomérations Pays Basque, créée en 2017, est une communauté d'agglomérations françaises située dans le département des Pyrénées-Atlantiques et la région Nouvelle Aquitaine.

Elle est la sixième communauté d'agglomérations la plus peuplée de France, avec un total de 308 323 habitants en 2017.

Les derniers chiffres de 2017 rapportent que 62315 personnes sont bénéficiaires en ALD, soit 20,6% de la population basque. (54, 55)

Le découpage actuel se compose de 10 pôles territoriaux :

- Amikuze
- Côte Basque Adour
- Errobi
- Garazi Baigorri
- Iholdi Oztibarre
- Pays de Bidache
- Pays de Hasparren
- Nive Adour
- Soule Xiberoa
- Sud Pays Basque



Nous avons choisi, pour faire analyser les données, de répartir les médecins en 5 zones, pour faciliter le découpage du territoire. Les agglomérations avec une densité plus faible étaient rassemblées, constituant 5 zones géographiques distinctes.

- zone 1 : agglomération Côte Basque Adour
- zone 2 : agglomération Sud Pays Basque
- zone 3 : agglomérations Hasparren – Bidache – Nivadour
- zone 4 : agglomération Errobi
- zone 5 : agglomérations Amikuze – Soule – Garazi – Iholdi

Ce territoire constitue également une entité propre aux yeux de l'ARS, qui a défini le Pays Basque comme un territoire de santé indépendant du Béarn en octobre 2010. (55)

Les données démographiques des médecins généralistes disponibles sur la Cartosanté du site de l'ARS montrent en 2017 (<http://cartosante.atlasante.fr>) :

- un nombre de médecins généralistes estimé à 379
- un taux de féminisation de 34,6%
- une densité d'omnipraticiens estimée à 12,5 pour 10000 habitants (moyenne nationale à 9)
- la répartition par tranches d'âge :

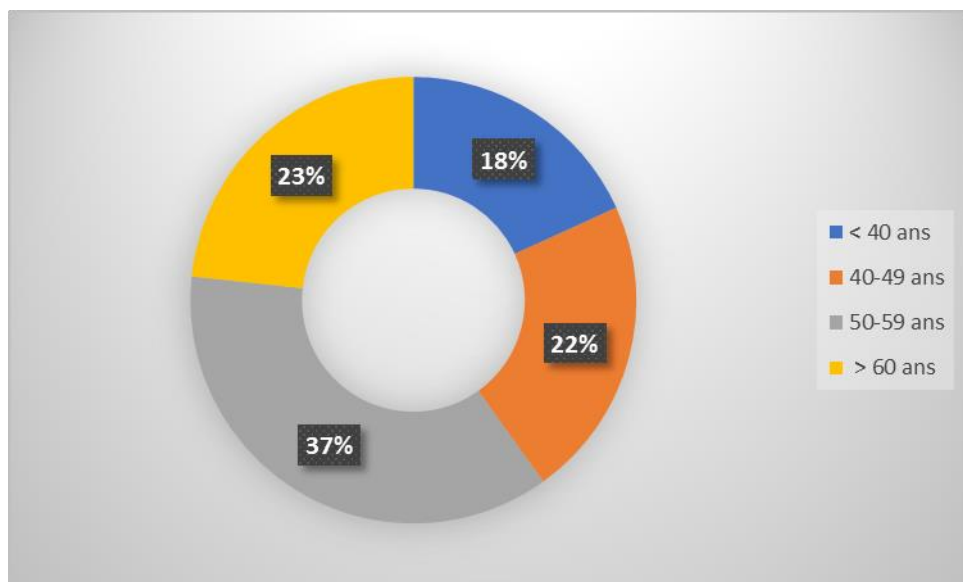


Figure 3 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge

III.B) Côte Basque Sport Santé

Une démarche de sport-santé a été lancée par la ville de Biarritz depuis 2009 pour sensibiliser le grand public à l'importance de la pratique régulière d'activité physique et faire en sorte que chacun devienne acteur de sa santé. De cette initiative, est née en 2012, l'association **Côte Basque Sport Santé (CBSS)**, association loi 1901.

Elle est présidée par le Pr Gérard Saillant, président de l'Institut du Cerveau et de la Moelle Epinière. Elle bénéficie d'un agrément du ministère de la Jeunesse et des Sports depuis 2013.

CBSS organise des rendez-vous réguliers tout au long de l'année : (56)

- Les « **Rencontres de Biarritz** », colloque qui réunit au mois de novembre depuis 2008, les spécialistes du Sport-Santé (médecins, diététiciens, kinésithérapeutes, fédérations sportives, ...) pour échanger sur les avancées dans le domaine du Sport et de la Santé.

Cette année 2019 aura lieu les 10èmes rencontres de Biarritz, présidées par le Pr Saillant et le Dr Michel Cymes.

- La journée « **Biarritz en forme** » au printemps, s'adressant au grand public existe depuis 2010. Elle réunit des personnes prêtes à pratiquer une activité physique correspondant à leurs besoins : tests de forme, randonnées encadrées, parcours santé, initiations sportives...

- Depuis novembre 2013, CBSS fait la promotion de l'AP et facilite sa pratique avec notamment « **les rendez-vous de la forme** », parcours de Sport-Santé urbains, adaptés à tous les publics. Ils utilisent les différents supports du mobilier urbain (bancs, trottoirs, escaliers) et des panneaux agrémentés sont équipés de flashcodes permettant de visualiser les exercices, les conseils ainsi que des vidéos-découverte de l'histoire des lieux. A certains créneaux, ces parcours sont encadrés par des éducateurs provenant des associations de la ville. Un programme mensuel définit les activités du jour ainsi que les lieux et heures de rendez-vous. Environ 25 rendez-vous ont été organisés par mois sur la côte basque et aussi dans l'intérieur, avec plus de 6000 participants en 2018.

- **Le Dispositif Sport Sur Ordonnance**

En mai 2015, l'association a lancé l'expérience de la prescription d'activité physique sur ordonnance.

- Les partenaires impliqués

Ce projet pilote est mené par BSS avec le soutien de la ville de Biarritz en partenariat avec les acteurs nationaux et locaux de la santé (INPES, ARS, CPAM-Santé Active) et du sport (Fondation du sport français, CROS, CDOS) ainsi qu'avec la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES). Il bénéficie du soutien financier de deux partenaires privés (le Groupe Pasteur Mutualité et la société Care Labs, fondateur du Chèque Santé) ainsi que de l'appui technique de différents acteurs locaux, dont la CCI de Bayonne Pays Basque. (57)

- Les objectifs du projet

L'objectif initial du dispositif était surtout une action de prévention primaire chez une population sédentaire, présentant ou non une maladie chronique.

Depuis le lancement et l'extension du dispositif, les patients présentant une pathologie chronique sont également ciblés.

- Le dispositif

- **Les médecins** repèrent les patients sédentaires ou présentant des maladies chroniques.

A ce stade, les médecins peuvent diriger les patients vers une association de la ville qui propose une activité physique adaptée, s'il en connaît.

Il peut également prescrire cette AP via un livret de prescription spécifique appelé **Pass'sport santé**, délivré par l'association CBSS.

Ce livret de prescription se compose de quatre parties : (Annexe 7)

- Une partie pour le bénéficiaire comprenant des informations et des conseils sur la pratique d'activité sportive et le déroulement du dispositif ;
- Une partie médicale avec un certificat de non-contre-indication à la pratique d'une AP, ainsi qu'un test de mesure du niveau d'AP, le *test de Ricci et Gagnon* ;
- Une partie pour l'éducateur APA de CBSS comprenant des outils d'évaluation de la condition physique ;
- La dernière partie est consacrée aux associations de la ville : coordonnées et tableaux d'émargement. Un livret (Annexe 8) listant les associations et décrivant les activités proposées par chacune d'elles.

-L'entretien initial

Les patients, après prescription, se rendent à la maison des associations de Biarritz pour une première rencontre avec **l'éducateur APA de la structure**, M. David Dellis.

L'entretien se fait individuellement et dure environ une heure avec 3 phases :

- une phase de présentation du dispositif ;
- une phase de tests d'évaluation de la condition physique (force, souplesse et équilibre) ;
- une discussion selon les goûts et les objectifs du patient en concertation avec l'éducateur médico-sportif.

Les patients sont alors orientés vers une activité physique adaptée.

Un entretien collectif avec une diététicienne est également proposé.

-Les activités

Initialement, douze activités étaient proposées par sept associations. Aujourd'hui, on compte plus de 60 partenaires impliqués répartis sur tout le Pays Basque.

Deux cas de figure sont possibles :

- s'il s'agit d'un patient sédentaire voulant débiter ou reprendre une activité physique, David les oriente vers un club ou une association sportive partenaire pour une durée de 12 semaines (gymnastique volontaire, pilâtes, randonnée pédestre, marche active, marche nordique, Qi gong, karaté, aquagym, marche aquatique, surf, stand up paddle....)
- s'il s'agit d'un patient présentant une pathologie chronique bénéficiant d'une ALD, il lui proposera plutôt une prise en charge dans le cadre de l'UTAPS ou par l'intermédiaire d'associations sportives disposant d'une section APA, ou encore de professionnels en APA indépendants (voir *infra*).

-Le suivi

Le Pass'Sport Santé fait le lien entre le médecin, les éducateurs et les associations.

Pendant la période de pratique, un suivi téléphonique est réalisé environ une fois par mois par Mr Dellis.

Après les 12 semaines encadrées, un entretien-bilan collectif est réalisé afin de recueillir les retours des patients sur l'activité. Les tests physiques initiaux sont refaits dans le but d'observer une éventuelle progression. Les patients sont questionnés sur la suite qu'ils comptent donner à leur pratique.

- Participation financière des patients

Une participation symbolique de 10 euros est demandée aux patients (gratuit pour ceux qui bénéficient de la CMU) pour participer à ces douze semaines d'activités physiques encadrées. Les séances suivantes seront à leur charge s'ils décident de poursuivre les activités.

Le coût d'accueil dans les clubs est remboursé aux associations par CBSS sur la base d'un forfait global de 200 euros, financé grâce aux soutiens du Chèque Santé et du Groupe Pasteur Mutualité.

- Chiffres clés de l'expérience

23 médecins faisaient partie du dispositif dès son lancement.

Ainsi, 135 prescriptions ont été effectuées par ces 23 médecins, sur cinq communes, entre juin et décembre 2015.

Depuis, le dispositif s'est étendu rapidement : les derniers chiffres de 2019 rapportent plus de 800 prescriptions, par plus de 260 médecins prescripteurs. Plus de 60 associations sportives sont partenaires, proposant 30 activités physiques différentes.

III.C) L'implication du Centre Hospitalier de Bayonne et le lien ville-hôpital : L'Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé (UTAPS)

L'initiative du Centre Hospitalier Côte Basque, avec la création de l'UTAPS, permet une option supplémentaire dans la prescription d'APA. Le dispositif mis en place permet désormais de proposer, avec l'appui de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le soutien de l'Agence Régionale de Santé, à l'ensemble des patients atteints de maladies chroniques en ALD d'intégrer un parcours de soin en activité physique pour la santé d'un an. (58)

Créé en 2017, le dispositif est composé d'un médecin, d'une infirmière, d'un éducateur médico-sportif et d'une physiologiste. Il est basé provisoirement dans les locaux du centre de médecine du sport du Centre Hospitalier de la Côte Basque.

Le fonctionnement du dispositif est simple. Les patients atteints de maladies chroniques en ALD peuvent intégrer le dispositif sur prescription médicale de leur médecin traitant ou d'un médecin spécialiste.

Dans le cadre de ce parcours, l'activité physique du patient est intégralement financée pendant un an (Annexe 9). La prise en charge s'effectue en deux phases :

- **La prise en charge à l'Hôpital (UTAPS - 2 mois)**

Le parcours patient au sein de l'UTAPS se décompose en 3 phases :

Evaluation initiale avec consultation d'orientation et d'aptitude physique ainsi que de tests d'exploration à l'exercice, dont notamment, une épreuve d'effort cardio-respiratoire avec mesure des échanges gazeux (EFX).

Réentraînement à l'effort. Les patients viennent deux fois une heure par semaine pendant 2 mois soit 18 séances. Ils réalisent principalement du travail en endurance grâce à un programme d'entraînement personnalisé sur ergocycle (PEP'C).

Cette phase est suivie et sécurisée par un binôme médecin-EMS composé du Dr Philippe N'Guyen et de M. François-Xavier Patarca.

Évaluation post réentraînement qui permet au patient de visualiser sa progression et qui aboutit à l'élaboration d'un compte rendu médical adressé au médecin traitant, et au médecin prescripteur.

La dernière phase est la phase d'organisation du relai et du suivi dans le réseau locorégional d'activité physique. Les patients rencontrent, en présence du médecin et de l'éducateur médico-sportif de l'UTAPS, les éducateurs médico-sportifs de CBSS. Le choix de l'activité physique est orienté par le patient, mais déterminé collégialement. Un suivi régulier est organisé.

- **La poursuite de l'activité en ville (CBSS – 10 mois)**

A la fin de cette période hospitalière et parfois avant (phase de chevauchement), le patient intègre la deuxième partie du dispositif en ville dans le réseau associatif locorégional pour une période de 10 mois durant laquelle il sera suivi.

Le patient peut, à tout moment de son parcours, demander un changement d'activité dans les limites de ses capacités et d'éventuelles limitations médicales.

Lorsque son activité débute dans un cadre associatif, un suivi régulier est organisé avec les éducateurs médico-sportifs de Côte Basque Sport Santé. L'objectif étant de tendre vers une autonomisation du patient en termes d'activité physique.

Ainsi, le patient pourra être orienté pour pratiquer une activité physique régulière vers :

- une association sportive partenaire du réseau sport santé de CBSS ;
- un éducateur médico-sportif libéral, pour une prise en charge plus individualisée ;
- un professionnel de santé (kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute, etc.) si le patient présente des limitations sévères d'activité ;
- un réseau de santé spécialisé dans la prise en charge de sa pathologie (Dabanta, Ligue contre le Cancer, etc.).

• **Les chiffres (59)**

Depuis la mise en place du dispositif et la liaison UTAPS-CBSS, en octobre 2017,

193 patients ont bénéficié du programme de réentraînement et de l'entretien d'orientation avec un éducateur APA de CBSS ;

- 54,4% pratiquent une activité auprès d'un partenaire de CBSS
- 9% sont autonomes.
- 10,4% ont terminé le dispositif
- 6,2 % sont sortis du dispositif
- 15% ont un statut délicat (en cours de bilan, perdus de vue, pathologie ou problème personnel ...)

On note une progression lors du bilan effectué entre 3 et 6 mois chez plus de 75% des patients (amélioration de la force, souplesse ou équilibre).

III.D) Les autres acteurs du sport-santé

Autour de ces deux dispositifs importants basés à Bayonne et Biarritz, de nombreux acteurs du Sport-Santé sont présents sur le territoire basque, avec un projet d'extension géographique afin de promouvoir l'accès à l'AP aussi bien en ville qu'en campagne.

Ces partenaires peuvent être sollicités directement par les médecins généralistes, ou bien par l'intermédiaire de CBSS.

• **Clubs sportifs**

En complément des nombreux partenariats développés avec les clubs et associations sportives (plus de 60 partenaires), certains clubs ont développé leur propre section sport-santé pour accueillir les graines de sportifs.

- La section Activités Physiques Santé de l'Anglet Olympique a vu le jour en septembre 2016. Baptisée **PEPS**, ce **Parcours d'Exercices Physiques pour la Santé** fait partie des mesures mises en place dans le cadre du "Plan Seniors 2016-2020". L'Anglet propose des activités adaptées à tous les seniors désirant pratiquer une activité physique. Cette collaboration entre la Mairie d'Anglet et l'Anglet Olympique vise à faciliter les bonnes pratiques en matière de lutte contre la sédentarité, à participer au maintien de la forme et à la conservation de l'autonomie des seniors. (60)

- La section Sport Santé de l'**Aviron Bayonnais Omnisport** a débuté son activité en mars 2017 sous l'impulsion du président du club et l'aide du Comité Régional Sports pour Tous. Cette section accueille des personnes atteintes de pathologies chroniques ou d'affections de longue durée (ALD) et les intègre, après un entretien avec une éducatrice médico-sportive et un médecin référent du club, afin de déterminer les propositions les plus adaptées. Sont proposés entre autres : aikido, marche nordique, méditation, pelote, aviron... (61)

- Dès 2015, le **Biarritz Olympique Omnisports** s'est positionné comme un partenaire de premier plan du dispositif de sport sur ordonnance développé par l'association CBSS.

Deux sections ont développé des programmes d'activités sport-santé spécifiques et accueillent aujourd'hui régulièrement des bénéficiaires du sport sur ordonnance :

- Le Biarritz Olympique Natation a développé ses créneaux d'aquagym à la piscine municipale pour pouvoir accueillir ces nouveaux pratiquants.

- Le Biarritz Olympique Athlétisme propose la pratique de la marche nordique, une activité de marche avec bâtons.

- Réseaux locaux spécialisés dans certaines pathologies

Il en existe de nombreux, ayant développé une pratique d'APA en complément de leur prise en charge globale, avec intervention d'éducateur en APA.

Citons :

- Le réseau Dabanta, hôpital de Jour de proximité, couvrant le Pays Basque et le Sud des Landes, proposant, quel que soit l'âge, une prise en charge à toute personne présentant des troubles de l'alimentation : anorexie, boulimie, surpoids ou obésité avec troubles du comportement alimentaire et/ou souffrance psychologique.
- le Réseau Réhabilitation Respiratoire Pays Basque Landes (R3VPBL), qui propose de l'APA et d'Education Thérapeutique aux patients insuffisants respiratoires, mais organise aussi des sessions en hôpital de Jour de Diabétologie au CH de Bayonne. L'éducateur médico-sportif, M. Thomas Barokas, effectue des séances adaptées dans le sud Landes et à Bayonne. (58)

- Séances individuelles ou ateliers collectifs d'APA

Organisés par des éducateurs APA indépendants, ils proposent des séances adaptées aux patients, parfois au domicile, toujours en relai des précédents dispositifs ou directement par le biais du médecin traitant.

IV. Question de recherche

Ma question de recherche a débuté lorsque j'ai pris connaissance de la loi de modernisation du système de santé. Je me suis intéressé à cette prescription, qui me paraissait fondamentale dans la prise en charge des maladies chroniques.

Néanmoins, cette prescription d'APA aux patients en ALD me semblait encore un peu floue, par son organisation, sa mise en place auprès des médecins généralistes, et son financement.

Par ailleurs, j'avais travaillé avec le réseau de réhabilitation respiratoire R3VPBL lors de mon stage hospitalier à l'hôpital de Bayonne ; j'ai donc fait des recherches sur les différentes structures présentes au Pays Basque pour promouvoir l'AP.

Ma question de recherche est donc la suivante : comment les médecins généralistes ont-ils intégré la prescription d'APA dans leur pratique en fonction des initiatives locales de promotion de l'AP ?

Les objectifs :

Principal

Établir un état des lieux de la prescription d'activité physique chez les médecins généralistes ayant une activité de soin primaire, sur le territoire du Pays Basque.

Secondaires

- Évaluer l'impact de la récente loi de modernisation du système de santé sur les habitudes de prescriptions ;
- Évaluer la connaissance des praticiens concernant le réseau local et les acteurs du sport-santé ;
- Évaluer l'impact d'une structure de coordination des acteurs du sport santé sur la prescription : Côte Basque Sport Santé.

MATERIEL ET METHODE

- Type d'étude

Pour répondre aux objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative, épidémiologique, descriptive et transversale à partir d'un questionnaire distribué aux médecins généralistes du Pays Basque

- Population cible

Critères d'inclusion

J'ai choisi d'inclure l'ensemble des MG répondants aux critères suivants :

- médecins généralistes installés titulaires d'un doctorat en médecine générale ;
- exercice libéral ;
- activité principale de médecine générale en soins primaires ;
- activité ou statut de médecin traitant ;
- exercice pratiqué dans la Communauté d'agglomérations du Pays Basque Français regroupant 10 agglomérations précitées.

Critères d'exclusion

Les médecins suivants ont été exclus de l'étude :

- retraités, congé maladie ou maternité ;
- activité principale exclusive autre que la médecine générale en soins primaires : phlébologie, allergologie, acupuncture, homéopathie ;
- activité salariée ;

Population cible retenue

Au total, sur les 379 praticiens installés exerçant sur le territoire, 311 MG ont été inclus dans l'étude, et 68 ont été exclus, ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

Les coordonnées postales et téléphoniques de ces médecins ont été obtenues via les annuaires professionnels. Les adresses électroniques de ces médecins n'ont pu être obtenues auprès des instances professionnelles locales en raison des règles de confidentialité qui régissent leurs bases de données.

- Élaboration du questionnaire

Revue de la littérature

J'ai principalement consulté les sites internet francophones, notamment les bases de données proposées par l'Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur (ABES) ainsi que le portail numérique These.fr. La bibliographie de l'étude a été effectuée à l'aide du logiciel Zotero.

Rédaction du questionnaire

Après lecture de quelques questionnaires réalisés dans d'autres régions françaises, j'ai pris contact avec le Pr Martine Duclos, chef du service de médecine du sport du CHU de Clermont Ferrand et auteur de nombreux articles sur le sujet. Après lui avoir exposé mon sujet, le Pr Duclos m'a transmis un questionnaire qu'elle avait elle-même réalisé concernant la prescription d'activité physique dans la région Auvergne (Annexe 10).

Avec son accord, j'ai pu utiliser ce questionnaire comme base en lui apportant des modifications et ajout de quelques items afin de pouvoir l'utiliser dans notre population d'étude.

Ce questionnaire a été conçu pour répondre aux objectifs de l'étude tout en respectant une durée de réponse de 5 minutes environ pour l'ensemble des questions. Pour recueillir l'opinion des répondants, les questions fermées de type « oui/non » étaient privilégiées.

Une zone de libre expression était insérée en fin de questionnaire.

Un exemplaire du formulaire est disponible en Annexe 11.

Protection des données

Une note d'information concernant les données collectées au titre des articles 12 et 13 du Règlement européen sur la protection des données (ou RGPD) a été transmise avec le questionnaire, rappelant :

- les coordonnées du responsable du traitement des données ;
- la finalité du recueil ;
- les adresses mails ne seront communiqués à aucun tiers ;
- le caractère facultatif des réponses ;
- la durée de conservation des données n'excédant pas la durée de l'étude ;
- le droit d'accès, de modification et de suppression de vos données personnelles sur simple demande ;
- les données ne peuvent pas être utilisés à des fins commerciales, politiques ou promotionnelles ;
- le droit d'adresser une réclamation à la CNIL en cas de non-respect des notes énoncées.

- Diffusion

La diffusion du questionnaire a été lancée le 7 février 2019 avec une date de clôture le 13 mars 2019.

Les questionnaires ont été imprimés en format A4 recto-verso, et distribués à l'ensemble des médecins généralistes inclus dans l'étude, accompagnés d'une enveloppe préimprimée indiquant mon adresse.

Les questionnaires étaient remis en main propre autant que possible, après explication du sujet de l'étude.

- - En cas d'absence ou d'impossibilité de remettre le questionnaire, je repassai ;
- En cas de nouvelle absence, le questionnaire et l'enveloppe était laissé dans la boîte aux lettres du cabinet ;
- Dans les cabinets groupés où un secrétariat était disponible, les questionnaires étaient laissés au secrétaire pour l'ensemble des praticiens.

Les questionnaires ont ensuite été collectés par voie postale, avec une date limite de retour fixée au 13 avril 2019 soit un mois après la diffusion des derniers questionnaires.

Aucune relance manuscrite, téléphonique ou par mail n'a été effectuée.

- Analyse statistique

Les questionnaires récoltés ont ensuite été codés sur fichier Excel grâce à un guide de codage fourni par le pôle Junior de l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement (JISPED) de l'Université de Bordeaux. Les données codées et anonymisées ont été envoyées et analysées par un étudiant de l'ISPED.

Des analyses descriptives des résultats ont été réalisées, ainsi qu'une analyse bivariée, avec croisement des variables qualitatives utilisant le test du Xhi2 ou le test exact de Fisher.

RESULTATS

I) Description des répondants

Les résultats sont disponibles en **Annexe 12**

- Taux de réponse

Sur les 311 questionnaires distribués, nous avons reçu 167 réponses dans le délai que nous avons fixé (et 5 questionnaires reçus après le délai), soit un **taux de réponse final de 53,7%**.

58,1% des praticiens exercent en zone urbaine, 29,3% exercent une activité semi-rurale et 12,6% un exercice en zone rurale.

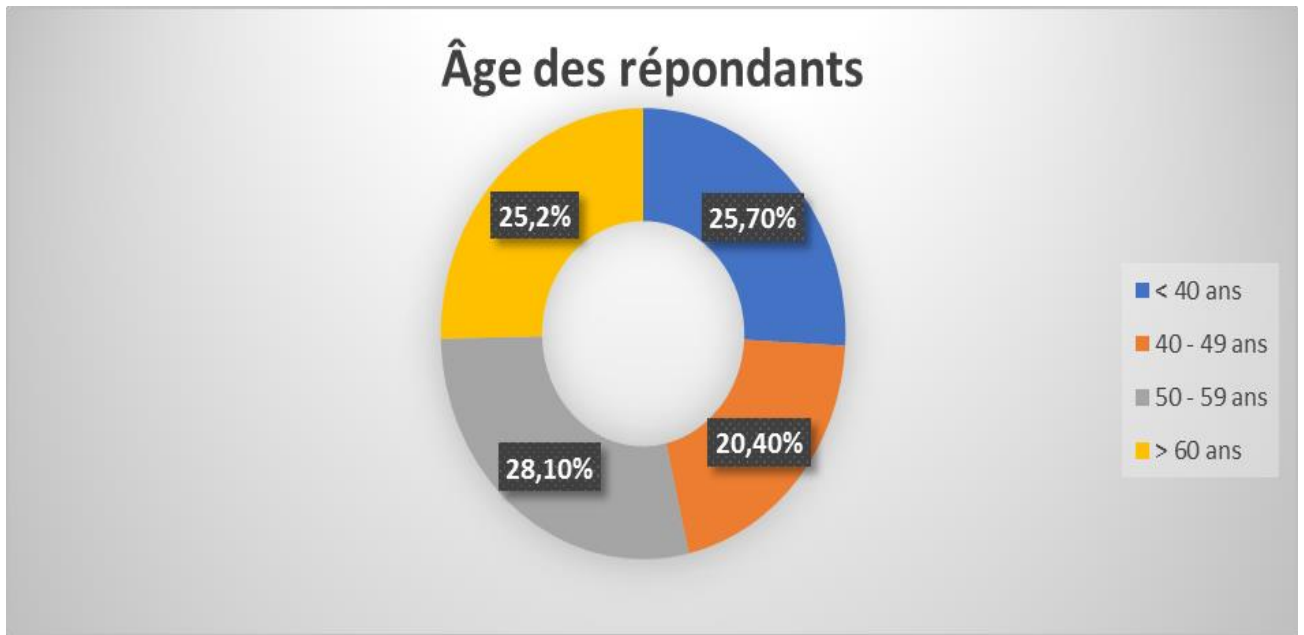
44 médecins exercent de façon individuelle (27%), 113 en groupe (69%) et 6 en maison de santé (4%).

- Figure 4 : Sexe des répondants



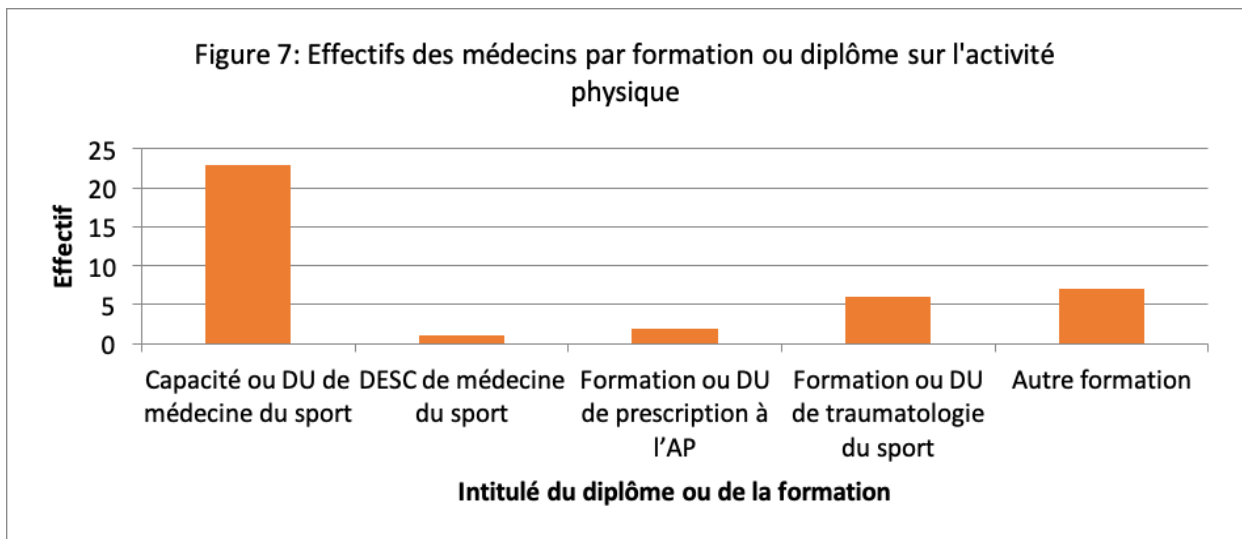
Nous notons qu'une majorité de répondants étaient des hommes, comme indiqué dans la figure 4

- Figure 5 : Age des répondants



- Compétence en médecine du sport

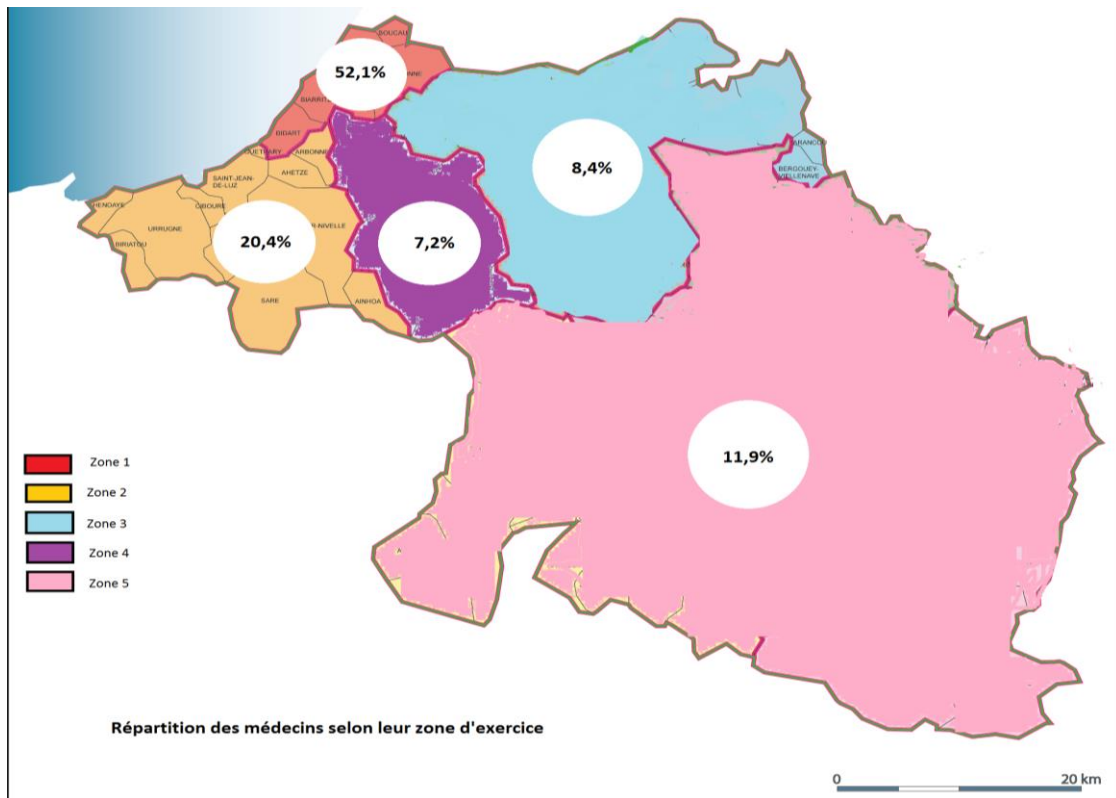
Figure 6 : Effectifs des médecins par formation ou diplôme sur l'activité physique



19,8% des répondants déclarent avoir une compétence particulière en Médecine du Sport, cette formation étant un Diplôme Universitaire ou une capacité de Médecine du Sport chez 13,8% des MG.

Pour les autres formations, sont cités : médecin fédéral FFF, sportif de haut niveau, DIU médecine hyperbare et subaquatique, médecin équipe de rugby, DU ostéopathie, DU préparateur physique, CES Biologie et Médecine du Sport.

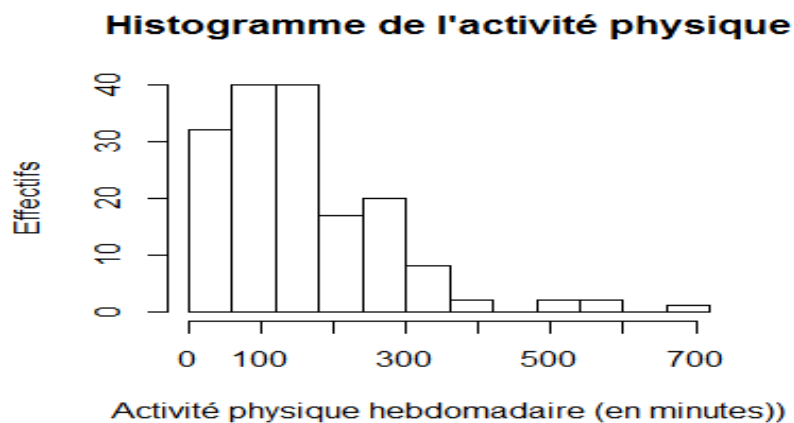
- Figure 7 : Répartition des répondants sur le territoire



La majeure partie des praticiens exercent plutôt dans le bassin de population principal du Pays Basque situé dans l'agglomération Côte Basque – Adour (Zone 1), correspondant aux villes de Bayonne, Anglet et Biarritz.

- Activité physique des médecins répondants (**Annexe 13**)

Figure 8 : histogramme de l'activité physique hebdomadaire (en minutes) (n=165)



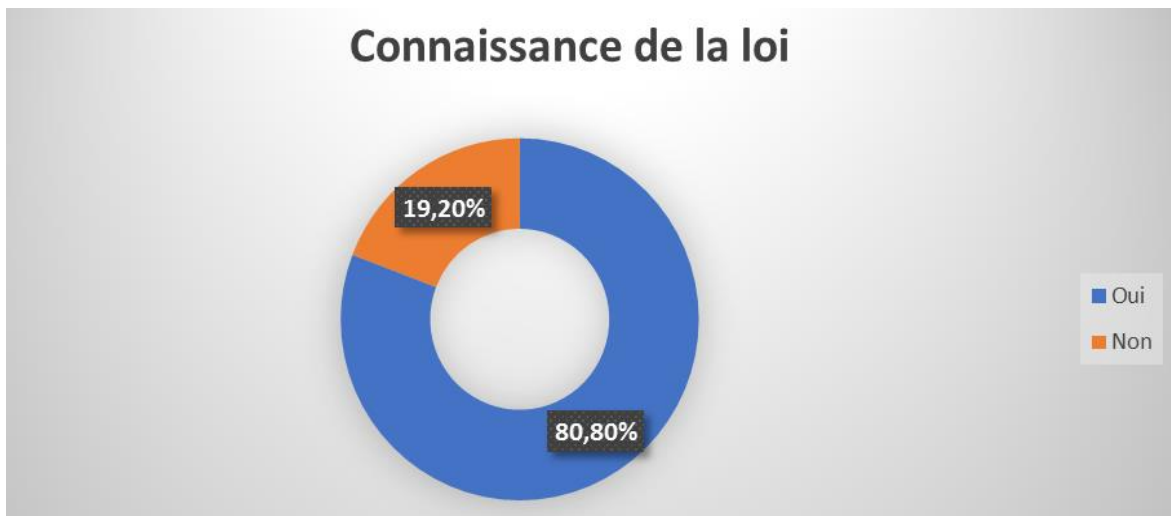
Nous observons sur l'étude une population de MG plutôt active, avec 62,3% des participants déclarants suivre les recommandations de l'OMS concernant leur niveau d'AP ! La moyenne est de 173 minutes d'AP par semaine.

II) Analyse descriptive des résultats

- Connaissance de la loi et prescription d'APA

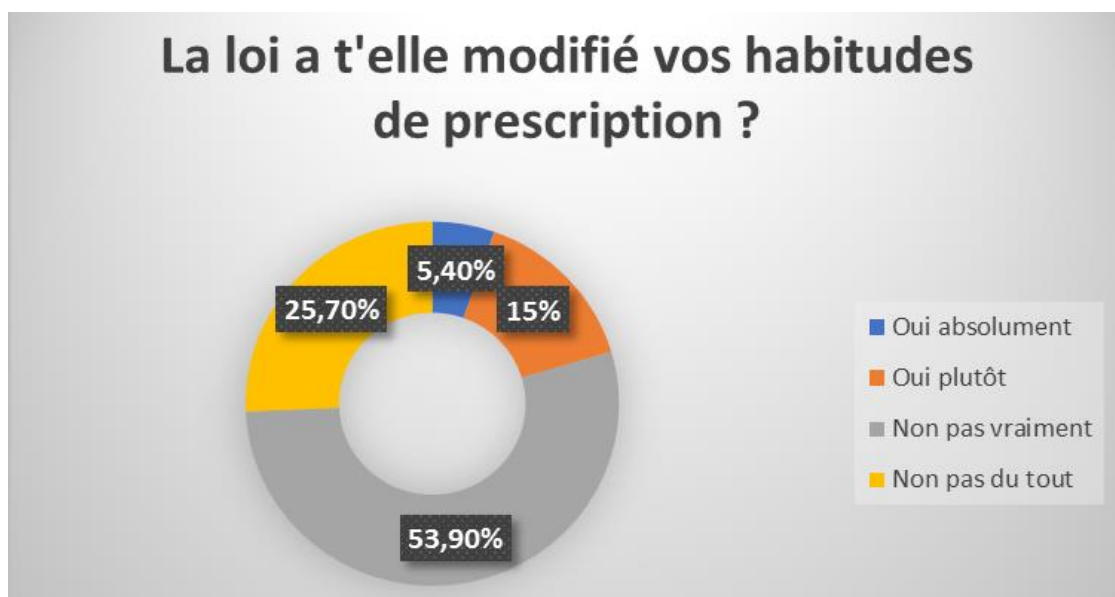
Le Tableau disponible en **Annexe 14** résume les réponses des médecins concernant leur connaissance de la loi concernant la prescription d'APA, ainsi que la fréquence de prescription avant et après l'application du décret.

- Figure 9 : Connaissance de la loi



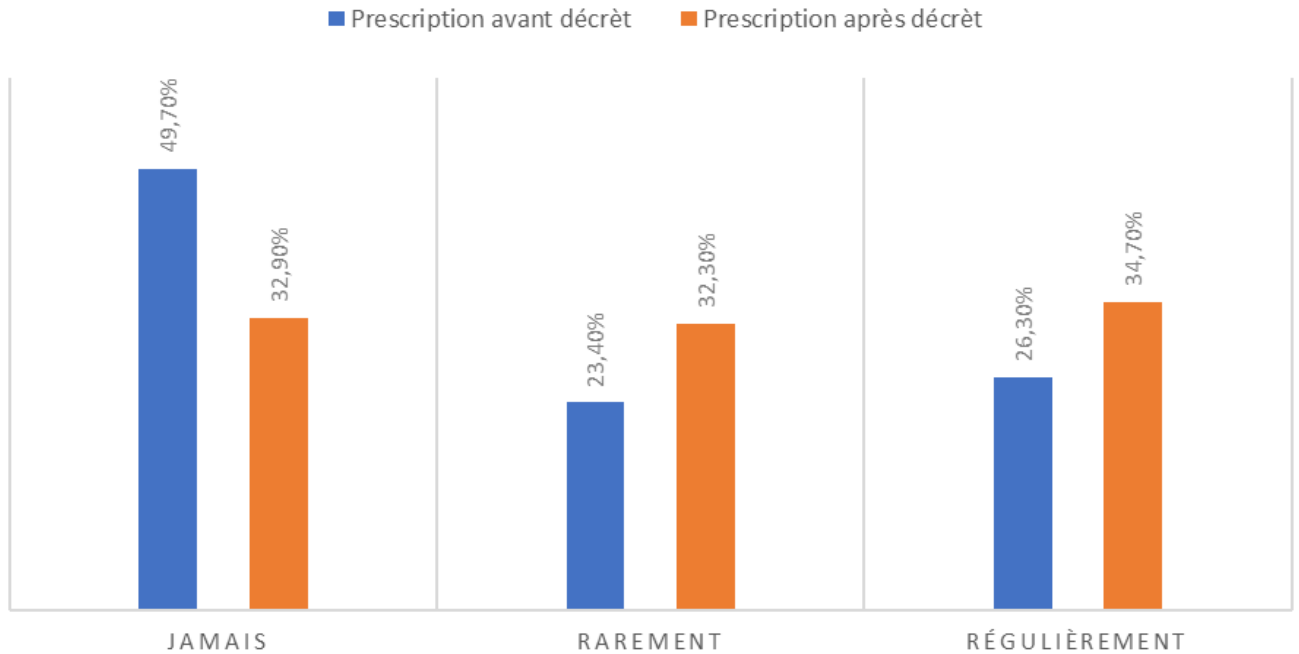
Une majorité des répondants ont eu connaissance de la loi relative à la prescription d'APA (80,8%), mais cette loi a modifié les habitudes de prescription chez 20,4% seulement (5,4% « absolument » et 15% « plutôt »).

- Figure 10 : La loi a-t-elle modifié vos habitudes de prescription ?

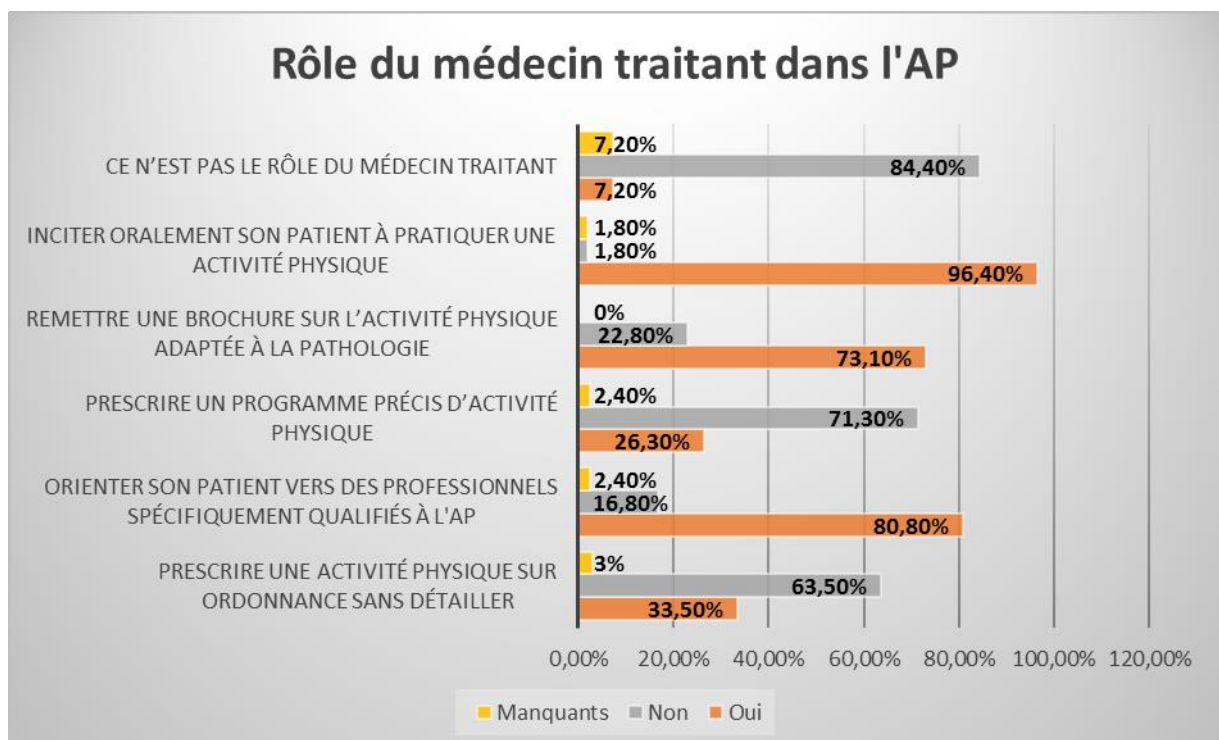


- Figure 11 : Evolution de la prescription d'APA avant et après le décret

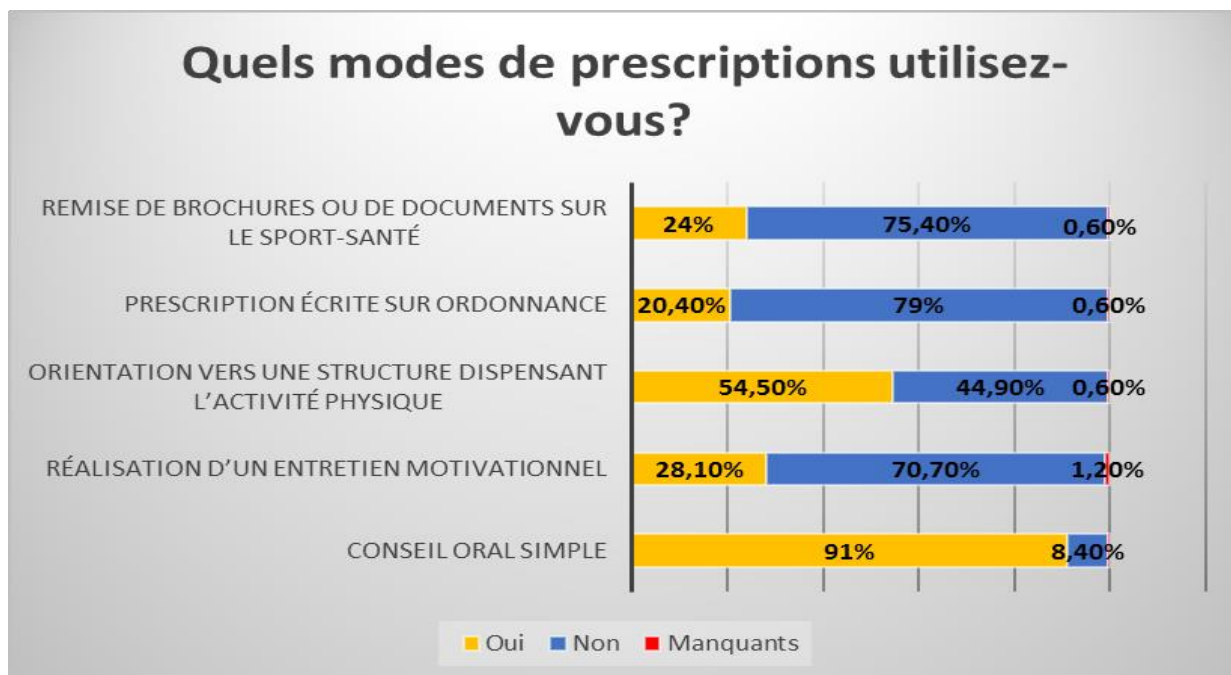
EVOLUTION DE LA PRESCRIPTION AVANT ET APRES LE DÉCRET



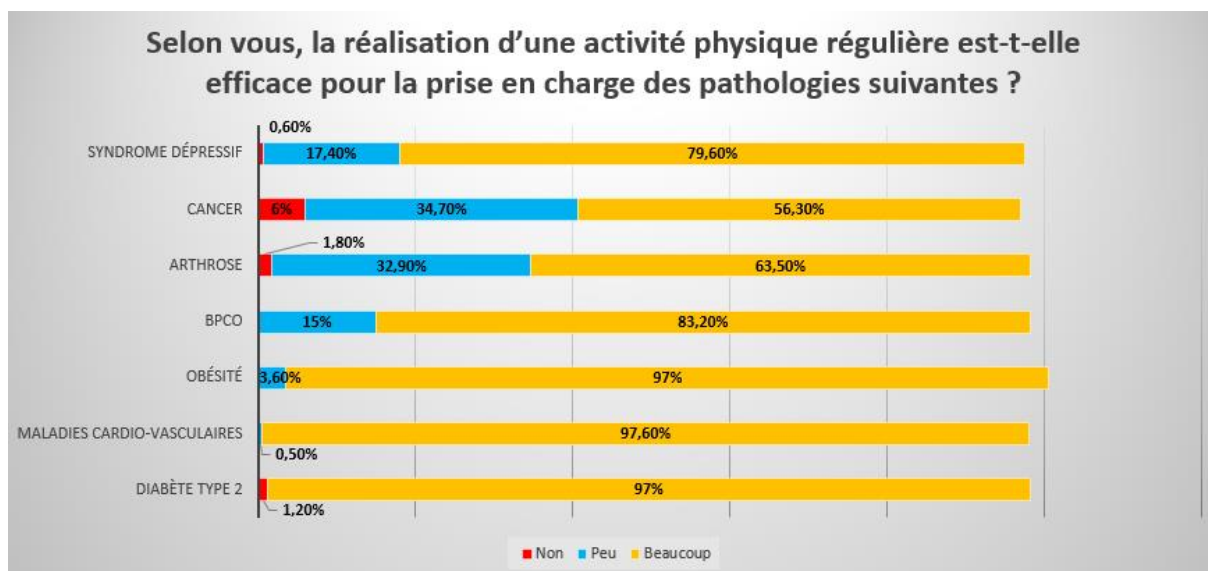
- Figure 12 : Rôle du médecin traitant concernant l'activité sportive (tableau disponible en Annexe 15)



- Figure 13 : Modes de prescription utilisés (Annexe 16)



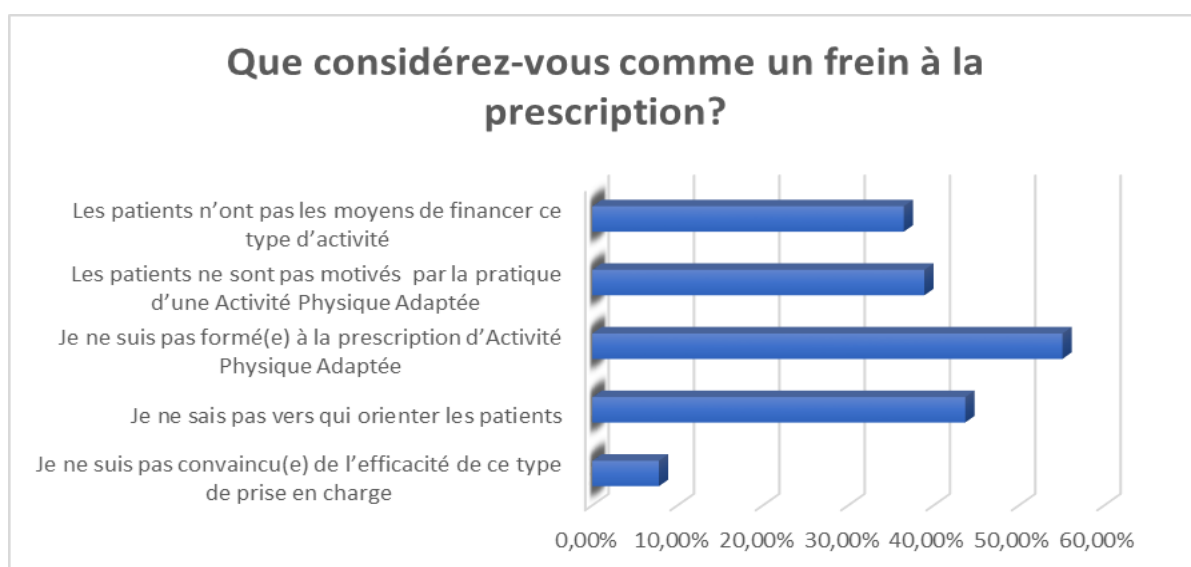
- Figure 14 : Efficacité de l'AP sur les pathologies chroniques (Annexe 17)



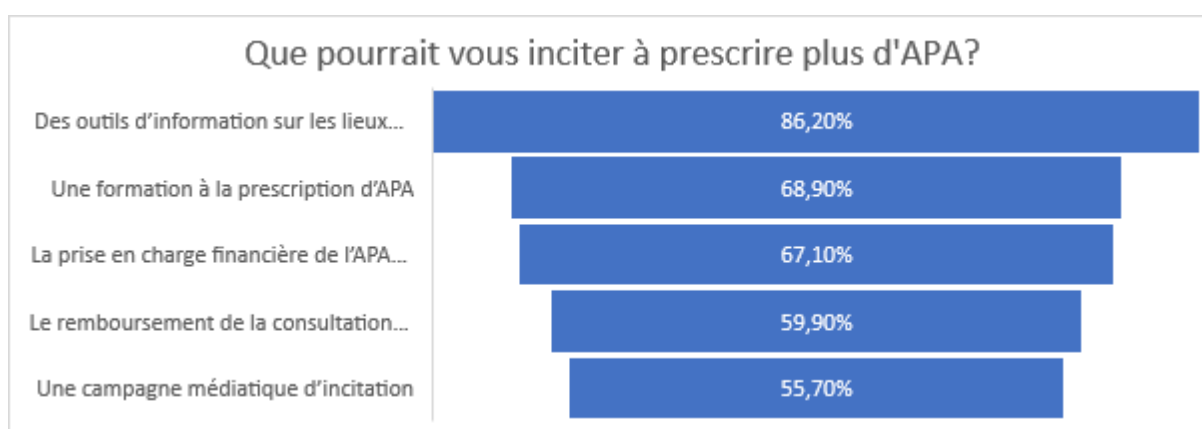
- Figure 15 : Freins à la prescription d'APA (**Annexe 18**)

Si les répondants sont majoritairement convaincus de l'efficacité d'une prescription (92,2%), les obstacles à sa mise en œuvre sont multiples :

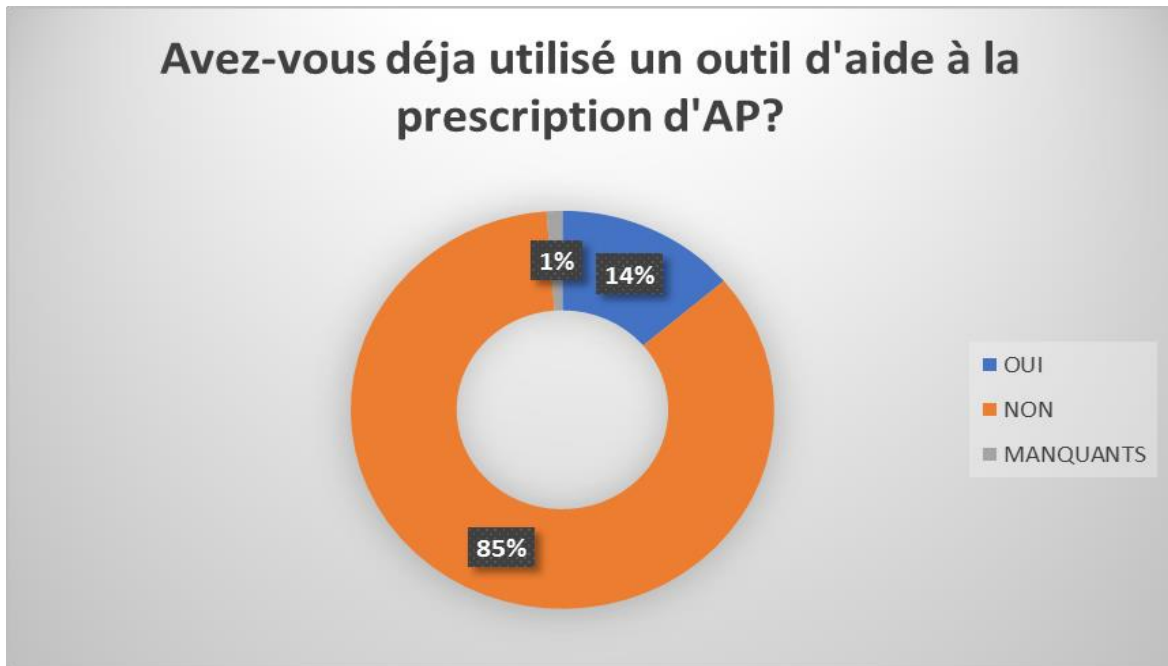
- 55,1% affirment ne pas avoir une formation adéquate pour prescrire ;
- 43,7% ne savent pas vers qui adresser les patients,
- 38,9% estiment le manque de motivation comme le principal frein ;
- 36,5% pensent que le manque de moyens financiers est un frein majeur.



- Figure 16 : Eléments d'incitation à la prescription (**Annexe 19**)



- Figure 17 : Utilisation d'outils de prescription (**Annexe 20**)



Parmi les outils en ligne, le guide de promotion de la HAS est le plus souvent consulté (10,8%) ; quelques médecins se basent sur une formation DPC pour prescrire (4,2%) ; d'autres ont déjà utilisé le MédicoSport Santé (3%).

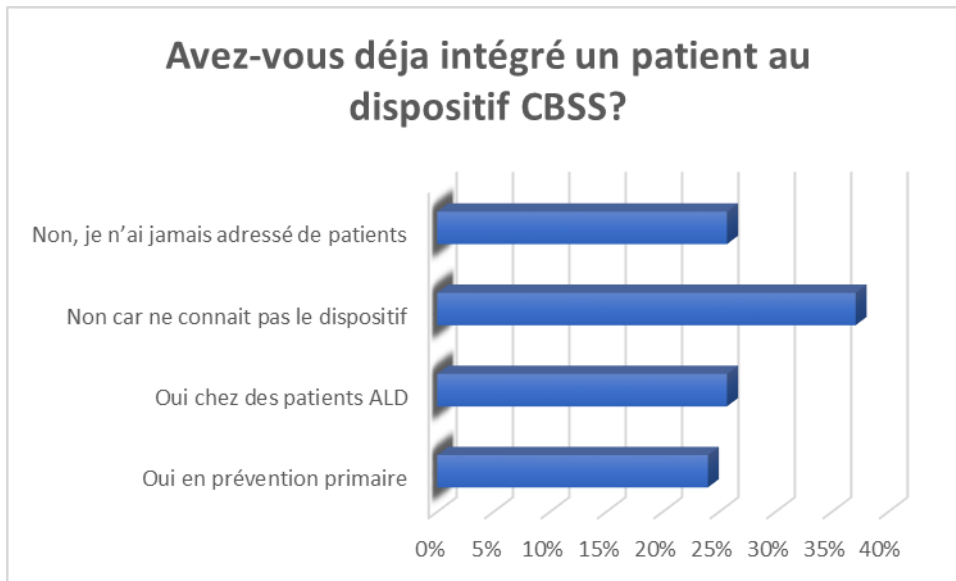
- Figure 18 : Connaissance et utilisation de Côte Basque Sport Santé (**Annexe 21**)



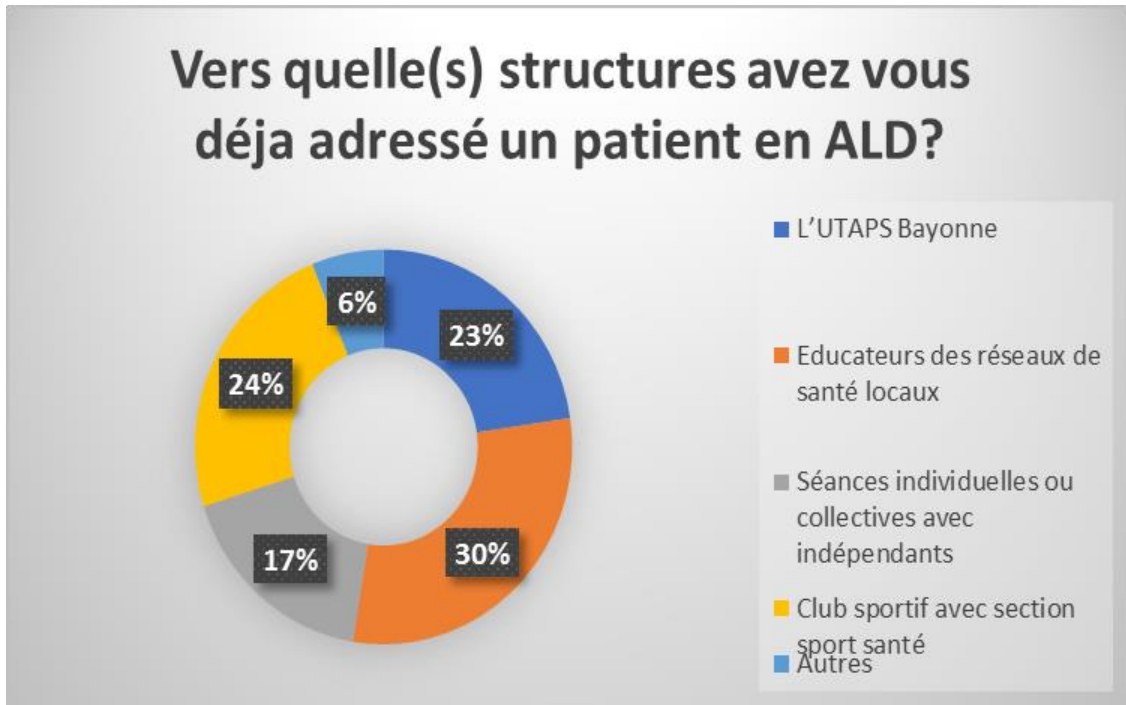
Le dispositif est utilisé chez les MG prescripteurs de manière équivalente pour les patients ALD et les patients en prévention primaire (respectivement 25,7% et 24%).

25,7% des médecins interrogés n'ont jamais adressé de patients malgré leur connaissance du dispositif.

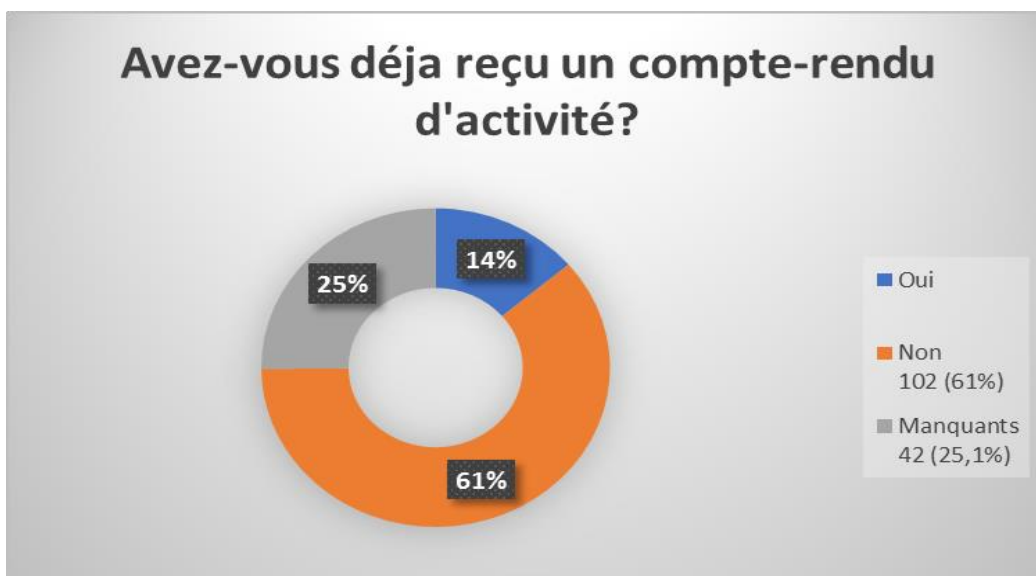
- Figure 19 : Intégration de patients dans le dispositif



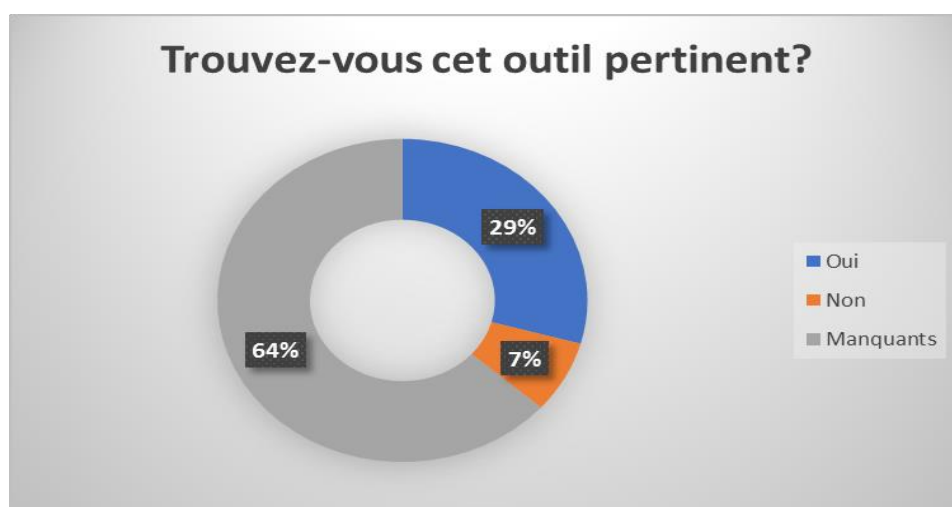
- Figure 20 : Structures locales délivrant de l'APA (**Annexe 22**)



- Figure 21 : Comptes-rendus d'activité (Annexe 22)



- Figure 22 : Utilisation du Pass'Sport Santé (Annexe 23)



III) Analyse bivariée

Nous avons choisi pour ces analyses de nous concentrer sur la prescription d'APA **depuis la mise en application du décret** du 30 décembre 2016.

L'étude bivariée va nous permettre d'étudier cette prescription selon les caractéristiques des MG répondeurs d'une part, et selon leur connaissance des structures de coordination locales d'autre part.

- Prescription selon les caractéristiques de la population

Les résultats disponibles dans le tableau en Annexe 24 indiquent :

- qu'il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant la prescription d'APA après le décret ($p > 0,05$) ;
- que la prescription n'est également pas influencée par l'âge des médecins ($p > 0,05$) ;
- que la zone d'activité des médecins n'influe pas sur la prescription d'APA ($p > 0,05$).

- Prescription selon le niveau d'AP des praticiens (Annexe 25)

Absence de significativité des résultats. L'activité physique pratiquée par les médecins n'influe pas sur leur prescription d'APA ($p > 0,05$).

- Prescription selon la connaissance des structures locales (Annexe 26)

Nous avons tenté d'établir un lien entre la prescription d'APA après le décret de 2017 et la connaissance de la structure de Côte Basque Sport Santé, qui coordonne les structures locales d'AP sur le territoire basque.

Nous observons effectivement un pourcentage élevé d'absence de prescription chez les médecins ne connaissant pas la structure (50%), alors que 20,7% des non-prescripteurs connaissent le dispositif.

De la même façon, nous observons un pourcentage plus élevé de prescripteurs chez les médecins affirmant connaître le dispositif par rapport à ceux qui n'en ont pas connaissance.

L'analyse statistique le confirme : **la connaissance du dispositif CBSS influe sur la prescription d'APA ($p < 0,05$)** et encourage significativement cette prescription de jamais à régulièrement

On remarque également des disparités dans la connaissance du dispositif selon les zones (Annexe 27). Dans les zones 1 et 4, plus de la moitié des médecins le connaissent. Dans les zones 2, 3 et 5 la majorité des répondants ne le connaissent pas.

L'analyse bivariée confirme ces disparités : il existe une **différence significative dans la connaissance du dispositif CBSS selon la zone d'exercice ($p < 0,05$)**.

- Freins liés à l'AP (Annexe 28)

Lors de l'analyse descriptive des résultats, les freins rencontrés par les MG concernant la prescription étaient plutôt équilibrés, les deux principaux étant le manque de formation et les difficultés pour adresser les patients (respectivement 55,1% et 43,7%).

Lors de l'analyse bivariée des freins en fonction de la prescription, « jamais » ou « régulièrement » :

- Les médecins ne prescrivant jamais considèrent en majorité que le fait de ne pas être formé et de ne pas savoir vers qui se tourner sont des freins à la prescription d'activité physique (73,6% et 69,8%)
- Les médecins prescrivant régulièrement considèrent en majorité que l'absence de financement et la non-motivation des patients sont des freins à la prescription d'activité physique (57,1% et 50%).

IV) Commentaires libres

L'analyse des commentaires libres exprimés à la fin du questionnaire reflètent les résultats du questionnaire. Les principaux problèmes rapportés ont été triés selon le thème du commentaire :

- Les difficultés géographiques :

*« Activité sportive indispensable mais structures mal adaptées selon les villes
Frein à la prescription : éloignement géographique des structures
Je suis très intéressé et ne demande qu'à m'intégrer à ses programmes. »*

« Le dispositif semble se développer autour des villes et pas en campagne. Les personnes âgées (mobilités réduites et ALD) sont dans mon secteur et du coup moins sensibilisées. Absence de remboursement des séances. »

« Pas de structure à ma connaissance, d'accès relativement rapide, compte tenu de notre isolement géographique. »

- L'absence de formation / d'information sur les réseaux de santé locaux :

« Je recommande à mes patients d'avoir une activité physique mais je suis totalement incapable de prescrire une AP à une pathologie donnée. »

« Je suis particulièrement sensibilisé à la relation sport/santé mais n'ai jamais été informé des structures mises en place sur la côte basque. »

« Il n'y a pas assez de communication dans le domaine. J'ai 1 à 2 patients intégrés dans la structure CBSS par le spécialiste directement mais pas de courrier de retour sauf pour le spé. »

« Pas assez de documents disponibles et aimerai avoir des formations pratiques. »

« A part « l'effet d'annonce » de la loi, aucune info sur la manière, les structures, les financements... Ainsi que sur les acteurs ou animateurs sportifs dévoués à ce dispositif. »

*« Très peu d'informations lors de la mise en place du dispositif CBSS
Absence de collaboration avec les MG. Quelques patients inclus par des spécialistes hospitaliers. Pas de courriers concernant la prise en charge. »*

« Dispositif à mieux connaître et collaboration à améliorer. »

- Problèmes rapportés concernant la prescription :

« Prescription orale +/- écrite, fréquente, adaptée au mode de vie et aux goûts des patients. La plupart du temps de la marche. »

« Assez peu de suivi malheureusement à la fois sur les patients adressés et absence de suivi administratif pour refaire les stocks de podomètres et de passeport santé. »

« A plusieurs reprises j'ai contacté CBSS pour avoir des passeports santé et ils ne sont jamais passé me voir pour m'expliquer ! D'où mon manque de prescription... »

- Remarques liées à la prise en charge financière :

*« OK pour promouvoir l'AP mais assez réticent à le voir remboursé :
- c'est essentiellement de la responsabilité du patient, donc on le déresponsabilise
Je ne pense pas que ce soit le rôle du médecin traitant qui coordonne déjà sa santé. La prise en charge du sport sur ordo devrait être automatique en fonction de l'ALD du patient. »*

« On en demande toujours plus à la sécurité sociale ! »

*« AP indispensable, je suis d'accord, mais sur prescription, je suis perplexe. Le patient est avant tout une personne qui doit s'auto-gérer, c'est un excès d'assistance.
Si le coût est moindre que la prescription de traitement et que l'on y gagne en morbi-mortalité, c'est bien. »*

« Il est quand même dommage et quelque peu décourageant de devoir faire intervenir l'aspect financier (remboursement) pour motiver la population à faire des AP. »

« Faire une heure de marche pour promener son bâton ou son chien, ne coute rien à la sécu et est à la portée de tout le monde. Plus les patients sont assistés, plus ils deviennent dépendants. »

« Je travaille parfois avec l'UTAPS ; toujours pas de remboursement acté par le gouvernement ; les incitations, la PEC individuelle ne seront jamais suffisantes. »

DISCUSSION

I) Forces et limites de l'étude

- Forces de l'étude

Cette étude réalisée sur l'ensemble des agglomérations du Pays Basque est une des premières études permettant d'établir un état des lieux de la prescription d'APA sur un secteur dynamique et riche en initiatives locales pour promouvoir l'AP. Elle a également permis d'établir une liste (non exhaustive) des structures d'accueil et de coordination de l'AP sur l'ensemble du Pays Basque.

Une première thèse avait été réalisée en 2015 par Julie Pitarch (56). Cette thèse qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés évaluait les déterminants de la prescription d'AP chez les médecins partenaires du dispositif Sport Sur Ordonnance de Côte Basque Sport Santé à son lancement, en 2015. Nous avons donc avec cette étude un regard sur l'extension du dispositif et les progrès réalisés en matière de prescription d'AP.

Le mode de diffusion du questionnaire a également permis d'obtenir **un taux de réponse satisfaisant (53,7%)**, avec une population plutôt représentative de l'ensemble des MG ayant une activité en soins primaires sur le territoire basque, ce qui confère à notre étude une vraie force. En effet, d'autres travaux de thèse utilisant des méthodes similaires ont montré qu'il était difficile d'obtenir un taux de réponse important. Selon les thèses réalisant des enquêtes par voie postale, les taux de réponses variaient entre 28 et 67%. (73)

La remise en main propre de la plupart des questionnaires a été une aide certaine, d'une part pour discuter avec les praticiens de leur pratique, et d'autre part pour établir un lien avec ceux qui étaient intéressés pour avoir des informations supplémentaires sur les structures citées dans le questionnaire.

Le contrôle de toutes les analyses statistiques par le pôle d'étude de l'ISPED de Bordeaux a permis d'assurer une bonne adéquation entre les réponses des répondants et les tests utilisés, ainsi que de permettre une plus grande fiabilité dans les calculs.

- Limites et biais

- Biais de sélection : limites géographiques choisies

Nous avons fait le choix de nous intéresser à la prescription d'APA sur le Pays Basque, zone géographique et culturelle bien définie. Ce choix présente de soulever un biais de sélection :

- les structures locales d'AP se sont surtout développées sur la côte Atlantique avec comme point névralgique le BAB (Bayonne Anglet Biarritz), deuxième bassin de population du département Pyrénées Atlantiques. Les résultats sont donc difficiles à interpréter lorsqu'il s'agit de structures « locales » à la région basque : les villes montagneuses ou rurales du Pays Basque intérieur sont éloignées des structures principales, localisées sur la côte (1 heure de route pour rallier Saint Jean Pied de Port, 1h20 pour Mauléon). Néanmoins, j'ai pu suivre pendant plusieurs semaines l'association CBSS, l'UTAPS et un EAPA indépendant (du réseau R3VPBL), et plusieurs des patients pris en charge étaient originaires d'agglomérations rurales du Pays Basque.

- de la même façon, le choix de limiter l'étude au Pays Basque a exclu des zones parfois plus proches des structures, qui participent grandement à la prescription d'AP (citons l'agglomération Sud Landes avec Capbreton, Saint Martin de Seignanx ou encore le Béarn, avec plusieurs patients ayant été intégrés à l'UTAPS).

- Biais d'information

Biais de compréhension

Certains termes employés dans les questionnaires comme « réseau sport santé », « éducateur en APA », « Pass'Sport Santé », « outils d'aide à la prescription », ont pu ne pas être clairement définis. Or, ces notions sont importantes à bien cerner, car elles renvoient à des notions centrales dans l'analyse des résultats. Si leur compréhension varie en fonction des différents répondants cela peut influencer sur l'interprétation de certains résultats. Cependant, ce sont des termes assez peu ambigus ce qui doit permettre d'en limiter les variations d'interprétation.

De plus, le terme de « prescription » a été un terme très ambigu ; en effet, la définition de la prescription selon la HAS englobe toute forme de prescription, écrite ou orale. Une question est d'ailleurs dédiée dans le questionnaire concernant le mode de prescription d'APA. Cependant, le terme n'ayant pas été défini initialement, beaucoup de répondants ont noté devant les questions relatives à la prescription avant et après le décret qu'il utilisait surtout le conseil oral, et donc répondait plutôt « non » à cette question concernant la prescription.

Biais de suggestibilité

Pour améliorer le confort du répondant et harmoniser au mieux le questionnaire, nous avons choisi des modalités de réponses types. Parmi celles-ci, citons la question en rapport avec la prescription d'APA : « régulièrement – rarement – jamais » ou encore la position du MG vis-à-vis de la loi : « absolument – plutôt – pas vraiment – pas du tout ». Ces réponses impliquent que la question posée exprime en amont une opinion vis-à-vis de laquelle le répondant doit se positionner. Considérant cette approche et ce type de réponse possible et envisagée par la question même, on peut considérer que cela puisse entraîner un biais de suggestibilité qui pourrait favoriser une réponse par rapport à une autre.

De même, concernant les caractéristiques des répondants, le découpage des lieux d'exercice est également ambigu. Certaines pratiques sont difficiles à classer en « semi-rural » ou « rural ».

Biais de désirabilité sociale

Certaines questions interrogent les médecins sur leurs compétences personnelles. Le répondant a donc une tendance naturelle à se valoriser aux yeux de l'enquêteur, même s'il répond de manière anonyme, et peut donc manquer de sincérité. Dans notre étude, ce potentiel biais peut être présent dans la question du temps d'activité physique hebdomadaire des praticiens.

II) Principaux résultats

- Description des répondants

Les caractéristiques des médecins qui ont répondu à l'étude sont concordants avec les données de l'ARS ; l'échantillon est représentatif concernant le sexe et l'âge des médecins généralistes installés.

- Prescription d'Activité Physique Adaptée au Pays Basque

Les résultats montrent que la majorité des répondants ont eu connaissance du décret du 30 décembre 2016 concernant la prescription d'Activité Physique pour les patients présentant une ALD (80,8%), mais la prescription, deux ans après le décret d'application, est encore faible et près de 80% des médecins interrogés considèrent que cette loi n'a pas ou peu modifié leurs habitudes.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce manque de prescription ; d'une part, le biais de compréhension concernant la « prescription » a pu sous-évaluer les résultats, car il est souvent perçu comme un acte écrit, concret, alors que la prescription peut être sous forme orale ou d'un entretien motivationnel.

De plus, le manque d'initiatives politiques, d'information, de financement et de formation participe à cette stagnation de la prescription, qui mérite d'être plus encadrée et définie qu'un décret indiquant aux praticiens la possibilité de le faire.

Même si le décret a permis d'affirmer les rôles des professions paramédicales tels que les éducateurs en APA, les nombreuses terminologies, la multiplicité des termes et des professions est pour moi un autre frein à la prescription. Les tableaux des limitations fonctionnelles et de l'intervention préférentielle des différents métiers (Annexes 2, 3 et 4) me paraissent compliqués à interpréter et à utiliser compte tenu de leur manque de clarté.

En outre, les guides de prescription pour aider les praticiens sont encore trop peu connus et utilisés, malgré leur accès simple et gratuit pour le guide de la HAS ou le MédicoSport Santé

Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé de différence de prescription entre les médecins qui respectaient eux-mêmes les recommandations d'AP selon l'OMS par rapport à ceux dont l'AP était faible (< 150 minutes d'AP modérée par semaine).

Ce résultat concorde avec la précédente étude de M. Nicolas Ballay sur le département du Maine et Loire en 2014 (62), qui ne retrouvait pas de différence significative de la prescription selon le niveau d'AP.

Ce résultat est très étonnant car les médecins ont tendance à inciter les patients à faire ce qu'ils appliquent à eux-mêmes. Citons par exemple le cas du tabac, avec une étude publiée dans la revue des maladies respiratoires sur l'influence du tabagisme sur leur pratique (63). Les résultats étaient significatifs : Les médecins fumeurs demandaient moins souvent à leurs patients s'ils fumaient et s'ils envisageaient d'arrêter de fumer.

Même si la population de l'étude est plutôt active, la prescription n'est pas influencée. Nous expliquons cette absence de lien par le manque de temps et de moyens dédiés à la prescription, qui peut être chronophage pour les médecins généralistes.

Parmi les modes de prescriptions utilisés, les résultats sont en accord avec les précédentes études :

Concernant le conseil oral : une étude canadienne retrouvait une prescription orale de 69,8% tandis que la prescription écrite concernait 15,8% des prescriptions. (64) Dans la thèse de M. Julien Cournet (65), les résultats sont similaires, mais avec une proportion moindre. En effet, le conseil oral lapidaire concernait 47,2% des prescriptions, l'orientation vers un professionnel de santé était réalisée dans 18,7% des cas. Une ordonnance écrite ou une documentation étaient peu réalisées (0,8%).

Nos résultats présentent probablement un biais de suggestibilité, avec une valorisation de la pratique habituelle. La thèse de M. Cournet était réalisée à partir de fiches de relevé de consultation, permettant une analyse plus directe des consultations.

Même si la prescription d'APA reste encore à améliorer, les médecins généralistes sont des acteurs importants de la promotion du sport-santé ; la majorité est convaincue de l'efficacité de l'APA et de leur prescription (92,2%). Ce chiffre concorde également avec la littérature : une précédente thèse de M. Benjamin Rucar retrouvait que 86% des répondants étaient persuadés des bienfaits de l'APA. (66)

Néanmoins, l'efficacité de l'AP sur les maladies chroniques fait encore débat, même chez les prescripteurs : si l'impact sur les maladies cardio-vasculaires, le diabète et l'obésité n'est plus à démontrer (97% considèrent l'AP comme absolument essentielle), les avis sont moins mitigés pour les autres pathologies. Pourtant, les études s'accordent à dire que l'AP est bénéfique en termes de prévention secondaire pour les maladies psychiatriques, comme le montrent la méta-analyse publiée dans Cochrane pour la dépression. (67)

Ce résultat est inquiétant et pointe encore une fois les lacunes de formation et d'information destinée aux praticiens. Pourquoi prescrire si on n'est pas convaincu soi-même que l'AP a une influence sur le moral ?

Concernant l'arthrose et la BPCO, les résultats peuvent être expliqués par le problème des limitations fonctionnelles. En effet, la thèse de M. Nicolas Pellegrin en 2014 retrouvait que l'arthrose des membres inférieurs était l'obstacle le plus difficile à surmonter concernant la prescription d'AP, devant l'alcool et le tabac. Les praticiens paraissent plus frileux à la prescription chez les patients arthrosiques, et les patients considèrent leur pathologie comme une barrière à l'AP.

Pourtant, l'arthrose est une excellente indication à l'AP, et l'aide d'un ergothérapeute ou d'un EAPA est dans ce cas une solution efficace pour soulever les obstacles.

Concernant le rôle du médecin traitant dans la prescription, 84% des médecins interrogés ont répondu NON à la phrase « ce n'est pas le rôle du MT de prescrire l'AP ». Cette question a été mal posée et a pu induire une confusion dans les réponses, car le résultat indique probablement que 84% considèrent que c'est son rôle. Nous n'insisterons donc pas sur ce résultat.

Enfin, peu de médecins généralistes ont déclaré avoir un retour d'activité concernant les patients adressés à des professionnels de l'AP. Ce compte-rendu est un élément du décret du 30 décembre (Art. D. 1172-5 du Code de la santé publique). Il stipule que le prescripteur doit régulièrement recevoir des comptes-rendus d'activité de la part du professionnel de santé concernant les patients pris en charge. Nous voyons ici que cet aspect de la loi est encore très peu développé.

- L'impact des structures locales d'accueil et de coordination de l'AP

L'originalité de l'étude repose sur l'analyse de la prescription à travers les structures locales de coordination de l'AP, notamment le dispositif CBSS. Effectivement, la connaissance de la loi permettant la prescription d'APA ne semble pas être déterminante pour les praticiens.

Notre étude conclut que 83,8% des médecins interrogés considèrent qu'une telle structure est une aide à la prescription d'AP, mais que 55,1% des praticiens connaissent cette structure.

Ces résultats sont tout de même encourageants : la thèse de M. Nicolas Pellegrin (68), en 2014, indiquait que seulement 23% des praticiens interrogés avait eu connaissance de structures d'accueil concernant l'AP. Il en est de même pour le travail de M. Benjamin Rucar : 40% des médecins interrogés n'avaient jamais entendu parler du réseau sport-santé actif en Picardie. (66)

Nous soulevons donc par notre étude l'impact fort d'un tel dispositif de coordination de l'AP, bien plus déterminante que l'aspect législatif.

L'analyse bivariée montre cet impact : **la connaissance du dispositif CBSS influe sur la prescription d'APA de manière significative ($p < 0,05$). Les praticiens qui connaissent l'existence du dispositif prescrivent plus que ceux qui ne la connaissent pas.**

La raison est simple : de telles structures permettent une facilité de prescription pour les praticiens et les patients :

- l'utilisation des livrets de prescription est simple, permet le suivi et la coordination des soins. Attention néanmoins car quelques remarques qui m'ont été rapportées soulignaient des difficultés à communiquer avec les structures ou à obtenir des Pass'Sport Santé ;
- le réseau de partenaires permet un maillage territorial important et des activités physiques diversifiées permettant aux patients de pratiquer l'AP qui leur correspond ;
- l'implication de tous les partenaires et notamment l'UTAPS permet un suivi de la prescription à moyen terme efficace.

Ces résultats sont importants et peuvent éclairer sur les perspectives d'amélioration de la prescription. Une extension du dispositif paraît indispensable afin de proposer une offre plus importante dans les zones rurales plus reculées du Pays Basque. En effet, une **différence significative a également été retrouvée entre la connaissance du dispositif CBSS et la zone d'exercice ($p < 0,05$)**. Ce résultat est logique car le dispositif s'est implanté initialement à Biarritz et sur l'agglomération Côte Basque Adour (Zone 1). Actuellement le dispositif est peu présent dans les autres agglomérations mais s'étend progressivement avec de plus en plus d'associations partenaires (Saint Jean de Luz dans l'agglomération Sud Pays Basque, Zone 2 ; Cambo les Bains à Errobi, Zone 4 ; Bardos dans le Pays de Bidache, Zone 3).

Concernant la pertinence du livret de prescription (Pass'Sport Santé), 29,3% le trouve pertinent. Le nombre de personnes ayant répondu (61) étant supérieur au nombre de personnes ayant déclaré l'avoir déjà utilisé (45), nous ne tiendrons pas compte de ce résultat.

- Les freins à la prescription
 - Formation et information

Le résultat intéressant ici est que les freins sont différents selon les médecins prescripteurs et les non-prescripteurs : les médecins ne prescrivant jamais considèrent en majorité que le fait de ne pas être formé et que de ne pas savoir vers qui se tourner sont les freins à la prescription d'activité physique (73,6% et 69,8%)

Nous retrouvons ici le principal problème pointé par les praticiens qu'est le **manque de communication et d'information autour des structures d'accueil du sport santé.**

Comme dans les précédentes études, ce manque d'information semble être le point sur lequel des efforts devraient être réalisés (dans la thèse de M. Benjamin Rucar, 80% des répondants avaient des difficultés à trouver ces structures).

Ce frein majeur aurait pu selon moi être minoré par une diffusion de cette information coordonnée avec l'annonce du projet de loi, afin de proposer une solution concrète, utilisable pour les praticiens.

Une information coordonnée et locale semble être un élément à améliorer.

Concernant le manque de formation, nos résultats sont également concordants avec les données de la littérature. Selon Walsh et al., deux tiers des médecins interrogés estiment leurs **connaissances inadaptées** pour conseiller de l'activité physique à leurs patients (69).

Les formations DPC sont encore méconnus concernant la prescription mais certaines structures proposent des séminaires (Côte Basque Sport Santé notamment organise une FMC tous les ans).

➤ L'épineux problème du remboursement

Le deuxième élément important responsable du manque de prescription concerne le remboursement de l'AP.

Les avis sont controversés. Bien que 67,1% des participants considèrent que le financement serait une aide à la prescription, nous pouvons voir dans les commentaires libres que le remboursement par la sécurité sociale, qui n'est pour le moment pas d'actualité, est loin de faire l'unanimité.

En effet, les principales remarques rapportent d'une certaine déresponsabilisation de la population vis-à-vis de l'AP, une infantilisation des patients qui aurait pour conséquence un manque d'investissement de la part des patients. Pourtant, les différentes études montrent que le manque de moyens financiers est un problème fréquemment cité.

D'autre part, ces réticences sont probablement liées au manque de preuves d'un retour sur investissement efficace. Pourquoi dépenser de l'argent pour promouvoir l'AP alors que tout le monde a une paire de baskets ? Or, deux récentes études médico-économiques ont été publiées :

- l'étude « As du Cœur » a été réalisée en 2016 dans le cadre d'un programme lancé par Azur Sport Santé (70). C'est **la première étude interventionnelle médico-économique portant sur l'activité physique réalisée en France.**

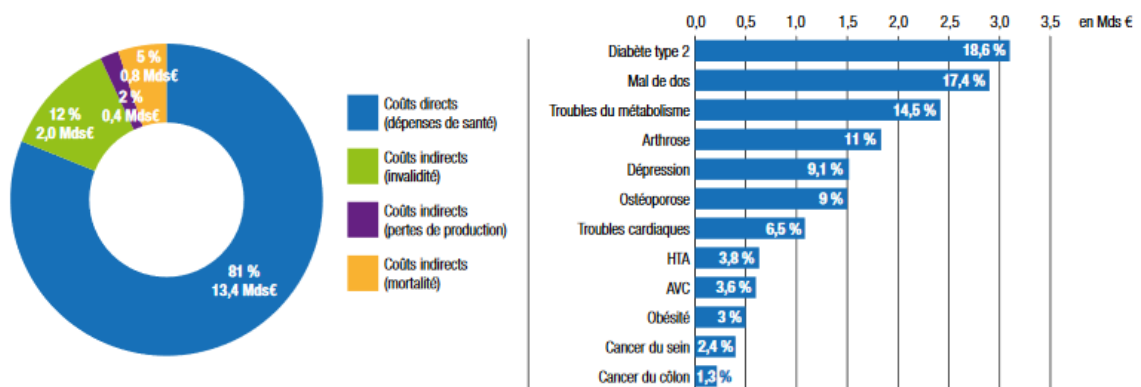
L'objectif était de **mesurer l'impact d'un programme d'activité physique sur les dépenses de santé de personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires** ; les dépenses de santé d'un groupe de 45 personnes en Affection Longue Durée 5 (Insuffisance cardiaque) et 13 (maladie coronaire) affiliées au RSI Côte d'Azur ayant bénéficié pendant 5 mois d'un programme d'activité physique conforme aux recommandations de l'OMS pour ce type de public, ont été comparées à celles de l'ensemble de la population invitée (1891 personnes), n'ayant pas bénéficié du programme.

L'étude a montré une baisse des dépenses de santé de 30% pour les participants ayant bénéficié du programme contre une hausse de 2% pour les personnes invitées qui n'en avaient pas bénéficié.

Cette évolution a été étudiée sur l'année où le programme a été proposé, par rapport aux deux années précédentes.

- Une note d'analyse du Ministère des Sports de Janvier 2018 (71) résume les différentes études européennes se rapportant aux coûts de l'inactivité physique de différentes pathologies. Ces études se basent sur des calculs économiques complexes prenant en compte les coûts de santé direct et indirect (invalidité, perte de production, mortalité).

A partir des données Eurostat et en supposant que le niveau de pratique sportive des autrichiens soit proche de celui des français (l'Eurobaromètre 2014 indique en effet que 45 % des autrichiens déclarent pratiquer une activité physique et sportive assez régulièrement, contre 43 % des français), le rapport a extrapolé aux données françaises les résultats obtenus sur les données autrichiennes. Les deux graphiques suivants rapportent : l'estimation du coût de la sédentarité par pathologies (figure 24), puis une simulation des économies générées par un accroissement de la pratique sportive en France (figure 25). Les résultats montrent qu'un accroissement de la pratique sportive provoquerait une baisse des dépenses de santé globales (économies réalisées supérieures aux coûts supplémentaires engendrés).



Source : SportEconAustria, calculs Direction des Sports.

Figure 24 : Estimation du coût de la sédentarité en France par type de coût et par pathologie

Le remboursement d'une prescription d'AP pourrait donc être une solution pour accroître le niveau d'AP de la population, notamment des pathologies ALD, et par conséquent permettrait une réduction des dépenses de santé globales.

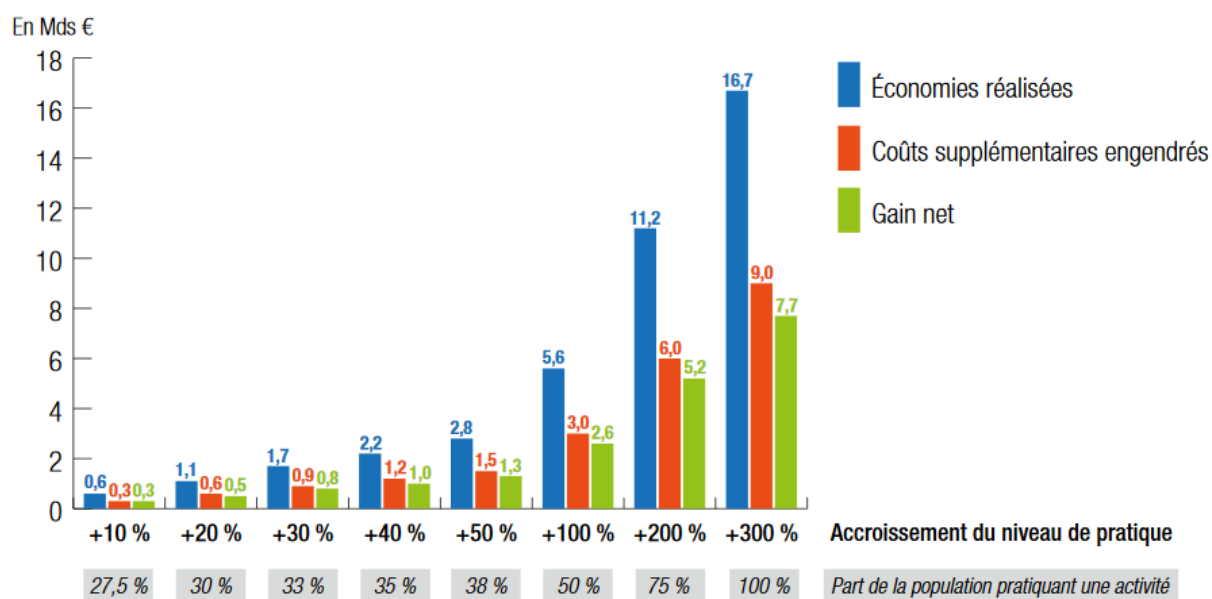


Figure 25 : économies générées par un accroissement de l'AP en France

III) Perspectives

- **Prescrire et Rembourser l'Activité Physique : est-ce une bonne idée ?**

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe des réticences de la part des praticiens à considérer l'AP comme un traitement à part entière ; la question du remboursement est donc essentielle. Actuellement, des financements permettent à des structures de proposer de l'APA aux patients. C'est le cas de l'UTAPS à Bayonne, qui finance intégralement la prise en charge.

La première des initiatives serait pour moi d'inclure le financement de l'activité physique adaptée dans la prise en charge à 100% des maladies chroniques. Les études montrent une efficacité en prévention secondaire, les rapports médico-économiques sont formels, que manque-t-il au ministère de la Santé pour considérer enfin l'AP comme essentielle aux pathologies chroniques ? La mise en place d'une consultation dédiée, au même titre que les consultations pédiatriques pourraient aider les praticiens à effectuer des consultations dédiées à l'AP.

Faut-il rembourser le cours de marche nordique du patient diabétique au même titre que son traitement par Metformine ? Oui !

De plus, la démarche consistant à considérer l'AP comme une thérapeutique non médicamenteuse est fondamentale pour pouvoir accepter l'AP en tant que prescription.

Tout le monde peut effectivement chausser des baskets et aller promener son chien, mais le simple fait de réaliser une prescription comme on le ferait pour un médicament ou un sevrage tabagique, engendre un accompagnement, un suivi au long cours qui participera au changement de comportement des patients vis-à-vis de l'AP et maintenir durablement un niveau d'AP suffisant pour être en bonne santé.

Comme pour tout changement de comportement ou d'éducation, le médecin traitant est au centre de cette prise en charge, et les praticiens doivent en être conscients ! Plus le médecin s'impliquera avec le patient, moins il sera infantilisé ou déresponsabilisé !

La question du remboursement est donc d'actualité, les politiques publiques ont conscience que l'aspect économique est également en faveur d'une activité physique plus importante, notamment pour les patients présentant une ALD.

Des efforts sont nécessaires pour développer l'APA ; lors de la diffusion des questionnaires, une remarque qui apparaît peu dans le questionnaire m'a souvent été rapportée : les patients, aussi motivés soient-ils, expriment un problème récurrent : les déplacements sont un problème pour accéder aux structures délivrant de l'AP, autant pour ceux qui ne disposent pas d'un véhicule personnel que ceux qui ne conduisent pas à cause de leurs pathologies.

Une aide financière est une des solutions envisageables, comme un système de bon de transports, non pas pour aller passer des examens ou aller au rendez-vous du spécialiste, mais pour se rendre à son cours de pilâtes deux fois par semaine ! On pourrait également proposer à un « ramassage sportif », avec des transports collectifs qui amènent les patients aux différents clubs sportifs.

- **Extension des initiatives locales**

Notre étude a montré l'impact des initiatives locales pour promouvoir l'activité physique et pour améliorer la coordination entre le patient, le médecin prescripteur et la structure délivrant l'activité physique. Cette relation triangulaire paraît essentielle au bon déroulement de l'AP, une diminution des risques liés à la pratique et un bon suivi.

Néanmoins, si le Pays Basque dispose de structures solides et variées, leur extension est nécessaire :

- le nombre de praticiens qui connaissent et utilisent le dispositif CBSS est encore faible par rapport au pourcentage de médecins qui considèrent que ces structures apportent un bénéfice à la prescription ;
- le nombre d'associations sportives, de structures sport-santé et de professionnels indépendants ne cesse d'augmenter depuis la mise en place de CBSS (8 partenaires présents initialement, actuellement il en existe plus de 60). Ce réseau doit s'étendre encore car on voit que les régions rurales sont moins pourvues de structures d'accueil que les villes de la côte, point de départ du dispositif en 2015.

Un maillage territorial complet permettrait à l'ensemble de la population de disposer d'une offre d'APA variée, et de profiter du financement du dispositif pour initier les changements de comportement nécessaire pour effectuer une AP régulière.

Dans le cadre de notre étude, nous avons récupéré par l'intermédiaire du questionnaire les adresses e-mails de nombreux médecins généralistes qui désirent mieux connaître les structures énumérées dans le questionnaire.

Avec la collaboration du dispositif CBSS et de l'UTAPS, nous allons diffuser d'une part les résultats de l'étude, et d'autre part des brochures d'information concernant les dispositifs, leur fonctionnement et les contacts nécessaires aux praticiens qui voudraient prescrire une AP.

- **Une formation médicale indispensable**

La formation des médecins généralistes est également un aspect à améliorer. Les formations en ligne ou dans le cadre de journée DPC sont disponibles, mais restent rares.

Les guides de prescription en ligne seraient à mettre en avant, pour permettre une aide immédiate lors de la consultation et pour pouvoir proposer des solutions concrètes aux patients.

Par ailleurs, les MG souhaitent coopérer avec des éducateurs spécialisés en AP et en santé pour assurer l'accompagnement des patients qui le nécessitent. Ces professionnels de l'APA sont maintenant bien visibles et structurés, mais il est important de mettre en place des politiques locales stimulant la formation et l'implantation d'éducateurs sur le territoire et de développer les mesures permettant de faciliter l'accès du public à ces professionnels.

La présence d'un éducateur en AP au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaires serait un avantage précieux tant pour les médecins que pour les patients, et faciliterait la mise en œuvre de programmes d'APA.

- **L'avenir : augmenter l'activité physique de la population française.
L'impact des JO de Paris 2024.**

Régulièrement mis en avant par les organisateurs, l'héritage social des Jeux olympiques de Paris 2024 passera par le développement des pratiques mais aussi par la santé. Cet événement ambitionne même d'être un "accélérateur du sport-santé".

Le cap a été fixé par le président de la République, M. Emmanuel Macron : augmenter de 3 millions le nombre de pratiquants d'activités physiques et sportives d'ici à 2024, année des Jeux olympiques de Paris. L'enjeu ? Installer une culture sportive et faire en sorte que le sport vienne "irriguer et renforcer d'autres politiques", comme il l'est noté dans la feuille de route du ministère des Sports.

Le président des JO 2024, M. Tony Estanguet, a créé avec un groupe d'experts un collectif baptisé « Pour une France en Forme ». (72)

Composé de personnalités sportives, politiques et médicales, ce collectif se base sur 11 pistes d'action à améliorer pour parvenir à augmenter le niveau d'AP de la population française et combattre la sédentarité.

Citons parmi ces pistes :

- la mobilisation du territoire, avec pour but d'encourager la création de réseaux sport santé permettant d'accompagner les bénéficiaires du sport sur ordonnance et associant acteurs de santé, éducateurs médico-sportifs et clubs pour accueillir un plus large public de sédentaires ;
- la formation des médecins : En formation initiale, intégrer un module spécifique sur « activité physique et santé » dans le cursus ; en formation continue, proposer de nouvelles modalités de formation non-présentielles. Généraliser le recours aux entretiens motivationnels pour remettre en mouvement les personnes sédentaires,
- la priorité mise sur la jeunesse, également impactés par l'augmentation des modes de vie sédentaires de notre société ;
- l'aménagement de l'espace afin de pouvoir bénéficier d'infrastructures adaptées à la pratique grand public (espaces protégés dédiés à l'AP, encourager la pratique du vélo).

Les perspectives sont donc claires et ambitieuses, et tous les acteurs du sport et de la santé doivent être mobilisés pour combattre efficacement le fléau de la sédentarité et ainsi ralentir les maladies chroniques.

CONCLUSION

Les bénéfices de l'AP, tant sur le plan préventif que curatif, ont été démontrés dans de nombreux domaines. Par ailleurs, une grande partie de la population a un niveau d'AP insuffisant et des comportements sédentaires croissants, s'exposant ainsi à des conséquences importantes en termes de morbidité, de mortalité et de dépenses de santé.

Les pouvoirs publics se sont emparés de cette problématique en permettant aux médecins généralistes de prescrire de l'AP aux patients en ALD. Néanmoins, l'impact de la loi n'a pas modifié les habitudes de prescriptions des médecins généralistes.

Notre étude sur le territoire basque a montré que l'impact des structures locales est le principal moteur de la prescription d'Activité Physique Adaptée. Le présent de l'APA est dans les mains des territoires et des associations locales, qui œuvrent pour offrir une activité physique adaptée, variée et sécurisante. Les réseaux de santé se développent et c'est par ces réseaux que la population peut initier et maintenir une activité physique.

Toutefois, la mise en pratique effective d'une prescription d'AP en médecine générale se heurte à des obstacles importants, au premier rang desquels se trouvent d'une part un manque d'information des praticiens sur les dispositifs locaux délivrant une offre d'activité physique variée d'autre part, la motivation et le manque de temps des patients sont pointés dans de nombreuses études comme un frein. La formation des professionnels à initier des changements de comportement vis-à-vis de l'AP est également primordiale pour faire adopter un mode de vie plus actif et moins sédentaire à la population, et à faire de l'AP une nécessité et non une contrainte.

Au Pays Basque, les dispositifs sport-santé, nombreux et structurés, sont des leviers décisifs pour promouvoir l'AP, et sont un outil déterminant pour les professionnels de santé dans leur prescription d'activité physique adaptée.

Une extension est nécessaire et indispensable, dans le but d'obtenir un maillage du territoire homogène et proposer à tout le monde une offre de soins équivalente. La question du remboursement est également prépondérante pour permettre une AP encadrée et adaptée.

Une thèse basée sur ce même territoire du Pays Basque pourrait être pertinente pour étudier le côté des patients, leurs ressentis face à cette prescription, ou encore l'impact de la prescription sur leur niveau d'AP.

En attendant des mesures supplémentaires pour augmenter le niveau d'AP des français, déclarée grande cause nationale et soutenue par l'organisation des Jeux Olympiques de 2024, prenons le temps de faire du sport !

BIBLIOGRAPHIE

1. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
2. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS). Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. Praznoczy et al. Edition 2017 (29)
3. INSERM. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014 (13)
4. Définition des Activités Physiques et Sportives [Internet]. Les services de l'Etat en Meurthe-et-Moselle. Available from : <http://www.meurthe-et-moselle.gouv.fr>
5. American College of Sport Medicine, Pescatello LS, Arena R, Riebe D, Thompson PD. ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia (PA) : Wolters Kluwer ; 2014
6. MET : Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med SciSports Exerc. 2011;43(8):1575-81
7. Test de marche des six minutes 6MWT - Six minutes walk test. | Pratiques Sportives, Testez-Vous ! [Internet]. IRBMS. Available from: <http://www.irbms.com/test-demarche-de-six-minutes-6mwt>
8. SFP-APA. L'activité physique adaptée [Internet]. Société Française des Professionnels en Activités Physiques Adaptées. Available from : <http://www.sfp-apa.fr/cms/lactivite-physique-adaptee.html>
9. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité- avis de l'ANSES - Rapport de l'expertise collective. Edition Scientifique.2016 Fev
10. OMS. La sédentarité, un problème de santé publique mondial. Disponible sur www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity.fr
11. INSERM. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014
12. Lear SA, Hu W, Rangarajan S, Gasevic D, Leong D, Iqbal R, et al. The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. Lancet. 16 déc 2017;390(10113):2643-54
13. Thorp, A.A., Owen, N., Neuhaus, M., and Dunstan, D.W. 2011. Sedentary Behaviors and subsequent Health Outcomes in Adults: A Systematic Review of Longitudinal Studies, 1996-2011. Am. J. Prev. Med. 41(2): 207–215

14. INSERM. Activite physique : contextes et effets sur la sante [Internet]. INSERM; 2008 p. 168
15. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. Washington (DC) : U.S. Department of Health and Human Services; 2018.<https://health.gov/paguidelines/second-edition/report.aspx>
- 16.OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommandations/fr/
17. Manger Bouger. Accueil [internet]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/>
18. Communication en conseil des ministres; 2012. Available from: http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/1-texte_communication_en_conseil_des_ministres.pdf
19. Ministère de la santé, Ministère de la solidarité, Ministère de la recherche. Plan Alzheimer et maladies apparentées. 2008
20. Institut National du Cancer. Plan | Institut National Du Cancer 2014-2019
21. Thierry B, Jean-Marc D. CAMI Sport & Cancer. CAMI Sport & Cancer. 2000
22. Plan national sport santé bien-être [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 28 nov 2018]. Available from: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bienetre/> article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre
23. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2673/AN/917.asp>
24. Assemblée nationale, Sénat. Code de la santé publique Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé 2016
25. Code de la santé publique. Décret n° 2016-1990 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016
26. Préfecture de la Région Occitanie. Prescription d'activité physique adaptée chez les patients atteints d'une affection de longue durée – Actualités 2017. Les Cahiers de la Mission Sport et Santé, Fiche N°1. 2017
27. SIGNORET J. Société Française de Médecine Générale : Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques. 2010
28. Simon C, Chabrier G. Comment prescrire l'activité physique en pratique médicale ? Ann Endocrinol. 2005 Apr;66(2, Part 3):29–35
29. Test Ricci & Gagnon - Bouger sur prescription [Internet]. Disponible sur: <http://www.bougersurprescription.fr/testez-vous>
30. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Instruction interministérielle à l'activité physique adaptée. 2017

31. Tafticht N, Csillik AS. Nouvelles applications du modelé transthéorique : la pratique d'une activité physique régulière. Ann Med -Psychol Rev Psychiatry
32. CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français. Médicosport-santé. 2017
33. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé. Septembre 2018
34. Collège de la HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Avril 2011
35. Orrow G, Kinmonth A-L, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care : systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ [Internet]. 26 mars 2012; 344. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312793/>
36. Frémont P, Fortier M, Frankovich RJ. Exercise prescription and referral tool to facilitate brief advice to adults in primary care. Canadian Family Physician. 2014;60(12):1120-1122
37. Letertre C. La promotion de l'activité physique par le médecin généraliste : à propos d'une étude sur l'observance d'un conseil a minima et son retentissement sur la qualité de vie et le niveau d'activité physique. [Thèse de doctorat de pratique, Médecine générale]. Saint Martin D'Hères : Université Joseph Fourier Grenoble 1 ; 2009
38. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [PDF Internet]. HAS ; 2011. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf
39. Bazex J, Pène P, Rivière D. Activité physique et santé. Bull. Acad. Natle Méd. , 2012, 196, no 7,1427-1442, séance du 9 octobre 2012
40. Patel A, Schofield GM, Kolt GS, Keogh JW. General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program. BMC Fam Pract. 2011;12(1):119
41. Little P, Dorward M, Gralton S et al. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. Br J Gen Pract. mars 2004;54(500):189-95
42. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée | SFP-APA [Internet]. [cité 28 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.sfp-apa.fr/>
43. Perrin C. Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical, Santé Publique. 22 juin 2016 ; S1(HS):141-51
44. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? Patient Educ Couns. 2006 Dec;64(1-3):6-20
45. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg | Strasbourg.eu [Internet]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>

46. ANDES. Dispositif "Sport sur ordonnance" - Blagnac (31) [Internet]. Association Nationale Des Elus en charge du Sport. 2013. Available from: <http://www.andes.fr/index/actualite/id/845>
47. efFORMip : L'engagement sport-santé d'un réseau pour les porteurs de pathologies chroniques. 2013
48. DRJSCS de Champagne-Ardenne. Plan régional sport santé bien être : Feuille de route de la mission sport-santé de Champagne-Ardenne. 2012
49. Ministry of Health, New-Zealand. How the Green Prescription works [Internet]. Available from: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/greenprescriptions/how-green-prescription-works>
50. Elley R, et al. Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. N Z Med J. 2004 Dec 17;117(1207):U1216
51. Elley CR, Garrett S, Rose SB, O'Dea D, Lawton BA, Moyes SA, et al. Cost-effectiveness of exercise on prescription with telephone support among women in general practice over 2 years. Br J Sports Med. 2011 Dec;45(15):1223-9
52. Bull F, Milton K. Let's Get Moving: a systematic pathway for the promotion of physical activity in a primary care setting: Let's Get Moving was developed based on National Guidance on effective interventions on physical activity released in the United Kingdom in 2006. Glob Health Promot. 2011 Mar;18(1):59-61
53. Koutaissoff D, Jeannin A, Dubois-Arber F. Evaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre). Lausanne Inst Univ Medecine Soc Preventive [Internet]. 2012 ; Available from : http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds200_fr.pdf
54. La démographie médicale des professionnels du premier recours [Internet]. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/la-demographie-medicale-des-professionnels-du-premier-recours>
55. En chiffres [Internet]. Disponible sur: <https://www.communaute-paysbasque.fr/la-communaute-pays-basque/le-territoire/en-chiffres>
56. 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. Juin 2016
57. [Internet]. Côte Basque Sport Santé. Disponible sur: <https://www.cotebasquesportsante.fr/notre-demarche/cote-basque-sport-sante-actions/>
58. Dossier de presse du 2 février 2018 : Une nouvelle dimension dans le parcours de soins « de l'hôpital à la ville » pour les patients atteints de maladies chroniques
59. Etat des lieux du Dispositif UTAPS + CBSS. Prise en charge et suivi des patients après réentraînement. 25/01/2019. Document fourni par CBSS

60. Le PEPS. Des parcours santé pour garder la forme [Internet]. Ville d'Anglet, site officiel. Disponible sur : <https://www.anglet.fr/services/sante-bien-etre/le-peps/>
61. A propos | Aviron Bayonnais Sport Santé [Internet]. Disponible sur: <https://ab-sportsante.fr/a-propos-de-l-association>
62. Ballay N. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire. 2014
63. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac - EM|consulte [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/134917>
64. 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
65. Cournet J. La prescription d'activité physique chez les maîtres de stage de médecine générale d'Aquitaine : qu'en est-il dans la réalité ? 2017
66. Rucar B. Sport santé sur ordonnance : Analyse des ressentis et des freins concernant la prescription d'activités physiques adaptées pour les patients en affection de longue durée chez des médecins généralistes ayant réalisé une formation à cette prescription. 2018
67. Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W, et al. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012;(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub5/full>
68. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin. 2014;145.
69. Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. 2011 May;16(4):307-13
70. <https://agita.fr/lactivite-physique-reduit-significativement-les-couts-de-sante-resultats-de-letude-scientifique-inedite-en-france-as-du-coeur/>
71. Direction des Sports. Note d'analyse n°11 : Activité Physique et Sportive, santé et qualité des finances publiques. 31 Janvier 2018
http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf
72. Pour une France en forme | [Internet]. Disponible sur: <https://www.pourunefranceenforme.fr/>
73. Grand F. Enquête d'opinion auprès de médecins généralistes sur la réalisation d'un électrocardiogramme lors de la visite de non contre-indication au sport chez les 12 à 35 ans [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : Intensité des activités et dépense d'énergie en MET, d'après (8)

Activité	Intensité en METs
Intensité faible < 3 METs	
Sommeil	0,9
Regarder la télévision	1
Ecrire à la main ou à l'ordinateur	1,8
Marche à 4 km/h	2,9
Intensité modérée 3 à 6 METs	
Vélo stationnaire, 50W	3
Exercices à la maison (général), effort léger ou modéré	3,5
Marche à 5,4 km/h	3,6
Vélo stationnaire, 100 W	5,5
Intensité élevée > 6 METs	
Course à pied, 7-8 km/h	7
« Pompes », redressements assis	8
Saut à la corde	10
Course à pied >17,5 km/h	18

Annexe 2 : Effets reconnus de l'activité physique sur les maladies chroniques

Niveaux de preuve des effets bénéfiques de l'activité physique pour les différentes pathologies

Pathologies	Niveau de preuve des effets bénéfiques de l'activité physique
Pathologies métaboliques	
Diabète de type 2	A ↓ mortalité toutes causes, ↓ mortalité cardiovasculaire contrôle de l'équilibre glycémique (hémoglobine glyquée et sensibilité à l'insuline)
	B ↑ capacité aérobie, ↑ force musculaire contrôle du poids absence d'apparition ou d'aggravation des complications
Diabète de type 1*	A ↑ aptitude physique aérobie, amélioration du profil lipidique, ↓ de l'insulino-résistance, ↓ des besoins en insuline
Obésité	A ↓ masse grasse viscérale suite à un programme aérobie maintien du poids après perte initiale
	B ↓ mortalité toutes causes ↓ poids ↓ tour de taille
Pathologies cardiovasculaires	
Pathologies coronaires	A ↓ mortalité globale et cardiovasculaire et réhospitalisations ↑ qualité de vie ↑ VO ₂ max, ↑ force musculaire, ↓ pression artérielle, amélioration de la fréquence cardiaque de récupération et des marqueurs biologiques
	B ↑ qualité du sommeil, ↓ symptômes anxio-dépressifs
Insuffisance cardiaque chronique	A ↑ qualité de vie, ↑ VO ₂ max et amélioration des marqueurs biologiques
	B ↓ mortalité et réhospitalisations

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	<p>A ↓ mortalité globale et cardiovasculaire ↑ distance de marche, ↑ qualité de vie, ↑ $\dot{V}O_2$max</p> <p>C ↓ facteurs de risque cardiovasculaires et symptômes anxio-dépressifs</p>
Accident vasculaire cérébral	<p>A ↑ $\dot{V}O_2$max et capacité fonctionnelle (distance de marche)</p> <p>B ↑ qualité de vie et ↑ des fonctions cognitives</p> <p>C ↓ facteurs de risque cardiovasculaires et ↓ récurrences d'AVC</p>
Pathologies pulmonaires	
Bronchopneumopa- thie chronique obstructive	<p>A Effets obtenus par le réentraînement à l'effort dans le cadre de la réadaptation respiratoire : ↑ tolérance à l'effort générale (endurance, force) ; ↑ force et endurance des membres supérieurs ; ↓ dyspnée, ↑ état de santé ; ↑ qualité de vie ↓ nombre hospitalisations et de leurs durées récupération plus rapide après une exacerbation ↓ anxiété et dépression associées à la BPCO</p>
Cancers	<p>A ↑ capacité aérobie ($\dot{V}O_2$max) pendant ou après traitement ↑ force musculaire, ↓ poids, IMC et masse grasse, ↓ fatigue pendant et après les traitements, ↑ qualité de vie</p> <p>B ↓ risque de récurrence, mortalité globale et spécifique après cancer du sein et du côlon</p> <p>B/C ↓ durée d'hospitalisation et complications post-opératoires chez les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire avec activité physique en pré-opératoire ; ↑ capacités fonctionnelles en situation métastatique</p> <p>C ↓ risque de récurrence, mortalité globale et spécifique après cancer de la prostate, ↓ certaines douleurs liées aux cancers et aux traitements, ↓ neuropathie chimio-induite, ↓ toxicité cardiovasculaire</p>
Pathologies mentales	
Dépression	<p>A ↓ des symptômes dépressifs ↓ symptomatologie anxio-dépressive consécutives à une autre maladie chronique</p> <p>B ↓ rechutes ou des épisodes dépressifs ↓ tabagisme</p> <p>C ↓ suicides associés à une dépression ↑ survie</p>

**Pathologies
ostéo-articulaires**

Cervicalgie chronique	B	↓ douleur, ↑ fonction
Lombalgie chronique	A	↓ douleur, ↑ fonction
	B	↓ récurrence, ↑ reprise des activités professionnelles
Arthrose des membres inférieurs	A	↓ douleur, ↑ fonction
Rhumatismes inflammatoires	A	↓ douleur et ↑ fonction pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylarthrite ankylosante (SPA) Absence d'effets délétères (PR et SPA)
	B	↑ qualité de vie (PR)

Annexe 3 : Domaines d'intervention préférentiels des différents métiers

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

Annexe 4 : Tableau des phénotypes fonctionnels et évaluation des limitations

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS

Fonctions		Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire neuro	Normale	Altération minime 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 articulaire ostéo	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 sexe=0 pour les femmes, 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	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 5 : Test de Ricci et Gagnon

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

Annexe 6 : Formulaire de prescription à disposition des médecins traitants

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

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

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

Préconisation d'activité et recommandations

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

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

.....

Document remis au patient

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

Lieu date signature cachet professionnel

Annexe 7 : Pass'Sport Santé

PROGRAMME DE PRESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
PAR LES MÉDECINS SUR BIARRITZ CÔTE BASQUE

PASS'SPORT SANTÉ



DU SPORT OUI, MAIS ABSOLUMENT PAS N'IMPORTE COMMENT

LA PRATIQUE RÉGULIÈRE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES OFFRE DE NOMBREUX BÉNÉFICES
MAIS CERTAINES PRÉCAUTIONS SONT À RESPECTER.

Recommandations éditées par le Club des cardiologues du sport.

1

Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou tout essoufflement anormal survenant à l'effort.*

6

J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5° ou supérieures à +30° et lors de pics de pollution.

2

Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort.*

7

Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive.

3

Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort.*

8

Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général.

4

Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives.

9

Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures).

5

Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice, à l'entraînement comme en compétition.

10

Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes.

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

LE PASS'SPORT SANTÉ

LE PASS'SPORT SANTÉ EST LE CARNET DE SUIVI DE VOTRE PARCOURS D'ACTIVITÉS PHYSIQUES. CE DOCUMENT RASSEMBLE LES INFORMATIONS UTILES À TOUS LES ACTEURS DE SANTÉ IMPLIQUÉS DANS VOTRE PARCOURS.

Nom

Prénom

Date de Naissance Sexe Masculin Féminin

Adresse

CP Ville

Tél

E-mail

Votre Médecin traitant

Votre numéro de sécurité sociale

Votre caisse d'assurance maladie

Votre mutuelle

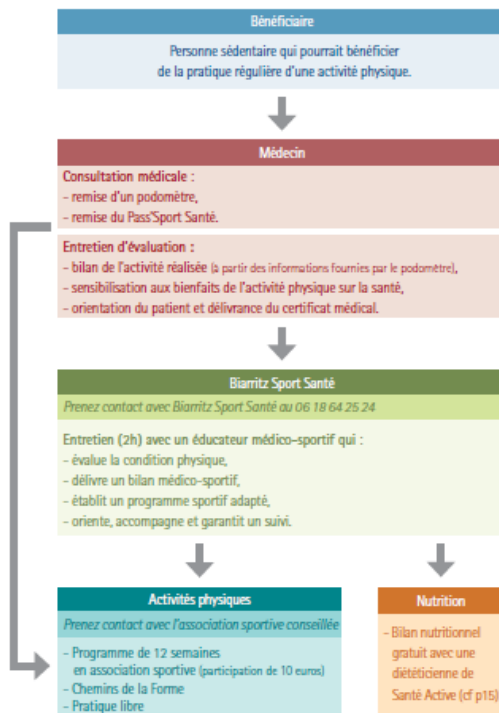
Les informations inscrites sur ce document peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé destiné à évaluer le dispositif mis en place mais ne seront ni diffusées, ni commercialisées à des tiers.

ACTIVITÉS PHYSIQUES BÉNÉFICIES SUR LA SANTÉ

PRATIQUER AU MOINS 30 MINUTES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES PAR JOUR PERMET D'AMÉLIORER SA QUALITÉ DE VIE ET OFFRE DE NOMBREUX BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ.

- | | |
|---|--|
| <p>1</p> <p>Diminue le risque de mortalité par maladies cardio-vasculaires.</p> | <p>6</p> <p>Réduit les risques de développer un cancer (sein, colon).</p> |
| <p>2</p> <p>Diminue la fréquence du cœur et la tension artérielle de repos.</p> | <p>7</p> <p>Lutte contre le stress, améliore le moral et la confiance en soi.</p> |
| <p>3</p> <p>Diminue le taux de sucre et de graisses dans le sang.</p> | <p>8</p> <p>Préserve les muscles et la souplesse.</p> |
| <p>4</p> <p>Aide à perdre du poids en association avec une alimentation équilibrée.</p> | <p>9</p> <p>Diminue le risque d'ostéoporose et permet de mieux vivre avec l'arthrose, de mieux vieillir.</p> |
| <p>5</p> <p>Améliore la respiration et aide à l'arrêt du tabac.</p> | <p>10</p> <p>Augmente l'espérance de vie de façon significative chez les pratiquants réguliers.</p> |

VOTRE PARCOURS D'ACTIVITÉS PHYSIQUES



FICHE DE PRESCRIPTION

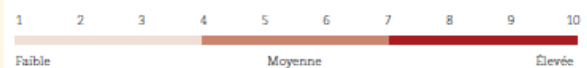
Les objectifs recherchés :

- Renforcement musculaire Equilibre et proprioception
 Souplesse et mobilité articulaire Lutte contre le stress
 Capacité cardio-respiratoire Perte de poids Renforcement de l'ossature

Quelle fréquence de pratique ?

- Occasionnelle Régulière Très régulière

Quelle intensité ?



QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE ?

JE LAISSE le soin à l'éducateur médico-sportif de Biarritz Sport Santé d'évaluer et d'orienter le bénéficiaire vers une activité physique adaptée.

JE CONSEILLE :

- Natation Aquagym Gym douce Gym active Stretching
 Marche Active Marche Nordique Pilates Renforcement musculaire
 Activités Cardios Randonnée pédestre Surf/Stand Up Paddle

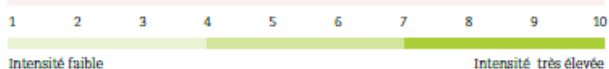
QUEL EST VOTRE SITUATION ACTUELLE ?

COMPORTEMENT SÉDENTAIRE

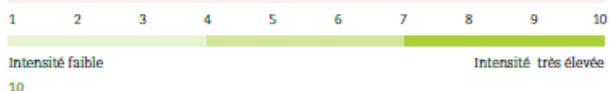
● Éval 1 : ... / ... / ...

● Éval 2 : ... / ... / ...

VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES



VOS ACTIVITÉS DE LOISIRS

TESTS D'ÉVALUATION
DE LA CONDITION PHYSIQUE

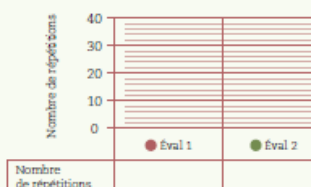
● ÉVALUATION 1 : ... / ... / ...

● ÉVALUATION 2 : ... / ... / ...

1 - FORCE DES MEMBRES INFÉRIEURS

A partir d'une chaise, s'asseoir et se relever, pieds large du bassin, bras croisés sur le torse.

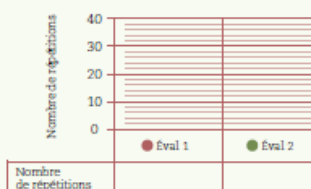
Force des jambes (quadriceps)



2 - FORCE DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Avec un élastique, faire le maximum de répétitions en 30 sec, bras le long du corps, coude fixe, ramener la main vers l'épaule.

Force des bras (biceps)



11

3 - SOUPLESSE

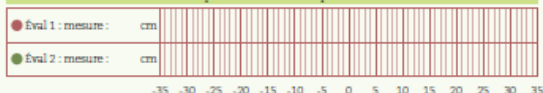
Membres inférieurs : S'asseoir sur une chaise, tendre une jambe devant soi, fléchir la pointe de pied et rapprocher la main.

Souplesse membres inférieurs



Membres supérieurs : Dans le dos, essayer de rapprocher vos mains tendues, avec une main au niveau de la nuque et l'autre au niveau du bas du dos.

Souplesse ceinture scapulaire



4 - ÉQUILIBRE

Se tenir sur une jambe, amener le talon de l'autre jambe au niveau du genou, bras relâchés le long du corps.

Temps



12

BILAN DE PRISE EN CHARGE

● ÉVALUATION 1 : ... / ... / ...

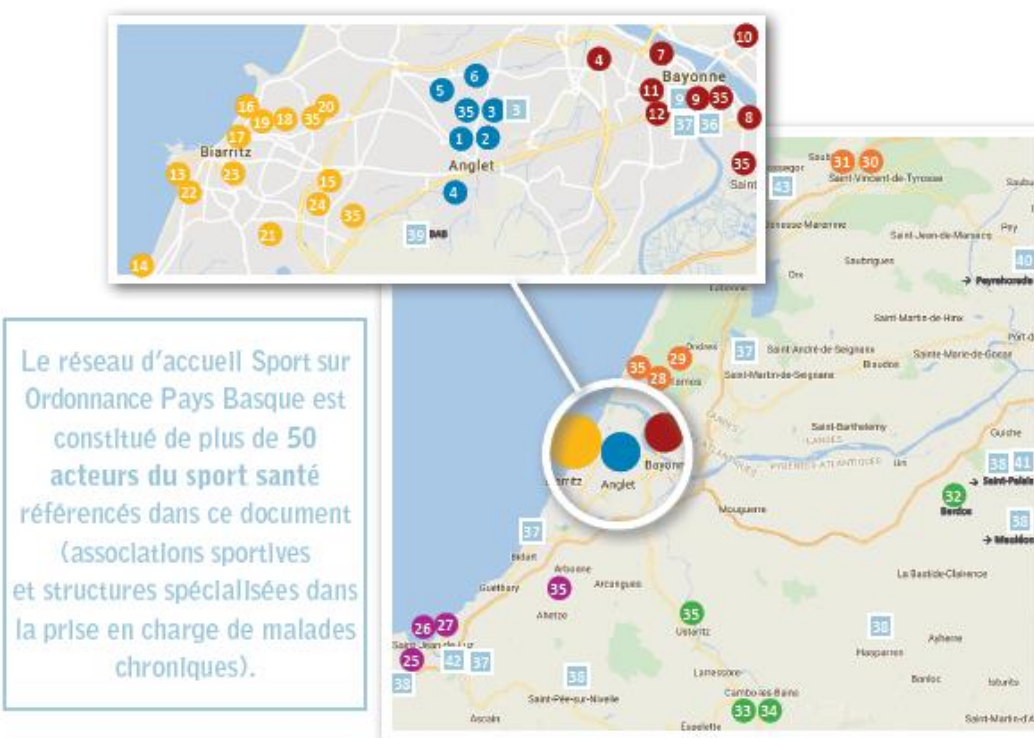
CHOISSONS ENSEMBLE VOTRE ACTIVITÉ

ET VOTRE ASSOCIATION

Objectif(s) à court terme « dans les prochains jours ? »	Objectif(s) à moyen terme « dans 3 semaines environ »	Objectif(s) à long terme « dans 3 mois environ »							
Vous en sentez-vous capable ?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avantages					Inconvénients				

13

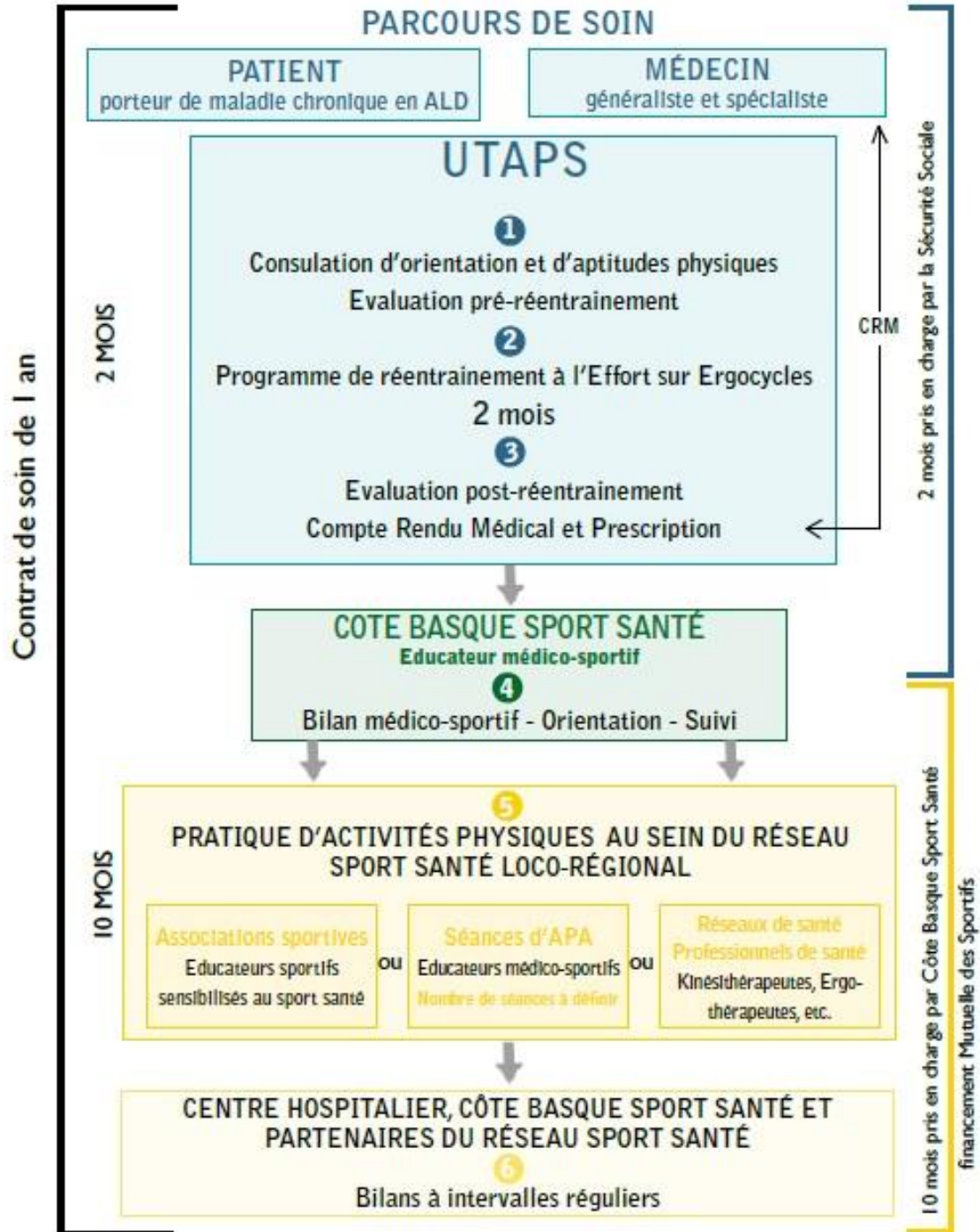
Annexe 8 : Réseau de partenaires Sport-Santé du Pays Basque



Pour intégrer le dispositif, demandez votre Pass'Sport Santé auprès de votre médecin ou de Côte Basque Sport Santé au 06 17 06 67 56 / par mail : cotebasquesportsante@gmail.com

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| <p>1 AMA
Marche Active
Gym Entretien</p> | <p>Educatrices Sportives :
Marche Active : Céline Bedouet
Tel : 06 67 04 71 62
celinebedouet64@gmail.com
Gym Entretien : Isabelle Dupouy
Tel : 07 83 61 57 22</p> | <p>13 3A
Gym Active
Marche Active</p> | <p>Educatrice sportive : Céline Bedouet
Tel : 06 67 04 71 62
celinebedouet64@gmail.com</p> | <p>27 St Jean de Luz -Ciboure
Athlétisme
Marche sportive
Stretching dynamique
Postural ballon</p> | <p>Educatrice sportive : Berangère Cardona
Tel : 06 61 12 12 80
sijca@wanadoo.fr</p> |
| <p>2 Argentchina
Tango Argentin, Tai Chi
Chuan</p> | <p>Educatrice sportive : Frédérique Bruey
Tel : 07 77 98 38 28
fbruey@gmail.com</p> | <p>14 BASCS
Surf</p> | <p>Contact : Secrétariat BASCS
Tel : 06 80 36 47 35
bascs@wanadoo.fr</p> | <p>28 Cadence Form'
Pilates/stretching
Bio Gym</p> | <p>Contact : Secrétariat Cadence Form'
Tel : 09 80 61 56 24
Educatrice sportive : Cécile Berraute
Tel : 06 15 86 91 82</p> |
| <p>3 Anglet Omnisports
Activités Physiques Santé
Marche Dynamique
Parcours Equilibre,
Marche Nordique, Qi Gong</p> | <p>Educateur sportif : Romain Goya
Tel : 06 63 56 72 91
contact@anglet-omnisports.fr</p> | <p>15 Biarritz Olympique
Athlétisme
Marche Nordique</p> | <p>Contact : secretariat BO
Tel : 05 59 01 61 45
Educateur sportif : Laurent Algalarrondo
laurent.algalarrondo@free.fr</p> | <p>29 Arpita
Qi Gong, Tai Chi, KunFu</p> | <p>Educateur sportif : Dominique Lebrun
Tel : 06 73 25 72 30
dominilebrun@gmail.com</p> |
| <p>4 Ecole Tai Ji Quan Côte
Basque
Tai Ji Quan, Qi Gong
Méditation</p> | <p>Educatrice sportive : Maité Pebay
Tel : 06 85 80 47 50
m.pebay@taichichuan-cotebasque.com</p> | <p>16 Biarritz Olympique
Natation
Aqua gym</p> | <p>Contact : secretariat BO
Tel : 05 59 01 61 45
Educateur sportif : Thomas Lavène
natation@biarritzolympique.fr</p> | <p>30 Marche Nordique Côte
Océane
Marche Nordique</p> | <p>Educatrice sportive : Marie Rime
Tel : 06 98 66 31 58
marierime31@gmail.com</p> |
| <p>5 Les Genêts d'Anglet
Section Forme et Bien-être
Gym douce, Gym Active,
stretching, Bungee Pump</p> | <p>Educatrice sportive : Martine Mayerau
Tel : 06 12 13 73 86
martine.mayerau@orange.fr</p> | <p>17 Du Flocon À
la Vague
Marche aquatique</p> | <p>Educateur sportif : Xavier Dupuis-Planchard
Tel : 06 09 13 05 53
xavier@marche-aquatique-cote-basque.com</p> | <p>31 Sport Santé Energie
Pilates, Stretching
Cuisses-Abdos-Fessiers
Cardio</p> | <p>Educatrice sportive : Marie Rime
Tel : 06 98 66 31 58
marierime31@gmail.com</p> |
| <p>6 Shotokan
Tai Chi Chuan, Qi Gong</p> | <p>Educatrice sportive : Claude Barbellion
Tel : 05 59 52 99 83
shotokan64@wanadoo.fr</p> | <p>18 Kunming Biarritz
Qi Gong</p> | <p>Educateur sportif : Eugène Padron
Tel : 06 89 03 72 48
e.padron@hotmail.fr</p> | <p>32 ERDIZKA remise en forme
Renforcement musculaire,
cardio</p> | <p>Educateur sportif : Jean Marconnié
Tel : 06 19 43 77 25
coach-marconnie@outlook.com</p> |
| <p>7 Art Emotion
Danse contemporaine
Entretien corporel</p> | <p>Educatrice Sportive : Emilie Gerbaud
06 20 50 48 14
artemotion.asso@gmail.com</p> | <p>19 FFBP - Trinquet St
Martin
Pelote Santé</p> | <p>Contact : secrétariat Trinquet St Martin
Tel : 05 59 29 11 23
trinquetsaintmartin@gmail.com
Educateur sportif : Jauffret Charron</p> | <p>33 DongXi Est Ouest
Tai Chi Chuan, Qi Gong,
Pakua-Kung Fu</p> | <p>Educateur sportif : Franck Noden
Tel : 07 69 52 57 90
dongxiestouest@gmail.com</p> |
| <p>8 Association Nationale
Handi Surf
Paddle Santé</p> | <p>Coordinateur : Jean-Marc Saint Geours
Tel : 06 81 60 05 53
contact@handi-surf.org</p> | <p>20 Océanic Karaté Club
Biarritz (OKCB)
Condition training
Karaté traditionnel</p> | <p>Educateur sportif : Jean Richard Hurt
Tel : 06 72 94 34 13
j.r.hurt@hotmail.fr</p> | <p>34 Euskal Disc Golf
Disc Golf</p> | <p>Educatrice sportive : Martine Mayerau
Tel : 06 12 13 73 86
martine.mayerau@orange.fr</p> |
| <p>9 Aviron Bayonnais Omnisports
Marche nordique
Aikido, Pilates,
Aqua gym, Natation, Aviron</p> | <p>Contact : Secrétariat Aviron Bayonnais
Tel : 05 59 63 33 15
sportsante.avironbayonnais@gmail.com</p> | <p>21 Pleine Lune
Tai Chi Chuan
Qi Gong</p> | <p>Educatrice sportive : Fadila Arabat Ziane
Tel : 06 17 80 32 93
ladifa@hotmail.fr</p> | <p>35 Clubs Gym Volontaire
Coordinatrice FFEFGV 64 : Corinne Homs
Tel : 06 49 62 16 24
Mail : corinne.homs@epgv.fr</p> | |
| <p>10 ASPTT Bayonne
Fitness, Zumba, Gym
douce, Gym cardio, Tai
Chi, Qi Gong</p> | <p>Contact : Secrétariat ASPTT
Tel : 05 59 50 30 90
bayonne@asptt.com</p> | <p>22 Rando Plaisir 64
Randonnée pédestre</p> | <p>Contact : Bernard Droneau
Tel : 06 08 27 07 92
droneau.bernard@orange.fr</p> | <p>36 GV Arbonne Ahetze : Gym Douce, Gym sur table, Yoga, Zumba,
Pilates, Gym Tonique</p> | |
| <p>11 Fédération Française de
Pelote Basque
Frontenis, Pelote Santé</p> | <p>Contact : Marie Rolet
Tel : 06 14 81 77 76
marie.rolet@sfr.fr</p> | <p>23 Madhura Yoga
Yoga</p> | <p>Educateur sportif : Chris «Bhima»
Tel : 07 77 69 34 19
amiyoga@free.fr</p> | <p>37 GV Baiona : Gym dynamique, Pilates, Zumba, Actigym' Senior</p> | |
| <p>12 Forme & Bien-Être
Pilates, Marche nordique</p> | <p>Educateurs sportifs : Pauline Zurbach,
Ludovic Iriarte et Laure Filloucat</p> | <p>24 Union Sportive Biarritz
(USB)
Cours collectifs
Renforcement musculaire</p> | <p>Contact : Secrétariat USB
Tel : 05 59 03 29 29
usbadministration@orange.fr
Educatrice sportive : Berangère Courteaux</p> | <p>38 GV Boucau : Gym adulte</p> | |
| | | <p>25 Airosak
Pilates, fitness, renforcement
musculaire</p> | <p>Educatrice sportive : Nathalie Chamay
Tel : 06 15 34 04 06</p> | <p>39 Association Maitena - Le Braou : Gym adulte</p> | |
| | | <p>26 Belharra Watermen Club</p> | <p>Contact : Rémi Paulorena</p> | <p>40 Cerde des Amis du sport : Gym adulte, Pilates</p> | |
| | | | | <p>41 GV El Hogar : Gym Active, Pilates, Yoga, Gym Senior</p> | |
| | | | | <p>42 GV Izen Gabe : Gym adulte</p> | |
| | | | | <p>43 GV Les Bains de Lauga : Gym Douce, Gym tonique, Marche nordique</p> | |
| | | | | <p>44 GV Osasuna Ustaritz : Gym tonique</p> | |
| | | | | <p>45 GV Villefranque : Pilates, Activités chorégraphiées, Gym douce,</p> | |

Annexe 9 : Parcours de soin UTAPS / Côte Basque Sport Santé



Annexe 10 : Questionnaire initial du Pr Duclos

LE SPORT SANTÉ SUR ORDONNANCE

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer l'évolution de votre prescription d'activité physique à vos patients en ALD depuis mars 2017.

Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de cinq minutes.

Questionnaire

Date :

Quelques éléments pour mieux vous connaître :

Code Postal :

Age :

Avez-vous une compétence en médecine du sport ? NON OUI

Si oui laquelle :

Capacité ou DU de médecine du sport

DESC de médecine du sport

DU (ou autre formation d'au moins 30h) de nutrition du sport

DU (ou autre formation d'au moins 30h) de prescription de l'activité physique

DU (ou autre formation d'au moins 30h) de traumatologie du sport

Autre formation

Pratiquez-vous une activité physique régulière actuellement ?

(depuis au moins 6 mois) (≥150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée par semaine, en au moins trois fois)

NON OUI

Combien de temps d'activité physique d'intensité modérée à élevée pratiquez-vous par semaine en moyenne :

..... minutes totales par semaine

Prescription d'Activité Physique Adaptée (APA) chez les patients en ALD

1) Avant le décret d'application (mars 2017), rédigez-vous des ordonnances d'activité physique ?

OUI NON PARFOIS

2) Depuis le décret d'application (mars 2017), rédigez-vous des ordonnances d'activité physique ?

OUI NON PARFOIS

3) Selon vous, la réalisation d'une activité physique régulière est-t-elle efficace pour la prise en charge des pathologies suivantes?

	beaucoup	peu	non
Les maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'arthrose des genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Pensez-vous qu'une ordonnance avec la prescription d'une Activité Physique Adaptée peut faire bouger vos patients ?

OUI NON

5) Par rapport à l'Activité Physique Adaptée, quel est le rôle du médecin traitant ?

a/ Prescrire une activité physique sur ordonnance sans détailler

OUI NON

b/ Orienter son patient vers une équipe d'éducateurs sportifs spécifiquement qualifiés à l'Activité Physique Adaptée

OUI NON

c/ Prescrire un programme précis d'Activité Physique Adaptée

OUI NON

d/ Remettre une brochure sur l'Activité Physique Adaptée à la pathologie sans prescription

OUI NON

d/ Inciter oralement son patient à pratiquer une Activité Physique Adaptée

OUI NON

e/ Ce n'est pas le rôle du médecin traitant

OUI NON

6) Classez par ordre d'importance ce que vous considérez comme un frein à la prescription d'Activité Physique Adaptée. En premier (1) ? En second (2) ? En troisième (3)...? N° :

a- Je ne suis pas convaincu(e) de l'efficacité de ce type de prise en charge

b- Je ne sais pas vers qui orienter les patients

c- Je ne suis pas formé(e) à la prescription d'Activité Physique Adaptée

d- Les patients ne sont pas motivés par la pratique d'une Activité Physique Adaptée

e- Les patients n'ont pas les moyens de financer ce type d'activité

7) Classez par ordre d'importance les éléments qui pourraient vous inciter à prescrire davantage d'Activités Physique Adaptée ? En premier ? En second ? En troisième ?

a- Savoir vers qui orienter les patients

b- Avoir une formation à l'activité physique adaptée et à la consultation de l'APA

c- Le remboursement (Sécurité Sociale, mutuelles, institutions locales...) de la consultation à l'APA

....

d- Des outils pour vous informer en continu sur les lieux labellisés pour la prise en charge de l'APA des patients en ALD

....

----- & -----

Pour faciliter la prescription d'APA il a été mis en place un site du sport-santé en Auvergne : « www.sport-sante-auvergne-rhone-alpes.fr »

Ce site répertorie toutes les structures Auvergnates qualifiées à proposer l'activité physique à visée thérapeutique (« annuaire des lieux de pratique »).

Le site propose aussi un « guide des professionnels » et une liste « des structures ressources ».

Nous souhaiterions avoir un retour de votre part sur cet outil :

8) Connaissez-vous ce site ?

OUI NON

9) *Si oui*, le site est-il utile pour votre prescription en vous permettant de savoir où adresser vos patients pour réaliser une AP adaptée dans le cadre de leur pathologie ?

OUI NON

10) *Si non*, pensez-vous que ce site sera utile à votre prescription d'AP adaptée?

OUI NON

En vous remerciant de votre participation

Annexe 11 : Questionnaire de l'étude

Thèse de médecine générale :

Etat des lieux de la prescription d'activité physique adaptée au pays basque

Chère consœur, cher confrère,
J'entame mon travail de thèse en médecine générale, sous la direction du Dr Ritz-Quillacq, médecin au Centre Hospitalier de la Côte Basque.
Je sollicite un peu de votre temps pour participer à ce travail, sous forme d'un questionnaire court, d'environ 5 minutes.
Il vise à interroger les médecins généralistes sur leurs habitudes en matière de prescription d'activité physique pour la santé ; l'objectif principal est d'établir un état des lieux de cette prescription, en étudiant l'impact des récentes mesures gouvernementales mises en place et aussi des initiatives locales pour développer le sport-santé au pays basque.

Je vous remercie de votre participation et du temps que vous pourrez consacrer à ce travail.

Pierre Lecarpentier, médecin remplaçant

Quelques éléments pour mieux vous connaître

Code Postal :

Date :

Sexe : H / F

Âge :

Lieu d'exercice :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Mode d'exercice :

- Individuel
- En groupe
- En maison de santé

1) Avez-vous une compétence en médecine du sport ? NON OUI

Si oui laquelle :

- Capacité ou DU de médecine du sport
- DESC de médecine du sport
- Formation ou DU de prescription de l'activité physique
- Formation ou DU de traumatologie du sport
- Autre formation

2) Pratiquez-vous une activité physique régulière, comme recommandée par l'OMS, équivalent à au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée* à élevée par semaine ?**

NON OUI

3) Combien de temps d'activité physique d'intensité modérée* à élevée pratiquez-vous par semaine en moyenne :**

..... Minutes totales par semaine

**exemples d'activités physiques d'intensité modérée selon l'OMS: marche (4 à 6km/h), course à pied (<8km/h), vélo, natation loisir, tennis... Essoufflement modéré, conversation possible*

***exemples d'activité d'intensité élevée selon l'OMS: marche > 6 km/h, course à pied > 8 km/h, vélo >20 km/h... Essoufflement important, conversation difficile*

Prescription d'Activité Physique Adaptée chez les patients en ALD

Suite aux nombreuses actions publiques lancées depuis plus de 20 ans afin de promouvoir l'activité physique, la loi de modernisation du système de santé établie en 2016 a marqué un nouveau pas concernant la prescription de sport sur ordonnance, en donnant notamment une place centrale aux médecins généralistes.

En effet, "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** (APA) à la pathologie [...]".

Cette loi est appliquée depuis le décret du 1er mars 2017.

4) Avez-vous eu connaissance de cette loi permettant au médecin traitant de prescrire de l'activité physique aux patients atteints d'une ALD?

OUI NON

5) Avant le décret d'application (mars 2017), prescriviez-vous de l'activité physique aux patients atteints d'une ALD?

Oui, régulièrement

Oui, rarement

Non, jamais

6) Depuis le décret d'application (mars 2017), prescrivez-vous de l'activité physique aux patients atteints d'une ALD ?

Oui, régulièrement

Oui, rarement

Non, jamais

7) Pensez-vous que cette loi a modifié vos habitudes de prescription d'activité physique?

Oui, absolument

Oui, plutôt

Non, pas vraiment

Non, pas du tout

8) Selon vous, quel est le rôle du médecin traitant concernant l'Activité Physique ?

a/ Prescrire une activité physique sur ordonnance sans détailler

OUI NON

b/ Orienter son patient vers des professionnels spécifiquement qualifiés à l'Activité Physique

OUI NON

c/ Prescrire un programme précis d'Activité Physique

OUI NON

d/ Remettre une brochure sur l'Activité Physique Adaptée à la pathologie

OUI NON

e/ Inciter oralement son patient à pratiquer une Activité Physique

OUI NON

f/ Ce n'est pas le rôle du médecin traitant

OUI NON

9) Dans votre pratique quotidienne, quel(s) mode(s) de prescriptions utilisez-vous ?
(plusieurs réponses possibles)

-Conseil oral simple

-Réalisation d'un entretien motivationnel

-Orientation vers une structure dispensant de l'activité physique

-Prescription écrite sur ordonnance

-Remise de brochures ou de documents sur le sport-santé

-Autre

10) Selon vous, la réalisation d'une activité physique régulière est-t-elle efficace pour la prise en charge des pathologies suivantes ?

	beaucoup	peu	non
Les maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le syndrome dépressif majeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11) Quels sont les DEUX principales raisons que vous considérez comme un frein à la prescription d'Activité Physique Adaptée ?
(COCHER DEUX RÉPONSES SEULEMENT)**

- a/ Je ne suis pas convaincu(e) de l'efficacité de ce type de prise en charge
- b/ Je ne sais pas vers qui orienter les patients
- c/ Je ne suis pas formé(e) à la prescription d'Activité Physique Adaptée
- d/ Les patients ne sont pas motivés par la pratique d'une Activité Physique Adaptée
- e/ Les patients n'ont pas les moyens de financer ce type d'activité

12) Quels sont les éléments qui pourraient vous inciter à prescrire davantage d'Activité Physique Adaptée ?

- a/ Une campagne médiatique pour inciter les patients à parler d'activité physique avec leur médecin
OUI NON
- b/ Une formation à l'activité physique adaptée et à la consultation de l'APA
OUI NON
- c/ Le remboursement (Sécurité Sociale, mutuelles, institutions locales...) de la consultation à l'APA
OUI NON
- d/ Des outils pour vous informer en continu sur les lieux labellisés pour la prise en charge de l'APA des patients en ALD
OUI NON
- e/ La prise en charge financière de l'activité physique aux patients (inscriptions, séances avec des éducateurs en APA...)
OUI NON

**13) Avez-vous déjà utilisé un outil d'aide à la prescription d'activité physique ?
OUI NON**

Si oui, le(s)quel(s) :

- Guide de promotion de la HAS (octobre 2018)
- Guide Médicosport Santé du CNOSP
- Formation DPC
- Autre

Le sport-santé au pays basque

Cette loi permet de donner un cadre à toutes les initiatives qui ont été lancées dans plusieurs villes françaises, notamment Biarritz qui n'a pas attendu la promulgation de la loi pour mettre en place l'expérience Sport-Santé sur ordonnance.

*En effet, l'association **Côte Basque Sport Santé** a lancé en 2015 un projet pilote ayant pour objectif d'orienter les patients vers des structures labellisées « Sport-Santé », pour la pratique d'APA avec un suivi d'éducateurs sportifs spécialement qualifiés. Ce dispositif est destiné aux patients sédentaires présentant ou non une pathologie chronique.*

Les médecins généralistes peuvent donc prescrire de l'activité physique via un livret de prescription, le Pass'sport Santé.

Depuis 2015, les partenaires sont de plus en plus nombreux, en particulier sur la côte basque.

14) Connaissez-vous le dispositif Côte Basque Sport-Santé (CBSS) ?

OUI NON

15) Pensez-vous qu'une structure comme Côte Basque Sport-Santé (CBSS) est une aide à la prescription d'APA ?

OUI NON

16) Avez-vous déjà intégré un patient dans le dispositif Côte Basque Sport Santé ?

Oui, en prévention primaire chez des patients sédentaires

Oui, chez des patients présentant une pathologie chronique ALD

Non, car je ne connais pas ce dispositif

Non, je n'ai jamais adressé de patient

17) Avez-vous déjà adressé un de vos patients souffrant d'une ALD vers des personnes qualifiées dans le sport-santé ?

Oui, directement

Oui, via le dispositif CBSS

Non

Si oui, le(s)quel(s):

-L'Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé (UTAPS), à l'hôpital de Bayonne

-Educateurs médico sportifs des réseaux de santé locaux (R3VPBL, réseau Dabanta)

-Séances individuelles ou collectives avec des éducateurs en APA indépendants

-Clubs sportif disposant d'une section sport santé (Aviron bayonnais sport santé, PEPS...)

-autre :

18) Avez-vous déjà utilisé le PASS'SPORT SANTÉ fourni par CBSS pour prescrire de l'activité physique ?

OUI NON

Si oui, trouvez-vous cet outil pertinent ?

OUI NON

19) Avez-vous reçu des comptes rendus d'activité concernant les patients adressés à des structures sport santé ?

OUI NON

Commentaires libres :

Avant de clore ce questionnaire, je vous invite à me laisser votre adresse mail afin de vous communiquer l'avancement du travail et les conclusions de l'étude, ou si vous voulez plus de renseignements sur les différentes structures citées dans le questionnaire.

Votre adresse mail :

En vous remerciant de votre participation, je tâcherai de vous tenir informé, avec votre accord, des résultats de l'étude.

Confraternellement,

Pierre Lecarpentier

Annexe 12 : Analyse descriptive - disposition des individus

Sexe

Homme	112 (67.1%)
Femme	55 (32.9%)

Zone d'exercice

Zone 1: Côte Basque – Adour	87 (52.1%)
Zone 2: Sud Pays Basque	34 (20.4%)
Zone 3: Nivadour - Hasparren – Bidache	14 (8.4%)
Zone 4: Errobi	12 (7.2%)
Zone 5: Amikuze - Soule - Garazi – Iholdy	20 (11.9%)

Classes d'âge

<40 ans	43 (25.7%)
40-49 ans	34 (20.4%)
50-59 ans	47 (28,1%)
>60 ans	42 (25,2%)
	Manquants 1 (0.6%)

Lieu d'exercice

Urbain	97 (58.1%)
Semi-rural	49 (29.3%)
Rural	21 (12.6%)

Mode d'exercice

Individuel	44 (26.3%)
En groupe	113 (67.7%)
En maison de santé	6 (3.6%)

Connaissances en médecine sportive

Oui	33 (19.8%)
Non	133 (79.6%)

Diplôme ou formation

Capacité ou DU de médecine du sport	23 (13.8%)
DESC de médecine du sport	1 (0.6%)
Formation ou DU de prescription à l'AP	2 (1.2%)
Formation ou DU de traumatologie du sport	6 (3.6%)
Autre formation	7 (4.2%)

Annexe 13 : Analyse descriptive – Activité physique des répondants

Pratique d'une activité physique régulière

Oui 104 (62.3%)

Non 61 (36.5%)

Renseignés 165 (98.8%)

Manquants 2 (1.2%)

Annexe 14 : Analyse descriptive – Connaissance de la loi et prescriptions

Analyse descriptive – Connaissance de la loi et prescriptions		
		- Total (N=167)
-		
-	Connaissance de la loi sur la Prescription d'Activité Physique Adaptée chez les patients en ALD	
-	Oui	- 135 (80.8%)
-	Non	- 32 (19.2%)
-		
-		
-	Prescription d'Activité Physique Adaptée chez les patients en ALD <u>avant</u> le décret d'application	
-	Jamais	- 83 (49.7%)
-	Rarement	- 39 (23.4%)
-	Régulièrement	- 44 (26.3%)
-		
-		- Renseignés 166 (99.4%)
-		
-		- Manquants 1 (0.6%)
-	Prescription d'Activité Physique Adaptée chez les patients en ALD <u>après</u> le décret d'application	
-	Jamais	- 55 (32.9%)
-	Rarement	- 54 (32.3%)
-	Régulièrement	- 58 (34.7%)
-		
-		
-	Pensez-vous que cette loi a modifié vos habitudes de prescription d'activité physique ?	
-	Oui absolument	- 9 (5.4%)
-	Oui plutôt	- 25 (15%)
-	Non pas vraiment	- 90 (53.9%)
-	Non pas du tout	- 43 (25.7%)
-		
-		

Annexe 15 : Analyse descriptive – Rôle du médecin concernant l'activité sportive

Analyse descriptive – Rôle du médecin concernant l'activité sportive		Total (N=167)
Prescrire une activité physique sur ordonnance sans détailler		
Oui	56 (33.5%)	
Non	106 (63.5%)	
	Renseignés 162 (97%)	
	Manquants 5 (3%)	
Orienter son patient vers des professionnels spécifiquement qualifiés à l'Activité Physique		
Oui	135 (80.8%)	
Non	28 (16.8%)	
	Renseignés 163 (97.6%)	
	Manquants 4 (2.4%)	
Prescrire un programme précis d'Activité Physique		
Oui	44 (26.3%)	
Non	119 (71.3%)	
	Renseignés 163 (97%)	
	Manquants 4 (2.4%)	
Remettre une brochure sur l'Activité Physique Adaptée à la pathologie		
Oui	122 (73.1%)	
Non	38 (22.8%)	
	Renseignés 167 (100%)	
Inciter oralement son patient à pratiquer une Activité Physique		
Oui	161 (96.4%)	
Non	3 (1.8%)	
	Renseignés 164 (98.2%)	
	Manquants 3 (1.8%)	
Ce n'est pas le rôle du médecin traitant		
Oui	14 (7.2%)	
Non	141 (84.4%)	
	Renseignés 155 (92.8%)	
	Manquants 12 (7.2%)	

Annexe 16 : Analyse descriptive – Modes de prescription utilisés

Analyse descriptive – Modes de prescription utilisés		
Conseil oral simple		
Oui		152(91%)
Non		14 (8.4%)
		Manquants 1 (0.6%)
Réalisation d'un entretien motivationnel		
Oui		47 (28.1%)
Non		118 (70.7%)
		Manquants 2 (1.2%)
Orientation vers une structure dispensant l'activité physique		
Oui		91 (54.5%)
Non		75 (44.9%)
		Manquants 1 (0.6%)
Prescription écrite sur ordonnance		
Oui		34 (20.4%)
Non		132 (79%)
		Manquants 1 (0.6%)
Remise de brochures ou de documents sur le sport-santé		
Oui		40 (24%)
Non		126 (75.4%)
		Manquants 1 (0.6%)

Annexe 17 : Analyse descriptive – Efficacité présumée de l'AP sur la prise en charge de pathologies

		Total (N=167)	
Maladie cardiovasculaires		Diabète de type 2	
Non	0 (0%)	Non	2 (1,2%)
Peu	1 (0.5%)	Peu	0 (0%)
Beaucoup	163 (97,6%)	Beaucoup	162 (97%)
	Renseignés 162 (97%)		Renseignés
	164 (98,2%)		
	Manquants 3 (1.8%)		Manquants
	3 (1,8%)		
L'obésité		La BPCO	
Non	0 (0%)	Non	0 (0%)
Peu	6 (3,6%)	Peu	25 (15%)
	158 (97%)	Beaucoup	139
Beaucoup	(83,2%)		
	Renseignés 164 (98.2%)		Renseignés 164
	(98.2%)		
	Manquants 3 (1.8%)		Manquants 3
	(1.8%)		
L'arthrose		Le cancer	
Non	3 (1.8%)	Non	10 (6%)
	55 (32.9%)	Peu	58
Peu	(34,7%)		
	106 (63.5%)	Beaucoup	94
Beaucoup	(56,3%)		
	Renseignés 162 (97%)		
	Renseignés 162 (97%)		
	Manquants 3 (1.8%)		
	Manquants 5 (3%)		
Le syndrome dépressif majeur			
Non	1 (0.6%)		
Peu	29 (17.4%)		
Beaucoup	133 (79.6%)		
	Renseignés 163 (97.6%)		
	Manquants 4 (2.4%)		

Annexe 18 : Analyse descriptive – Les freins à la prescription d'APA

Total (N=167)

Pas convaincu(e) de l'efficacité

Oui	9 (5.4%)
Non	154 (92.2%)
	Renseignés 163 (97.6%)
	Manquants 4 (2.4%)

Ne sait pas vers qui se tourner

Oui	73 (43.7%)
Non	90 (53.9%)
	Renseignés 163 (97.6%)
	Manquants 4 (2.4%)

Pas formé(e)

Oui	92 (55.1%)
Non	71 (42.5%)
	Renseignés 163 (97.6%)
	Manquants 4 (2.4%)

Les patients ne sont pas motivés

Oui	65 (38.9%)
Non	98 (58.7%)
	Renseignés 163 (97.6%)
	Manquants 4 (2.4%)

Pas les moyens de financer

Oui	61 (36.5%)
Non	102 (61.1%)
	Renseignés 163 (97.6%)
	Manquants 4 (2.4%)

Annexe 19 : Analyse descriptive – Les incitations à la prescription d’APA

Total (N=167)

Campagne médiatique

Oui	93 (55.7%)
Non	69 (41.3%)
	Renseignés 162 (97%)
	Manquants 5 (3%)

Formation à la prescription et à la consultation de l’APA

Oui	115 (68.9%)
Non	46 (27.5%)
	Renseignés 167 (100%)
	Manquants 0 (0%)

Le remboursement de la consultation

Oui	100 (59.9%)
Non	61 (36.5%)
	Renseignés 161 (96.4%)
	Manquants 6 (3.6%)

Outils d’information sur les lieux labellisés

Oui	144 (86.2%)
Non	16 (9.6%)
	Renseignés 160 (95.8%)
	Manquants 7 (4.2%)

La prise en charge financière de l’APA

Oui	112 (67.1%)
Non	46 (27.5%)
	Renseignés 158 (94.6%)
	Manquants 9 (5.4%)

Annexe 20 : Analyse descriptive – Utilisation d'un outil à la prescription d'activité physique

Ayant déjà utilisé un outil d'aide à la prescription d'AP

Oui 23 (13.8%)

Non 142 (85%)

Renseignés 165 (98.8%)

Manquant 2 (1.2%)

A utilisé le guide de promotion de la HAS (octobre 2018)	18 (10.8%)
---	------------

A utilisé le guide Médicosport Santé du CNOSP	5 (3%)
--	--------

Formation DCP	7 (4.2%)
----------------------	----------

A utilisé un autre outil	12 ¹ (7.2%)
---------------------------------	------------------------

¹ Sont cités : Pass'Sport Santé, Livret du PEPS, guide de la mairie, formation REPOP

Annexe 21 : Analyse descriptive – Connaissance et utilisation du dispositif Côte Basque Sport-Santé (CBSS)

Total (N=167)

Connaissance du dispositif CBSS

Oui 92 (55.1%)

Non 72 (43.1%)

Renseignés 164 (98.2%)

Manquants 3 (1.8%)

Pensent que le CBSS est un dispositif d'aide à la prescription d'APA

Oui 140 (83.8%)

Non 16 (9.6%)

Renseignés 156 (93.4%)

Manquants 11 (6.6%)

Intégration d'un patient dans le dispositif CBSS

Oui en prévention primaire 40 (24%)

Oui chez des patients ALD 43 (25,7%)

Non car ne connaît pas le dispositif 62 (37,1%)

Non, je n'ai jamais adressé de patients 43 (25,7%)

Annexe 22 : Analyse descriptive – Envoi d'un patient ALD vers des personnes qualifiées et comptes-rendus

Total (N=167)

Avez-vous déjà adressé un patient ALD vers des personnes qualifiées dans l'APA ?

Oui, directement	43 (25.7%)
Oui, via le dispositif CBSS	39 (23.4%)

Si oui vers :

L'UTAPS Bayonne	22 (26.8%) *
Educateurs des réseaux de santé locaux	29 (35.4%) *
Séances individuelles ou collectives avec indépendants	17 (20.7%) *
Club sportif avec section sport santé	23 (28.0%) *
Autres	6 ¹ (7.3%) *

¹ Sont cités : POP64, centre de gym de la ville, kiné, thalasso, centre de réadaptation à l'effort

*Pourcentages exprimés sur le nombre de répondants ayant déjà envoyé un patient ALD vers des personnes qualifiées (82)

Avez-vous eu des comptes rendus d'activité après avoir adressé un patient vers un professionnel de l'APA ?

Oui	23 (13.8%)
Non	102 (61%)
Manquants	42 (25,1%)

Annexe 23 : Analyse descriptive – Utilisation et évaluation du Pass'Sport Santé

Total (N=167)

Avez-vous déjà utilisé le Pass'Sport Santé

Oui	45 (26.9%)
Non	121 (72.5%)
Manquant 1	(0,6%)

Si déjà utilisé, trouvent l'outil pertinent

Oui	49 (29.3%)
Non	12 (7.2%)
Renseignés	61 ¹ (36.5%)

Annexe 24 : Analyse bivariée – Prescription après le décret en fonction du sexe, de la classe d'âge et de la zone géographique

Catégorie	Population de l'étude		Médecins ne prescrivant jamais après le décret		Médecin prescrivant rarement après le décret		Médecin prescrivant beaucoup après le décret	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Nombre	167	100	55	100	54	100	58	100
Sexe								
Homme	112	67.1	34	61.8	36	67	42	72.4
Femme	55	32.9	21	38.2	18	33	16	27.6
Classe âge								
<40 ans	43	25.7	20	36.4	15	27.8	8	13.8
40-49 ans	34	20.4	12	21.8	10	18.5	12	20.6
50-59 ans	47	28.1	15	27.3	13	24.1	19	32.8
>60 ans	42	25.2	7	12.7	16	29.6	19	32.8
Zone géographique								
Zone 1	87	11.9	19	34.5	34	62.9	34	58.7
Zone 2	34	7.2	17	30.9	6	11.1	11	18.9
Zone 3	14	8.4	5	9.2	6	11.1	3	5.2
Zone 4	12	7.2	4	7.3	3	5.6	5	8.6
Zone 5	20	11.9	10	18.1	5	9.3	5	8.6

TEST 1 - Test du Khi² - Prescription selon le sexe

	Sexe du médecin	Homme	Femme
Prescription d'AP aux patients ALD	Jamais	34	21
	Rarement	36	18
	Régulièrement	42	16
Test du Khi ²	X ² =1.4406	p.value=0.4866	

TEST 2 – Test du Khi² - Prescription selon la classe d'âge

	Classe d'âge du médecin	<40 ans	40-49 ans	50-59 ans	>60 ans
Prescription d'AP aux patients ALD	Jamais	20	12	15	7
	Rarement	15	10	13	16
	Régulièrement	8	12	19	19
Test du Khi ²	X ² =11.801	p.value=0.0665			

TEST 3 - Test de Fisher - Prescription selon la zone d'activité

	Classe d'âge du médecin	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5
Prescription d'AP aux patients ALD	Jamais	19	34	14	12	20
	Rarement	34	6	6	3	5
	Régulièrement	34	11	3	5	5
Test de Fisher		p.value=0.059				

Annexe 25 : Analyse bivariée – Prescription selon le temps d'activité physique hebdomadaire

Catégorie	Médecins effectuant <u>moins</u> de 150min d'activité physique par semaine		Médecins effectuant 150 min ou plus d'activité physique par semaine	
	Total	%	Total	%
Nombre	74	100	90	100
Prescription d'AP aux patients ALD				
Jamais	27	36.5	27	30
Rarement	25	33.8	29	32.2
Régulièrement	22	29.7	34	37.8

TEST 4 - Test du Khi² - Prescription d'APA selon l'activité physique des praticiens

	Temps d'activité physique hebdomadaire	Médecins effectuant <u>moins</u> de 150min d'activité physique par semaine	Médecins effectuant 150 min ou plus d'activité physique par semaine
Prescription d'AP aux patients ALD après le décret	Jamais	27	27
	Rarement	25	29
	Régulièrement	22	34
Test du Khi ²	X ² =1.3193	p.value=0.517	

Annexe 26 : Analyse descriptive – Prescription selon la connaissance du dispositif CBSS

Catégorie	Médecins <u>connaissant</u> le dispositif CBSS		Médecins <u>ne connaissant pas</u> le dispositif CBSS	
	Total	%	Total	%
Nombre	92	100	72	100
Prescription d'APA				
Jamais	19	20.7	36	50
Rarement	39	42.4	14	19.4
Régulièrement	34	36.9	22	30.6

TEST 5 - Test du Khi² - Connaissance du CBSS et prescription après le décret

	Connaissance du CBSS	Médecins ne connaissant pas le dispositif CBSS	Médecins connaissant le dispositif CBSS
Prescription d'APA	Jamais	36	19
	Rarement	14	39
	Régulièrement	22	34
Test du Khi ²	X ² =17.439 P.value<0.05	La connaissance du CBSS par les médecins influe sur leur prescription d'activité physique aux patients ALD	
	Connaissance du CBSS	Médecins ne connaissant pas le dispositif CBSS	Médecins connaissant le dispositif CBSS
Prescription d'APA	Jamais	36	19
	Régulièrement	22	34
Test du Khi ²	X ² =6.6034 p.value<0.05	La connaissance du dispositif CBSS encourage significativement la prescription d'activité physique aux patients ALD de jamais à régulièrement.	

Annexe 27 : Analyse bivariée – Zone d'exercice et connaissance du CBSS

Catégorie	Médecins <u>connaissant</u> le dispositif CBSS		Médecins <u>ne connaissant pas</u> le dispositif CBSS	
	Total	%	Total	%
Nombre	92	100	72	100
Zone d'exercice				
Zone 1	62	67.5	24	33.3
Zone 2	13	14.1	19	26.5
Zone 3	5	5.4	9	12.5
Zone 4	6	6.5	6	8.3
Zone 5	6	6.5	14	19.4

TEST 6 - Test du Khi² - Connaissance du dispositif local selon localisation géographique

	Zone d'exercice	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5
Connaissance du dispositif CBSS	Oui	62	13	5	6	6
	Non	24	19	9	6	14
Test du Khi ²	X ² =20.119	p.value<0.05				

Annexe 28 : Analyse bivariée – Freins estimés et prescription après le décret

Catégorie	Médecins ne prescrivant jamais après le décret		Médecins prescrivant beaucoup après le décret	
	Total	%	Total	%
Nombre	53	100	56	100
Pas convaincu(e) de l'efficacité				
Oui	1	1.9	4	7.1
Non	52	98.1	52	92.9
Ne sait pas vers qui se tourner				
Oui	37	69.8	12	21.4
Non	16	30.2	44	78.6
Pas formé(e)				
Oui	39	73.6	21	37.5
Non	14	26.4	35	62.5
Les patients ne sont pas motivés				
Oui	10	18.9	32	57.1
Non	43	81.1	24	42.9
Pas les moyens de financer				
Oui	12	22.6	28	50
Non	41	77.4	28	50

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Summary: Physical Activity for Health: Overview of general practitioners' prescriptions in the Basque Country since the health system modernization law

Introduction: Physical activity is a drug-free therapy that has proved to be effective with numerous chronic pathologies in secondary prevention. Since March 1st 2017, the legislative decree following the Fourneyron amendment allows the referring physician to prescribe a physical activity that is adapted to the patient's pathology, physical capacities and medical risk.

Aims: Examining the state of the prescriptions of Adapted Physical Activity by the general practitioners of the Basque Country, by assessing the impact of the government measures implemented recently, as well as of the local initiatives to develop the health aspects of sports in the Basque region.

Method: Conducting a quantitative, descriptive, cross-sectional survey from a questionnaire distributed and hand-delivered to 311 general practitioners who are present in the ten Basque agglomeration communities between February 7th and March 13th 2019. The replies to the questionnaire were sent back by post. Salaried physicians and practitioners whom primary care is not the main activity were excluded from the survey.

Results: 167 general practitioners sent the questionnaire back, which represents a response rate of 53.7%. Among them, 80.8% were aware of the 2016 law, but it did not change or changed only a little bit the prescribing behaviors of 79.6% of them.

Besides, 83.8% of the respondents believe that a structure that coordinates prescribers and players of the health-sport sector helps them prescribe; 55.1% are aware of the existing structure in the Basque Country: Côte Basque Sport Santé.

The prescription of physical activity is linked in a statistically significant way to the awareness of the existence of CBSS. This structure significantly promotes prescription.

The prescription modes which are the most frequently used are simple oral advice (91%), referral to a structure that provides APA (54.5%), or performance of motivational interviewing (28.1%).

Restraints for prescription are the lack of training (55.1%) and the difficulties referring the patients to a suitable structure (43.7%). The incentives to prescription are providing better information regarding the places offering APA (86.2%), educating about prescribing (68.9%), coverage of the costs of APA (67.1%).

Conclusion: General practitioners in the Basque Country prescribe health-promoting physical activity using the local PA coordinating bodies. Expansion of these structures in the rural areas can be considered. The health system modernization law is known, but it has not modified the prescription habits since the implementation of the decree. Better training and promotion of the structures providing APA need to be improved.

Key Words: Prescription – Adapted Physical Activity – Health-Promoting Sport – General Medicine – Primary Care – Côte Basque Sport Santé

Résumé : Activité Physique Pour la Santé : Etat des lieux de la prescription chez les médecins généralistes du Pays Basque depuis la loi de modernisation du système de santé

Introduction : L'activité physique est une thérapeutique non médicamenteuse qui a fait la preuve de son efficacité dans de nombreuses pathologies chroniques en prévention secondaire. Le décret issu de l'amendement Fourneyron autorise, depuis le 1^{er} Mars 2017, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Objectifs : Etablir un état des lieux de la prescription d'Activité Physique Adaptée chez les médecins généralistes du Pays Basque, en étudiant l'impact des récentes mesures gouvernementales mises en place et aussi des initiatives locales pour développer le sport-santé sur la région basque.

Méthode : Réalisation d'une étude quantitative, descriptive, transversale à partir d'un questionnaire distribué et remis en main propre à 311 médecins généralistes présents sur les dix communautés d'agglomération basque entre le 7 Février et le 13 Mars 2019. Les réponses étaient renvoyées par voie postale. Etaient notamment exclus les médecins salariés, les médecins n'ayant pas une activité principale de soins primaires.

Résultats : 167 médecins généralistes ont renvoyé le questionnaire, soit un taux de réponse de 53,7%. Parmi eux, 80,8% ont eu connaissance de la loi de 2016, laquelle n'a pas ou peu changé les habitudes de prescription chez 79,6%.

Par ailleurs, 83,8% des répondants estiment qu'une structure permettant de coordonner les prescripteurs et les acteurs du sport-santé est une aide pour prescrire ; 55,1% connaissent la structure présente sur le Pays Basque : Côte Basque Sport Santé.

La prescription d'AP est liée de manière statistiquement significative avec la connaissance du dispositif CBSS. Le dispositif encourage significativement la prescription.

Les modes de prescriptions les plus utilisés sont le conseil oral simple (91%), l'orientation vers une structure dispensant de l'APA (54,5%), la réalisation d'un entretien motivationnel (28,1%).

Les freins à la prescription sont le manque de formation (55,1%) et les difficultés à adresser les patients vers une structure adaptée (43,7%). Les éléments d'incitation à la prescription sont une meilleure information sur les lieux dispensant de l'AP (86,2%), une formation à la prescription (68,9%), la prise en charge financière de l'APA (67,1%).

Conclusion : Les médecins généralistes du Pays Basque prescrivent de l'activité physique pour la santé en utilisant les structures locales de coordination de l'AP. Une extension de ces structures vers les zones rurales peut être envisagée. La loi de modernisation du système de santé est connue mais n'a pas modifié les habitudes de prescription depuis l'application du décret. Une meilleure formation et la diffusion des structures délivrant de l'APA est à améliorer.

Mots-Clés : Prescription – Activité Physique Adaptée – Sport-Santé – Médecine Générale – Soins Primaires – Côte Basque Sport Santé